



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

*CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE E TECNICHE DELL' ATTIVITÀ
MOTORIA PREVENTIVA E ADATTATA*

TESI DI LAUREA

L'ADOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA: UN CONTINUUM PER VIVERE IN SALUTE

RELATORE

PROF. GIAMPAOLO MASTELLARO
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

CANDIDATO

FILIPPO PIZZARDI
MATRICOLA 2014663

ANNO ACCADEMICO

2021-2022

INDICE

ABSTRACT	1
-----------------------	---

CAPITOLO 1 – LA SOCIOLOGIA DELLA SALUTE:

1.1 – Condizioni sociosanitarie prima e dopo gli anni 2000	7
1.2 – Pro e contro del SSN e tipi welfare	12
1.3 – Politiche nazionali per la promozione di corretti stili di vita in età scolare	18
1.4 – Politiche per la promozione di corretti stili di vita in età scolare di Lussemburgo, Norvegia e Finlandia	21

CAPITOLO 2 – ANALISI DEGLI STILI DI VITA DI BAMBINI E ADOLESCENTI:

2.1 – Indagine secondo OKkio alla salute	31
2.2 – Indagine secondo OKkio alla salute in Italia	33
2.3 – Indagine secondo OKkio alla salute in Veneto	36

CAPITOLO 3 – QUESTIONARIO *HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL - AGED CHILDREN* (HBSC):

3.1 – Introduzione al questionario	39
3.2 – Il contesto familiare e amicale	40
3.3 – Il contesto scolastico	42
3.4 – L’attività fisica e il tempo libero	50
3.5 – Le abitudini alimentari e lo stato nutrizionale	55
3.6 – I comportamenti di dipendenza	64
3.7 – I social media	67
3.8 – La salute e il benessere	68
3.9 – Risultati	73

CAPITOLO 4 – 7 PUNTI PER UNO STILE DI VITA SALUTARE

4.1 – Introduzione	77
4.2 – 7 punti per uno stile di vita salutare	77

Bibliografia e sitografia	81
--	----

Presupposto dello studio:

L'OMS ha stimato che oltre l'80% dei costi in sanità è assorbito dalle patologie croniche, le quali rappresentano la grande sfida di tutti i Paesi industrializzati. (Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Institutional Papers 37. October 2016. Brussels. PDF. 244; 484pp). Questo aspetto della cronicità mette a repentaglio il sistema di tutela statale ed universalistico del nostro Paese, che non può sostenere i nuovi bisogni sanitari della popolazione senza un adeguato intervento. Pertanto, conoscere le abitudini dei giovani, soprattutto quelli a rischio, consente di elaborare appropriate strategie di prevenzione e promozione della salute volte a sviluppare le conoscenze dei ragazzi affinché assumano consapevolmente comportamenti utili al miglioramento delle proprie condizioni di benessere. A tal proposito, il DPCM pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 12 maggio 2017 ha aggiunto il controllo sugli stili di vita in età 11-17 anni tra i sistemi di sorveglianza nazionale e regionale, identificando nell'Istituto Superiore di Sanità ente di livello nazionale a cui fare riferimento. Mediante il mandato del DPCM, l'ISS ha stabilito con il Ministero della Salute la pertinenza di partecipare all'indagine del 2018 dello studio multicentrico internazionale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).

Scopo dello studio:

L'obiettivo di questo elaborato finale è di provare l'importanza dell'adozione di corretti stili di vita fin dall'infanzia, mediante l'analisi di dati riguardanti l'ambito motorio, politico e sociale emersi con la seguente domanda: le attuali politiche nazionali per la promozione di corretti stili di vita e le condizioni attuali di benessere psico-fisico della popolazione sono adeguate a non gravare sulla sanità pubblica e a mantenere una buona qualità della vita?

Materiali e metodi:

La sopra citata indagine HBSC è stata eseguita su un campione di 32 ragazzi (21 maschi e 11 femmine) di età compresa tra gli 11 e i 13 anni di due classi della scuola secondaria di primo grado dell'Istituto "Giacomo Sichirollo"; essa ha riguardato la classe prima composta da 13 ragazzi e 4 ragazze per un totale di 17 studenti e la classe terza composta da 8 ragazzi e 7 ragazze per un totale di 15 studenti. Nessuno dei partecipanti presentava deficit cognitivi. Prima di iniziare la ricerca è stato chiesto ed ottenuto il consenso informato sia dei genitori che del dirigente scolastico.

La compilazione del questionario HBSC ha come obiettivo primario lo studio dei comportamenti legati alla salute, degli stili di vita e della percezione della salute in preadolescenti e adolescenti. Dei dati raccolti è stata effettuata un'analisi statistica sotto forma di medie divise per età e genere in percentuale.

Risultati:

Di seguito una parte dei risultati dell'indagine HBSC; circa l'attività fisica si evince che il 25% dei ragazzi di 13 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte dei ragazzi, in tutte e due le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai sette giorni a settimana. Il 7% dei ragazzi di 11 anni e il 25% delle ragazze e dei ragazzi di 13 anni non svolge mai attività fisica, mentre il 40%, in tutte e due le fasce di età, dichiara di svolgere esercizio fisico intenso in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le sei volte alla settimana. Il 37,7% del campione risulta essere sottopeso. I ragazzi normopeso sono il 29%, in sovrappeso sono il 33,8%. La percentuale di soggetti in sovrappeso, nei tredicenni sia maggiore nei maschi (37,5%) rispetto alle femmine (14,3%), il contrario negli undicenni, con il 50% delle ragazze e il 31,3% dei ragazzi in sovrappeso. Il 35% e il 53% dei giovani rispettivamente di 11 e 13 anni dichiara di usare *devices* da mezz'ora a un'ora al giorno durante i giorni di scuola. Di contro, durante il fine settimana, il 50% del campione dichiara di usare *devices* tra le 3 e le 6 ore. Negli undicenni il sintomo maggiormente riferito è l'irritabilità o il cattivo umore negli undicenni con un valore di 70,5%. Il 60% dei tredicenni riferisce di sentirsi "giù di morale".

Conclusioni:

È necessario migliorare lo stile di vita delle persone modificando gradualmente le proprie abitudini quotidiane al fine, da un lato, di non sovraccaricare il S.S.N., il quale inizia a mostrare alcune difficoltà e, dall'altro, di ottenere benefici dal punto di vista bio - psico - sociale, ad oggi condizioni irrinunciabili per avere una buona qualità di vita. Pertanto, dal momento che si tratta di un problema sociale, gli *stakeholder* coinvolti dovrebbero prendere atto seriamente di queste condizioni per riprogrammare, con intelligenza, proposte educative adeguate a invertire il trend dell'ultimo decennio rivolgendosi a esperti che hanno deciso di intraprendere un percorso formativo specifico e quindi posseggono conoscenze e competenze acquisite attraverso lo studio e la pratica.

Prerequisite of the study:

The WHO has estimated that over 80% of healthcare costs are absorbed by chronic diseases, which represent the great challenge of all industrialized countries. (Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Institutional Papers 37. October 2016. Brussels. PDF. 244; 484pp). This aspect of chronicity jeopardizes the system of state and universal protection of our country, which can not support the new health needs of the population without adequate intervention. Therefore, know the habits of young people, especially those at risk, It allows the development of appropriate prevention and health promotion strategies to develop the knowledge of children to consciously assume behaviors useful for the improvement of their well-being. In this regard, the DPCM published in the Official Journal on 12 May 2017 added the control on lifestyles in the age of 11-17 years between national and regional surveillance systems, identifying the National Higher Institute of Health to which to refer. Through the mandate of the DPCM, the ISS has established with the Ministry of Health the relevance of participating in the 2018 survey of the multicenter international study Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).

Purpose of the study:

The aim of this final paper is to prove the importance of adopting correct lifestyles from childhood, through the analysis of data concerning the motor, political and social fields that emerged with the following question: Are the current national policies for the promotion of healthy lifestyles and the current conditions of psycho-physical well-being of the population adequate to avoid burdening public health and maintain a good quality of life?

Materials and methods:

The above mentioned HBSC survey was performed on a sample of 32 boys (21 boys and 11 girls) aged between 11 and 13 years of two classes of the secondary school of the Institute "Giacomo Sichirollo"; it covered the first class of 13 boys and 4 girls for a total of 17 students and the third class of 8 boys and 7 girls for a total of 15 students. None of the participants had cognitive impairments. Prior to starting the research, informed consent was sought and obtained from both parents and the school administrator.

The primary objective of the HBSC questionnaire is to study health-related behaviours, lifestyles and health perception in preteens and adolescents. Of the data collected, a statistical analysis was carried out in the form of averages divided by age and gender as a percentage.

Results:

Below is a part of the results of the HBSC survey; about physical activity shows that 25% of 13-year-old boys never do physical activity, while most boys, in both age groups, reports at least one hour of physical activity from two to seven days a week. 7% of 11-year-old boys and 25% of 13-year-old girls and boys never engage in physical activity, while 40% of them, in both age groups, report intense exercise during extracurricular activities between two and six times a week. 37.7% of the sample is underweight. The boys are 29%, obese are 33.8%. The percentage of subjects overweight, in the thirteen is higher in males (37.5%) than in females (14.3%), the opposite in the eleven-year-olds, with 50% of girls and 31.3% of overweight boys. 35% and 53% of young people aged 11 and 13 respectively say they use devices from half an hour to an hour a day during school days. In contrast, over the weekend, 50% of the sample reported using devices between 3 and 6 hours. In 11-year-olds the most reported symptom is irritability or bad mood in 11-year-olds with a value of 70.5%. 60% of 13-year-olds report feeling "down".

Conclusions:

It is necessary to improve the lifestyle of people by gradually changing their daily habits in order, on the one hand, not to overload the S.S.N., which begins to show some difficulties and, on the other, to obtain benefits from the bio - psycho - social, today indispensable conditions to have a good quality of life. Therefore, since this is a social problem, the stakeholders involved should take seriously these conditions to reprogram, with intelligence, appropriate educational proposals to reverse the trend of the last decade by addressing experts who have decided to undertake a specific training path and therefore possess knowledge and skills acquired through study and practice.

1.1 – Condizioni sociosanitarie prima e dopo gli anni 2000

“L'etimologia della parola sociologia è duplice: deriva dal latino *socius* (colui che condivide una qualche appartenenza) e dal greco *logos* (studio). In senso proprio, perciò, la sociologia designa lo studio delle relazioni fra gli uomini operanti in una società.”

Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), la salute è “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia”.

È possibile quindi considerare la sociologia della salute come quella branca della sociologia che studia le condizioni di salute degli individui all'interno della società e l'influenza dei rapporti che avvengono tra essi attraverso la raccolta di dati di tipo quali-quantitativi.

Fino alla Seconda Guerra Mondiale, la salute veniva considerata come assenza di malattia, con un'aspettativa di vita che arrivava fino a poco più di 60 anni (ISTAT¹).

Poi, a partire dal 1978, grazie alla realizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), l'Italia è diventato il Paese con la maggiore aspettativa di vita dopo il Giappone, con un'età media, secondo l'Istat di 74, 7 anni, il quasi azzeramento della mortalità materna e, in alcune regioni, la più bassa mortalità infantile.

Walter Ricciardi, ex Presidente dell'ISS dal 2015 al 2018, nel libro “La battaglia per la Salute” definisce il SSN², “un sistema cioè universalistico, finanziato attraverso la tassazione generale, che non discrimina in funzione di sesso, razza, religione, livello economico-sociale, in cui la tutela della salute è vista come un diritto fondamentale dell'individuo e della collettività, al pari cioè del diritto all'alimentazione e all'educazione”.

I miglioramenti si sono visti sotto molteplici punti di vista³: in Italia morivano più di 20 neonati su 1.000 nati vivi (contro i poco più di 9 della Francia e della Svezia) e 30 bambini su 1.000 morivano prima del compimento del primo anno di vita, contro i 10 della Svezia e i 15 della Francia. Far sì che le mamme potessero partorire gratuitamente al sicuro in reparti strutturati e con personale competente ha ridotto quei numeri in modo incredibile, al punto che oggi in Europa siamo secondi solo alla Svezia per indicatori materno-infantili: attualmente la nostra mortalità neonatale è di 2,1 su 1.000 rispetto all'1,3 della Finlandia e quella infantile di 2,8 contro 1,9 su 1.000 degli scandinavi.

Un ulteriore indicatore importante per la valutazione delle condizioni di buona salute di un Paese è la spettanza di vita attiva. Infatti, mentre l'incremento della spettanza di vita complessiva è un importante indicatore del benessere di una nazione, la spettanza di vita attiva può fornire indicazioni più importanti per gli operatori del sistema sanitario. (Quality - Adjusted Life Year, QALY).

La spettanza di vita attiva (Healthy Life Expectancy, HLE) è il numero medio di anni privo di disabilità che resta da vivere ad un individuo ad una determinata età.

È importante, tuttavia, sottolineare che questo dato presenta il seguente limite: la vita media si corregge attraverso l'uso di informazioni sulla salute autoriferite, che implicano la percezione e autovalutazione della propria salute, condizionata da aspetti socioculturali della persona, con possibile compromissione sulla buona comparabilità tra Paesi.

Un altro parametro per valutare le condizioni di vita sono gli anni di vita attiva persi, a causa di morti premature e di disabilità (Disability - Adjusted Life Year, DALY).

A 65 anni di età la speranza di vita residua⁴ del 2020 è in media di 19,9 anni; 18,2 anni per gli uomini (-1,3 sul 2019) e di 21,6 anni per le donne (-1,0 sul 2019). (Istat, tavole di mortalità/singole età)

A 65 anni di età la speranza di vita residua del 2019 è in media di 21 anni; 19,5 anni per gli uomini e di 22,6 per le donne.

Nella Regione Veneto, la speranza di vita alla nascita è pari a 83 anni e 11 mesi, superiore alla media nazionale di 83 anni e 1 mese, che già risulta essere tra le più alte al mondo (dati 2019). Tuttavia, si ritiene fondamentale far presente come la speranza di vita in buona salute sia solo di 59 anni e 5 mesi nel Veneto e di 58 anni e 8 mesi in Italia (dati 2018).

Qual è pertanto la qualità di vita degli anni rimanenti? È possibile migliorarla?

Tale differenza impone di attuare tutte le strategie di promozione e di prevenzione, al fine di incrementare gli anni di vita in buona salute e quindi la qualità della vita della popolazione.

Come già detto, prima del 1978 l'Italia era uno tra i peggiori tra i Paesi industrializzati, poi fino al 2001 l'Italia ha occupato i primi posti nella classifica dei Paesi con la migliore aspettativa di vita, e gli indicatori di salute delle regioni meridionali erano migliori di quelli settentrionali⁵. [La battaglia per la salute pag. 19, tabella 1, Speranza di vita alla nascita per regione e sesso, 2001 (valori stimati)].

Dal 2001 la situazione è iniziata a cambiare, perché i fattori di rischio (tabagismo, iperglicemia, inattività fisica, ipertensione, sovrappeso e obesità e alcol) che portano il popolo italiano ad ammalarsi, e a morire, anche nelle fasce d'età più giovani sono aumentati in tutte le regioni italiane; la capacità di risposta, sia preventiva che curativa, si è differenziata in modo abissale, anche a seguito della riforma del titolo V della Costituzione, che ha affidato alle amministrazioni regionali il compito di organizzare e gestire il proprio sistema sanitario, lasciando al ministero della Salute tre compiti importanti:

- effettuare la programmazione sanitaria
- determinare le prestazioni da garantire a tutti i cittadini indipendentemente dalla loro residenza (i LEA, Livelli Essenziali di Assistenza DPCM del 12 gennaio 2017)
- finanziare i servizi con un meccanismo di quota capitaria, cioè un importo predefinito per ciascun cittadino.

Le cause di morte in Italia, divise in categorie secondo il *Rapporto Osservasalute* ⁶, (Osservatorio nazionale sulla salute delle regioni) sono le seguenti:

- tumori
- malattie del sistema circolatorio
- malattie del sistema respiratorio
- malattie dell'apparato digerente
- malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo
- cause esterne di traumatismi e avvelenamento
- malattie del sistema nervoso

I dati, la cui fonte è l'indagine sulle cause di morte dell'Istat, sono aggiornati al 2018, ultimo anno disponibile per questa indagine (diffusi a dicembre 2020).

La lavorazione dei dati per cause di mortalità richiede quasi due anni tra la raccolta dei dati (e schede di morte Istat) e la pubblicazione dei dati finali, nel pieno rispetto del regolamento della banca dati europea Eurostat.

L'analisi è completata dal dettaglio regionale per genere in ognuna delle sei classi di età, osservato a partire dai dati del 2014, mentre lo studio delle principali cause di morte alle diverse età è stato effettuato sull'ultimo anno disponibile, il 2018.

Classe di età 20-39 anni:

In tutte le regioni la mortalità maschile è dovuta innanzitutto ai decessi di natura violenta. Per le donne la prima causa di morte è rappresentata dai tumori, il cui tasso si attesta su valori simili a quello maschile (Tabella 7, Tabella 8).

Per gli uomini si può inoltre osservare come i decessi per malattie del sistema circolatorio assumano in alcune regioni un ruolo più importante anche dei tumori.

Classe di età 40-59 anni:

Osservando la distribuzione regionale dei tassi per causa e per genere si nota come gran parte delle differenze di mortalità tra le regioni del Nord (con valori inferiori alla media nazionale) e del Centro (con valori maggiori o uguali alla media nazionale), siano dovute alla diversa intensità della mortalità per le prime due cause di decesso: tumori e malattie del sistema circolatorio (Tabelle 10, Tabella 11). Inoltre, se da un lato le malattie cardiocircolatorie sono state storicamente, e continuano ad esserlo, più presenti nel Mezzogiorno (per gli uomini nel 2018 la Campania ha un tasso di 8,6 per 10.000, la Basilicata, la Sicilia e la Calabria maggiore a 7 per 10.000, la Sardegna 6,8 per 10.000, con una media italiana di 5,9 per 10.000), dall'altro, la diminuzione della mortalità per tumore avutasi negli ultimi anni (vedere serie storica sul sito osservatoriosullasalute.it) è stata più marcata nelle regioni del Nord rispetto alle regioni del Mezzogiorno che già presentavano una situazione di svantaggio.

Classe di età 60-74 anni:

Dai confronti regionali dell'ultimo quinquennio si conferma per entrambi i generi il netto svantaggio della Campania e della Sicilia.

Le motivazioni di questo svantaggio sono riconducibili ai tassi di mortalità delle principali cause di morte a queste età: più alti livelli per tumori (in Campania il tasso maschile è pari a 75,1 per 10.000 e quello femminile a 42,4 per 10.000) e malattie del sistema circolatorio, a cui si aggiungono gli eccessi di mortalità per malattie del sistema respiratorio e malattie endocrine. (rappresentate soprattutto dal diabete) (Tabelle 13, Tabella 14)

Classe di età 75-89 anni:

Nel 2018, le malattie del sistema circolatorio a questa età risultano la prima causa di morte sia per gli uomini sia per le donne, anche se a livello regionale i tassi maschili per tumore sono spesso molto simili a quelli delle malattie circolatorie, se non più alti come in Lombardia, PA di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Toscana, Emilia-Romagna e Sardegna (Tabelle 16, Tabella 17).

Queste due patologie spiegano più del 60% dei decessi tra i 75-89 anni, seguono le malattie del sistema respiratorio che per gli uomini assumono valori che vanno dai 42,5 per 10.000 della PA di Bolzano ai 71,9 per 10.000 della Campania, mentre per le donne il range va dai 19,7 per 10.000 della PA di Trento ai 34,7 per 10.000 del Piemonte.

Classe di età 90 anni ed oltre:

Tra gli ultranovantenni, poco meno della metà dei decessi è dovuto alle malattie del sistema circolatorio e la mortalità per questo gruppo di patologie si verifica con una maggior intensità nel Meridione. Tra le principali cause seguono i tumori e le malattie del sistema respiratorio con valori molto simili tra loro, ma in questo caso i livelli risultano più alti nel Centro-Nord. Da molti anni si sta ormai assistendo all'instaurarsi di due fenomeni: da un lato il progressivo invecchiamento della popolazione, legato ad un aumento globale dell'aspettativa di vita; dall'altro l'incremento nell'insorgenza di numerose patologie croniche, le quali, per altro, insorgono in un'età sempre più ridotta. L'OMS⁷ ha stimato che oltre l'80% dei costi in sanità è assorbito dalle patologie croniche, le quali rappresentano, quindi, la grande sfida di tutti i Paesi industrializzati.

Questa dimensione della cronicità mette a rischio il sistema di tutela statale ed universalistico del nostro Paese che, senza adeguati interventi, non può sostenere il nuovo bisogno di salute della popolazione. Secondo l'Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale (SiMG), nel 2019 l'ipertensione arteriosa è risultata la patologia maggiormente riscontrata nei pazienti in carico agli 800 MMG (medici di medicina generali) validate del network *Health Search*.

In particolare, sono stati registrati 316.615 soggetti affetti da tale patologia per una prevalenza pari al 31,7%. Questa ha preceduto l'osteoartrite (n = 177.096; 17,7%), i disturbi tiroidei, con l'eccezione dei tumori tiroidei (n = 174.295; 17,4%), l'asma bronchiale (n = 90.615; 9,1%), il diabete mellito tipo 2 (n = 84.878; 8,5%), l'ictus ischemico (n = 49.933;

5,0%), le malattie ischemiche del cuore (n = 46.070; 4,6%), la BPCO (n = 32.233; 3,2%), lo scompenso cardiaco congestizio (n = 13.940; 1,4%) e, infine, la malattia di Parkinson (n = 2.696; 0,3%).

Tutte le patologie prese in esame hanno mostrato una tendenza in crescita nelle stime di prevalenza dal 2014 al 2019, ad eccezione della malattia di Parkinson caratterizzata da un trend costante (Grafico 1). In particolare, emerge un incremento della prevalenza dell'ipertensione arteriosa, così come del diabete mellito tipo 2 e, in generale, delle patologie cardiovascolari che rappresentano, ad oggi, la prima causa di morte a livello globale.

In conclusione, emerge la necessità di interventi mirati, strutturati e multidisciplinari che garantiscano una continuità assistenziale centrata sui bisogni del paziente, nonché del suo contesto familiare e sociale. Allo stesso tempo, però, sono necessari interventi precoci basati su percorsi di prevenzione in grado di contrastare l'insorgenza di patologie croniche, agendo primariamente sulle abitudini fin dall'età prescolare e sui fattori che ne mediano l'insorgenza.

1.2 – Pro e contro del SSN e tipi welfare

Secondo il rapporto 2019 dell'OCSE⁸ (Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo) circa le politiche sanitarie nei vari Stati, l'Italia è uno dei (primi) Paesi in cui si vive più a lungo, ma dopo i 65 anni le condizioni di salute sono precarie (in media) per la maggior parte della popolazione. Infatti, considerato che secondo il rapporto redatto dalla Commissione Europea nel 2019 l'aspettativa di vita alla nascita è di 83,1 anni, dei 21 anni circa che mediamente rimangono da vivere dopo i 65 anni, più della metà saranno vissuti in condizioni non ottimali di salute; più precisamente, più del 50% degli italiani convive con una o più malattie croniche. Siamo al di sotto della media Europea e lontani di parecchio dalla Svezia dove per i sessantacinquenni, ben 15 dei 21 anni restanti di media sono caratterizzati da uno stato di salute ancora soddisfacente. Dai dati raccolti relativi alla percezione della propria salute, solo il 5,8 % degli italiani adulti ritiene di essere in cattive condizioni di salute, (gli olandesi il 4,6 % e gli svedesi il 5,7%.)

Un altro dato importante, oltre ai dati riguardo il fumo, il consumo di alcolici, la sedentarietà e l'inquinamento atmosferico, riguarda il sistema sanitario italiano, il quale, diversamente da (altri) Paesi come Usa, Canada e Australia, adotta un approccio universalistico, cioè è accessibile a tutti.

Nonostante il SSN sia stata una vera rivoluzione e abbia portato innumerevoli vantaggi, descritti nel paragrafo precedente, è giusto far notare che è universale ma non completamente gratuito e la quota delle spese sanitarie a carico del cittadino è passata dal 21% del 2009 al 23,5% del 2017, largamente al di sopra della media europea del 15,8%. Un dato che desta preoccupazione riguarda la formazione e l'assunzione di nuovi medici: "nel 2017 secondo Oece e Ue la composizione anagrafica dei medici italiani in attività aveva un'età pari o superiore a 55 anni, la percentuale più elevata dell'Ue". Come riportato da "Repubblica"⁹ da qui a 3 anni, secondo i calcoli di Fimmg¹⁰, il principale sindacato di categoria dei medici di medicina generale, circa 15 mln di italiani dovranno salutare il proprio medico di famiglia e non tutti avranno qualcuno al suo posto. Almeno per i primi anni i nuovi giovani medici formati saranno troppo pochi per compensare le uscite e dovranno essere trovate soluzioni per non lasciare senza medico oltre 3,5 mln di cittadini.

I temi e i dati di cui sopra fanno parte di una parte dell'area del welfare, o stato del benessere, che include le misure riconducibili al settore sanitario, dell'infanzia, della famiglia e delle politiche sociali. In generale, le politiche riguardo la sanità mirano a salvaguardare la salute delle persone, attraverso sistemi di protezione sociale forniti dallo Stato, il quale utilizza i finanziamenti provenienti dal gettito fiscale.

È possibile analizzare le previsioni relative alla spesa sanitaria e i consuntivi degli ultimi anni attraverso il Documento di finanza pubblica 2021¹¹, che ha evidenziato le percentuali in rapporto al PIL e il tasso di variazione come segue (in mln di euro): l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica in Italia, secondo i dati dell'Istituto nazionale di Statistica (ISTAT), ha fatto registrare tra il 2000 e il 2008 un aumento di circa il 3%, superiore all'aumento del PIL. Il rapporto di tale spesa rispetto al PIL si è attestato oltre il 6%. Il rallentamento della componente pubblica della spesa sanitaria fino al 2018 ha avuto ripercussioni sulla crescita della spesa sanitaria privata sostenuta dalle famiglie, aumentata in media di circa il 2,5%.

Documento di finanza pubblica	SPESA SANITARIA 2017-2020				PREVISIONALE SPESA SANITARIA 2021-2024			
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DEF 2021	112.185	114.318	115.710	123.474	127.138	123.622	126.231	124.410
Spesa sanitaria	6,5%	6,5%	6,5%	7,5%	7,3%	6,7%	6,6%	6,3%
In % di PIL	-	1,9%	1,2%	6,7%	3,0%	-2,8%	-2,1%	-1,4%
Tasso di var. in %								

Infine, sempre secondo il rapporto del 2019 dell'OCSE, malgrado la spesa pubblica per la sanità in Italia (8,8% del PIL, se prendiamo in considerazione la spesa sanitaria finanziata coi fondi pubblici questo dato scende al 6,5%, dato che, negli ultimi anni, dal 7% del 2010 è in calo ma comunque vicino alla media Ocse del 6,6%) sia stata al di sotto della media Europea (9,8%), con Germania (9,5%), Francia (9,3%) e Regno Unito (7,5%) che nel 2018 hanno aumentato il dato percentuale di spesa pubblica/Pil rispetto all'Italia, il sistema sanitario italiano rimane tra i più efficienti (il secondo in Europa dopo la Spagna e il quarto al mondo secondo una ricerca fatta da *Bloomberg*¹², azienda leader nel mondo per le notizie di analisi finanziaria, nel 2018 sull'efficienza dei sistemi sanitari e sulla salute della popolazione in 169 Paesi membri dell'Oms).

Secondo la classifica *Healthcare Quality and Access Index*¹³, (classifica) sviluppata con una metodologia scientifica più solida rispetto a quella redatta da *Bloomberg* e pubblicata a maggio del 2018 sulla prestigiosa rivista scientifica *The Lancet*, con l'obiettivo di mettere in relazione la mortalità evitabile per diverse malattie con altri elementi come la spesa pro capite, l'Italia è al nono posto in questa graduatoria su 195 Paesi al mondo dopo Islanda, Norvegia, Paesi Bassi, Lussemburgo, Australia, Finlandia, Svizzera e Svezia.

Più indietro troviamo Germania (18°), Francia (20°) e Usa (29°).

Tutto ciò è dovuto, nonostante i limitati investimenti, a:

- i medici di base che sono in grado di ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero, mettendo in atto misure di prevenzione
- il basso tasso di mortalità per malattie che possono essere previste (ad esempio ischemie) o trattate efficacemente e in tempo (tumori, malattie croniche ecc.)
- l'elevata aspettativa di vita alla nascita

Analizziamo quindi i tipi di welfare di alcuni dei Paesi precedentemente citati:

Gli attuali sistemi di welfare hanno lo scopo di strutturare il contratto sociale tra Stato e cittadini, ed è importante considerare “che la somma totale del benessere sociale è funzione del modo in cui gli input di Stato, mercato e famiglia vengono combinati tra loro” (I fondamenti sociali nelle economie post-industriali, Esping-Andersen, 2000 p.17¹⁴). Essi sono caratterizzati dalla prevalenza di specifiche modalità di protezione sociale (assistenza, assicurazione, sicurezza), anche se gli Stati dell’Europa meridionale presentano una situazione eterogenea.

Esping-Andersen (1990) sociologo e politologo danese, nel libro “I 3 mondi del capitalismo del benessere”, tenendo conto non solo del contenuto delle politiche sociali, ovvero di quella parte delle politiche pubbliche volte ad affrontare i problemi e il raggiungimento degli obiettivi che riguardano le condizioni di vita e il benessere degli individui come le politiche pensionistiche, sanitarie, dell’istruzione, del lavoro culturali e sportive, ecc. ma anche della loro relazione con il mercato del lavoro da un lato e la famiglia dall’altro, identifica i seguenti regimi di welfare:

- regime liberale (welfare compassionevole)
- regime conservatore-corporativo (welfare occupazionale)
- regime socialdemocratico (welfare universalistico)

I paesi dell’Europa meridionale possono essere accomunati in un ulteriore regime delle solidarietà familiari e parentali, denominato welfare mediterraneo.

I diversi regimi, inoltre, possono essere valutati in termini di:

- demercificazione: l’intervento dello Stato contribuisce a ridurre la dipendenza degli individui dal mercato per soddisfare i propri bisogni.
- destratificazione: attraverso le politiche di benessere sociale quanto queste sono in grado di integrare o stratificare, cioè creare differenze significative all’interno della società

Il regime liberale è caratterizzato da:

- Predominanza di misure di assistenza basate sulla means-test, ovvero sulla prova dei mezzi
- Politiche riparative attraverso una destinazione di risorse limitate

- Destinatari principali: persone bisognose, povere, lavoratori a basso reddito.
- Incoraggiamento del ricorso al mercato: sia in modo passivo attraverso una minima interferenza e regolazione, soprattutto sul mercato del lavoro, sia in modo attivo con formule di incentivi per il ricorso a schemi assicurativi non statali.

Appartengono a questo regime Stati Uniti, Canada, Australia, Gran Bretagna

- Demercificazione bassa: forte dipendenza degli individui/lavoratori dal mercato
- Destratificazione bassa: “welfare dei ricchi” contrapposto a “welfare dei poveri” dovuto ad un approccio residuale che si basa sull’idea di una società divisa.

Il regime conservatore-corporativo, invece, è caratterizzato da:

- Grande importanza attribuita nei processi di socializzazione dei rischi alla famiglia, alle associazioni intermedie e al volontariato.
- Misure assicurative pubbliche collegate alla posizione occupazionale (modello bismarckiano)
- La differenziazione degli interventi di sostegno avviene attraverso il versamento di contributi nei rispettivi fondi previdenziali di categoria. Procedura di erogazione di servizi: principio di sussidiarietà.
- Destinatari principali: i lavoratori, in particolare adulti maschi e capofamiglia (*male breadwinners*)
- Enfasi sulla sussidiarietà degli interventi pubblici: lo Stato interviene nella misura in cui i bisogni non trovano risposta a livello individuale, familiare o di associazioni intermedie

Appartengono a questo regime i Paesi dell’Europa centrale come Germania, Austria, Francia, Olanda

- Demercificazione media: perché la dipendenza dal mercato è in parte attenuata
- Destratificazione medio-bassa: il welfare mantiene le differenze di status e sociali, nonché la differenza di genere

Il regime socialdemocratico è caratterizzato da:

- Adozione dell’universalismo come riferimento prevalente nella programmazione delle politiche sociali (modello beveridgeano)

- Le prestazioni di servizi sociali vengono erogate in base al diritto di cittadinanza e non alla posizione nel mercato del lavoro.
- Destinatari: protezione sociale di tutti i cittadini in modo indiscriminato

Appartengono a questo regime i Paesi scandinavi: Svezia, Danimarca, Norvegia e Finlandia

- Demercificazione alta: l'obiettivo è la riduzione al minimo della dipendenza dal mercato; essa è molto attenuata come fonte di risposta ai bisogni e ai rischi sociali
- Destratificazione alta: lo sforzo attivo di questo regime si traduce in prestazioni elevate ed eguaglianza di trattamento per tutti i cittadini, finanziate tramite il sistema fiscale progressivo

Il regime dell'Europa meridionale è caratterizzato da:

- Welfare inizialmente bismarckiano (vedi regime conservatore-corporativo), con tanti schemi assicurativi occupazionali
- Successivamente vengono introdotte prestazioni elevate solo per alcune categorie "centrali" (dipendenti pubblici o delle grandi imprese) creando di fatto disuguaglianza
- Limitatezza di una rete di sicurezza di base contro il rischio di povertà, lo Stato interviene solo con modalità residuali in quanto affida alla famiglia e alle reti parentali una responsabilità primaria di tutela
- Servizi sanitari nazionali a vocazione universale
- Elevato particolarismo, esercitando di conseguenza in-consapevolmente un'azione disgregatrice per una parte della società.

Appartengono a questo regime i Paesi dell'Europa meridionale: Italia, Spagna, Portogallo, Grecia

- Demercificazione sbilanciata: il range molto ampio poiché elevata per alcune categorie di individui (più che in Paesi scandinavi vedi Svezia), molto bassa per altre (meno che negli Usa)
- Destratificazione bassa: creazione di nuove differenziazioni trasversali rispetto alle capacità dell'individuo e alla situazione più o meno svantaggiata in cui si trova: gli insiders, ovvero chi ha un lavoro e gode delle rispettive garanzie, vs. outsiders, ovvero lavoratori scarsamente protetti o disoccupati.

1.3 – Politiche nazionali per la promozione di corretti stili di vita

Agire sulle abitudini e sui fattori di rischio che possono portare all'insorgenza di patologie croniche significa, al giorno d'oggi, intervenire attraverso azioni concrete, strutturate e programmate da figure competenti finalizzate alla promozione e all'educazione di corretti stili di vita e abitudini.

Il piano nazionale di prevenzione¹⁶ (PNP) 2020-25, adottato di comune accordo tra Stato e le regioni il 6 agosto 2020, rappresenta uno strumento imprescindibile per programmare gli interventi nell'ottica della prevenzione e promozione della salute individuale e collettiva delle persone ma anche per la sostenibilità del SSN, attraverso prove scientifiche di comprovata efficacia in cui sono stati raggiunti esiti positivi. Infatti, in conformità col principio di precauzione basato sull'evidenza, per promuovere la centralità della persona sono stati individuati sei argomenti riguardanti la salute, di seguito riportati:

1. Malattie croniche non trasmissibili
2. Dipendenze e problemi correlati
3. Incidenti stradali e domestici
4. Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
5. Ambiente, clima e salute
6. Malattie infettive prioritarie

Ogni Regione ha predisposto e approvato un proprio Piano Regionale della Prevenzione (PRP), includendo contenuti, obiettivi, linee di azione e indicatori del Piano nazionale all'interno dei contesti regionali e locali.

Analizzando il capitolo "Malattie croniche non trasmissibili", all'interno del PRP per il 2020/25 DGR VENETO ¹⁷ (allegato A, Capitolo 3), sono contenuti gli obiettivi inerenti l'educazione fisica in ambito scolastico; più volte all'interno della delibera regionale è sottolineata l'importanza della promozione e della diffusione della pratica dell'attività fisica come abitudine di vita nel quotidiano, in ogni fascia d'età ma in particolare nell'età evolutiva, per sostenere l'*empowerment* individuale e di comunità in ambito scolastico, in un'ottica intersettoriale; promuovere il rafforzamento di competenze e la consapevolezza di tutti gli attori della comunità scolastica (studenti, insegnanti, personale ATA, tecnici, dirigenti e genitori) e le modifiche strutturali ed organizzative sostenibili per facilitare

l'adozione di stili di vita salutari e la prevenzione di fattori di rischio comportamentali e ambientali, attraverso interventi *evidence-based*.

Le “Scuole che Promuovono salute” ^{1,2} si basano principalmente sull’“Approccio globale alla salute” e sui principi di equità, sostenibilità, inclusione ed empowerment.

Gli obiettivi del PRP riguardano sia l’ambito educativo sia quello della salute.

Tale approccio, a livello internazionale, comprende sei componenti:

1. Competenze individuali e capacità d’azione;
2. Ambiente sociale;
3. Policy scolastica per la promozione della salute;
4. Ambiente fisico e organizzativo;
5. Collaborazione comunitaria;
6. Servizi per la salute.

Le evidenze mostrano che ^{3,4,5,6} salute e rendimento scolastico sono fortemente connessi: i giovani in buona salute hanno maggiori probabilità di imparare in modo più efficace, quelli che frequentano la scuola hanno maggiori possibilità di godere di buona salute, e infine coloro che stanno bene a scuola e hanno un legame forte con essa e con adulti significativi, sono meno propensi a sviluppare comportamenti ad alto rischio e possono avere migliori risultati di apprendimento. Sia gli *outcome* di salute che quelli educativi migliorano se la scuola utilizza l’approccio “Scuola che Promuove Salute” per affrontare le questioni relative alla salute in un contesto educativo. Le sei componenti della “Scuola che Promuove Salute” hanno dimostrato la loro efficacia sia rispetto agli risultati di salute sia rispetto a quelli educativi e sono direttamente legate alla riduzione delle disuguaglianze. In particolare, lo sviluppo di competenze è considerato una delle strategie più efficaci per favorire sia processi di apprendimento ^{7,8} che lo sviluppo di stili di vita salutari ⁹. Inoltre, vi sono chiare evidenze sul fatto che l’ambiente scolastico influenzi fortemente la salute degli studenti in termini sia positivi sia negativi ¹⁰. In relazione a questo sono stati identificati gli aspetti, di seguito elencati, che hanno maggiore influenza in relazione al cambiamento e all’innovazione nelle scuole, tra cui l’introduzione e la creazione di “Scuole che Promuovono Salute” ⁵:

- equità
- educazione e formazione degli insegnanti
- cultura della scuola

- partecipazione e senso di appartenenza degli studenti
- collegamento tra promozione della salute e compiti fondamentali della scuola
- coinvolgimento dei genitori e di altri adulti di riferimento
- salute e benessere del personale scolastico.

Infine, risulta cruciale il dialogo crescente e costante tra la Scuola e la Sanità ^{11, 12}.

1. SHE (2009). Better school through health – The third European Conference on Health promoting Schools – Vilnius Resolution
2. SHE (2013). The Odense Statement: Our ABC for equity, education and health. The 4th European conference on health promoting schools: Equity, Education and Health, 7-9 October 2013
3. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulou T, Murphy SM, Waters E, Komro KA, Gibbs LF, Magnus D, Campbell R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. Cochrane Database of Systematic Reviews
4. IUHPE (2010). Promoting Health in Schools: From evidence to Action
5. Young, St Leger, Buijs (2013). School health promotion: evidence for effective action. Background paper SHE Factsheet2
6. SHE (2018). School health promotion – Evidence for effective action on inequalities. SHE Factsheet 4
7. Comunità Europea (2006) Raccomandazione del parlamento europeo e del consiglio del 18 dicembre 2006 relativa a competenze chiave per l'apprendimento permanente. Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, 30-12-2006.
8. Comunità Europea (2018). Raccomandazione del Consiglio relativa alle competenze chiave per l'apprendimento permanente. Fascicolo interistituzionale 2018/0008 (NLE).
9. WHO (2003). Skills for health. Skills-based health education including life skills: an important component of a Child-Friendly/HealthPromoting School. Information Series on School Health. Document
10. Bonell C, Farah J, Harden A, Wells H, Parry W, Fletcher A, et al. (2013). Systematic review of the effects of schools and school environment interventions on health: evidence mapping and synthesis. Public Health Res. 2013.
11. IUHPE (2012). Facilitating Dialogue between the Health and Education Sectors to advance School Health Promotion and Education
12. Accordo Stato Regioni 17.01.2019 Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove Ministero della Salute – Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

A livello pratico la Regione del Veneto nei Piani Regionali di Prevenzione precedenti ha sviluppato interventi per la promozione dell'attività motoria nelle diverse fasce d'età, con un'attenzione particolare ai determinanti ambientali e urbanistici della sedentarietà ed al contrasto alle disuguaglianze. In particolare, con riferimento al contesto scolastico l'offerta di interventi che si è andata articolando negli anni può essere sinteticamente elencata per fascia di età:

- Bambini in età prescolare: individuazione di indicazioni per buone pratiche per promuovere uno stile di vita attivo fin dai primi anni di vita, ad esempio relative ai modi e tempi di abbandono dell'uso del passeggino e successivamente alla corretta educazione stradale, all'utilizzo di parchi attrezzati e spazi verdi ecc.
- Bambini della scuola primaria: il Pedibus e l'”Andiamo a scuola da soli” legati anche alla sicurezza dei percorsi casa-scuola e negli altri momenti della vita quotidiana; il “Polo laboratoriale MuoverSi” e i Laboratori di didattica multimediale per la promozione della salute presso “Cà Dotta”, per una presa di consapevolezza sull'importanza del corpo e dell'attività motoria; il recupero e la promozione del gioco di strada e dei giochi tradizionali italiani e stranieri.
- Ragazzi della scuola secondaria di primo e secondo grado: laboratori per ragazzi, formazione insegnanti, lavoro con le famiglie, social marketing mediante i social network ed altri strumenti informatici (sia in contesti scolastici che extrascolastici).

1.1 Politiche straniere - estere per la promozione di corretti stili di vita in età scolare (Lussemburgo, Norvegia e Finlandia)

La scelta di analizzare e confrontare in modo sintetico le politiche estere per la promozione di corretti stili di vita in età scolare è ricaduta su Lussemburgo, Norvegia e Finlandia, perché in queste tre nazioni si è deciso, secondo un approccio sistemico, che il benessere psico – fisico e l'attività di prevenzione e protezione delle malattie croniche trasmissibili dipende sia dall'adozione di corrette abitudini fin dai primi anni di vita che dall'azione sinergica tra istituzioni – organizzazioni locali – cittadino. Ne è un esempio eclatante il caso della Finlandia, che nel 2014 per la riforma del sistema scolastico ha coinvolto attivamente il Governo e gli insegnanti; infatti, come ha dichiarato Sanni Grahn-Laasonen, ministro finlandese dell'istruzione e della cultura, intervistata da Madeline Will nel 2016 su “EducationWeek¹⁸”: “Per quattro anni i nostri insegnanti hanno avuto un ruolo molto attivo nella costruzione del nuovo curriculum. Il curriculum nazionale è stato elaborato dal *National Board of Education*, che è un centro di esperti, i quali hanno lavorato insieme agli insegnanti di tutto il territorio finlandese. È stato un processo molto interattivo. Dopo questo lavoro spetta a tutte le comunità, a tutti i Comuni e a tutte le scuole elaborare i propri curricula locali.

E gli insegnanti hanno un ruolo molto attivo in questo lavoro e tutti possono fare le proprie scelte - hanno una grande autonomia nella scelta dei materiali e dei metodi e luoghi di insegnamento. Vogliamo che i nostri ragazzi imparino non solo in classe, ma anche all'esterno, nella nostra società. Si può imparare ovunque”.

LUSSEMBURGO:

I pilastri strategici per uno stile di vita attivo e sano riguardano la sensibilizzazione di tutte le generazioni, dai bambini agli anziani; lavorare insieme per un approccio olistico al cibo, alla salute, al benessere e allo sport; facilitare l'accesso allo sport, all'attività fisica e ad una corretta, sana ed equilibrata alimentazione, con particolare attenzione all'inclusione sociale e alla non discriminazione per raggiungere i gruppi svantaggiati.

Descrizione degli impegni:

1. Perseguire attivamente a perseguire gli impegni condivisi nel Programma nazionale interministeriale per l'alimentazione e l'attività fisica (“Mangiare sano, muoviti di più”) promosso nel 2006 da quattro ministeri (Istruzione, Famiglia, Salute, Sport) per prevenire l'obesità e l'inattività fisica o ridurne la prevalenza.
2. Contribuire allo sviluppo sostenibile di una società più in forma e attiva sostenendo anche economicamente l'alta qualità in una gamma diversificata di attività fisiche e sportive adattate che soddisfino i bisogni e le aspettative di tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro età, dalle condizioni fisiche e dalle capacità coordinative o condizionali, il loro status socioeconomico e culturale.

Le azioni in corso, le iniziative, le campagne, i progetti sono guidati da quattro principi:

1. Accesso per tutti (popolazioni target: bambini piccoli, giovani, adulti, anziani, persone vulnerabili)
2. Agire insieme: promuovere la collaborazione attraverso la partecipazione intersettoriale
3. Empowerment degli attori principali e delle persone comuni
4. Sostenibilità e fattibilità della strategia e delle azioni

Dal 2019, i progressi del piano 2018-2025 sono riportati annualmente nel rapporto di attività GIMB (*Rapport d'activité GIMB*¹⁹). Le valutazioni sono previste a metà corso, nel 2022, e al termine del 2025. Attraverso quali metodi il Lussemburgo sta promuovendo e allo stesso tempo migliorando i propri stili di vita, dal punto di vista del benessere psico-fisico?

Uno di questi è l'iniziativa della Commissione Europea proposta ai Paesi membri dell'UE nell'ambito del progetto "BeActive"²⁰ che mira a incoraggiare i cittadini europei a praticare attività sportiva indipendentemente dall'età, dallo stato sociale o dal livello fisico o atletico e dal 2015 il Lussemburgo partecipa attivamente a questa azione. Sul sito è possibile consultare la mappa degli eventi, il tipo di evento, la data e i follow-up e l'ente organizzatore.

Gli obiettivi del progetto sono:

- Favorire il benessere psicofisico della popolazione con l'adozione di stili di vita attivi e corretti
- Educare alla resilienza nei confronti delle difficoltà
- La ripartenza post-pandemia del mondo dello Sport e potenziamento del ruolo degli Organismi sportivi
- Educazione all'attività sportiva per tutte le fasce di età
- L'avvicinamento e lo scambio intergenerazionale
- L'inclusione socio-economica attraverso l'attività sportiva
- L'integrazione delle persone con fragilità
- La promozione dello sport outdoor anche attraverso lo sviluppo di parchi urbani e aree pubbliche.

La differenza tra Italia e Lussemburgo purtroppo riguarda il fatto che in Italia le attività sono state sospese al 31/10/21 e riprenderanno dal 23/09/22 al 30/09/22, mentre in Lussemburgo tuttora continuano le varie proposte attraverso eventi ricorrenti proposti tutto l'anno. Eccone alcuni esempi: questi variano da attività più statiche come attività psicocorporee terapeutiche, yoga, pilates, golf e bowling ad attività più dinamiche come parkour, karate, circuit training, badminton, camminata nordica, zumba adulti e bambini, autodifesa e jujitsu dai 6 ai 13 anni, rugby femminile, multisport, ping pong, judo dagli 8 ai 13 anni, nuoto, recovery training, attività di formazione per tutte le età, tai chi, acqua gym, running.

NORVEGIA:

La strategia del governo per la salute dei giovani 2016-2021²¹ prevede molteplici obiettivi e misure per promuovere stili di vita sani, nelle aree di alcol e droghe, tabacco, attività fisica e nutrizione e salute sessuale. Le recenti strategie e piani nazionali nell'area della salute pubblica supportano l'attuazione della strategia per la salute dei giovani:

- Promuovere pasti sani e disposizioni pasti nelle scuole. La Direzione della Salute ha sviluppato linee guida nazionali sull'alimentazione e sui pasti nelle scuole con raccomandazioni specifiche per i giovani dell'istruzione secondaria. Le linee guida includono informazioni sulla base di prove per le raccomandazioni e informazioni pratiche su come le raccomandazioni possono essere implementate. Infine, gli scopi della Direzione della Salute sono di aiutare a garantire che le scuole siano conformi alle linee guida e di coinvolgere i giovani attraverso varie attività per diete sane e sostenibili.
- Il Libro bianco n.19 (2018-2019) sulla salute pubblica include una nuova strategia nazionale sul tabacco per il biennio 2019-2021, integrando l'attenzione della strategia per la salute dei giovani sulla creazione di una generazione giovanile senza tabacco, con l'obiettivo specifico di prevenire un aumento dell'uso dello snuff tra i giovani, cioè di torture messe in pratica durante la realizzazione di un video, e culminanti con la morte della vittima.
- Il Piano nazionale per il rafforzamento degli sforzi nella prevenzione e riabilitazione dalla droga (2016-2020) include misure ribadite come obiettivi nella strategia per la salute dei giovani come l'aumento e il miglioramento delle conoscenze e competenze sulle questioni relative ai problemi causati dalla droga e all'individuazione e mappatura dei problemi delle sostanze stupefacenti nei luoghi comuni e negli ospedali.

La Direzione della Salute ha anche sviluppato un programma educativo sulla prevenzione dell'uso delle sigarette elettroniche con cinque lezioni in ogni fase della scuola secondaria. L'obiettivo è che gli studenti imparino a fare scelte indipendenti e a stabilire dei limiti.

- Una delle misure adottate per la salute dei giovani è lo sviluppo della strategia del governo per la salute sessuale "Parlane! (2017 – 2020)" che comprende attività per aumentare le conoscenze e le abilità dei giovani per salvaguardare la propria salute sessuale. L'educazione sessuale e l'educazione relazionale tra pari e non di solito includono aspetti biologici ed emotivi della sessualità come la conoscenza della salute sessuale e del comportamento sessuale responsabile, la consapevolezza dei diversi orientamenti sessuali, la riproduzione, la contraccezione, la gravidanza e il parto (EACEA/Eurydice, 2010).

L'educazione sessuale viene insegnata principalmente nella scuola primaria e secondaria di primo grado. L'educazione sessuale non viene insegnata come materia separata, ma nell'ambito delle scienze, della filosofia, dell'etica e delle scienze sociali.

- Il libro bianco n.19 (2018-2019) sulla salute pubblica menziona esplicitamente l'attività fisica. Il Governo ha iniziato a sviluppare un nuovo piano d'azione nazionale per l'attività fisica con misure concrete in diverse aree e arene sociali, come l'asilo nido, la scuola, il posto di lavoro, l'assistenza agli anziani, i trasporti, l'ambiente locale e gli spazi ricreativi. L'obiettivo è raggiungere, mantenere e ridurre del 10 % dell'inattività fisica entro il 2025, con un obiettivo a lungo termine di una riduzione del 15 % dell'inattività fisica entro il 2030, in linea con gli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite. La Direzione della Salute ha sviluppato le linee guida nazionali sull'attività fisica con raccomandazioni specifiche e informazioni concrete pratiche, basate su prove scientifiche per bambini e adolescenti.

Uno dei temi della strategia del governo per la salute dei giovani è legato allo sport e alle attività ludico - ricreative con i seguenti obiettivi:

- Tutti i bambini e gli adolescenti dovrebbero, indipendentemente dalla situazione socioeconomica, avere l'opportunità di partecipare ad almeno un'attività sportiva/ricreativa organizzata con gli altri;
- Limitare il fenomeno del burn out giovanile sportivo
- Creare arene sportive sane per ragazze/i, attraverso la conoscenza della dieta e l'alimentazione sportiva, cambiando gli atteggiamenti nei confronti dei disturbi alimentari negli sport e riducendo l'incidenza dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) tra i giovani atleti. Tutti i bambini di età compresa tra 6 e 18 anni nei comuni selezionati hanno ricevuto un sussidio parziale per coprire le attività ricreative/sportive organizzate. L'obiettivo è rendere la partecipazione alle attività meno dipendente dal contesto socioeconomico.

FINLANDIA:

Obiettivo cardine dell'istruzione prescolare finlandese è sostenere la crescita e il benessere e promuovere le opportunità di apprendimento dei bambini; ciò richiede di coadiuvare e supportare il loro sviluppo cognitivo, fisico ed emotivo, prestando particolare attenzione alle difficoltà che potrebbero sorgere. Parimenti, è necessario rafforzare l'autostima dei giovani scolari mediante relazioni positive con i pari e gli insegnanti e predisporre attività basate sul gioco e modulate considerando la fase evolutiva di ognuno²². (Cappa, Sistemi scolastici d'Europa)

Prendendo in esame l'architettura degli studi, l'istruzione obbligatoria è impartita dai 7 ai 15 anni d'età, all'interno di un percorso unico, denominato istruzione di base (*basic education*); nel periodo che precede l'entrata in questo percorso, i genitori usufruiscono, per i loro figli, degli asili e, per l'anno immediatamente prima, dell'istruzione prescolare.

L'istruzione secondaria superiore, che copre il periodo dai 16 ai 19 anni, generale o professionale, è impartita dagli istituti preposti, ed entrambe le opzioni danno diritto all'ammissione agli studi universitari. Ecco, quindi, una prima differenza col sistema scolastico italiano, in cui non è presente questa continuità tra scuola primaria, scuola secondaria di primo grado e di secondo grado; di conseguenza una seconda differenza riguarda gli esami di passaggio, non presenti in Finlandia, contrariamente che in Italia.

Nell'ambito del *Government Plan*, elaborato nel 2015, e per rispondere all'obiettivo di migliorare i contesti scolastici, sono stati lanciati altri importanti progetti, tra cui *The schools on the move*, volto a predisporre un'ora di attività fisica nella giornata scolastica in tutti gli istituti del Paese, e sono state avviate iniziative sperimentali regionali per introdurre lo studio della prima lingua straniera dal primo grado d'istruzione. Fino a tutto il 2016, è stato attuativo il *Temporary Act on the Financing of the Provision of the Education and Culture*, con cui gli attori politici sono intervenuti per dettare degli aggiustamenti in merito al finanziamento da destinare ai percorsi preparatori per i migranti e i richiedenti asilo, allo scopo di agevolare la loro entrata nella scuola dell'obbligo²³ (Sistemi scolastici d'Europa pag. 23).

La cura della prima infanzia è affidata ad asili municipali, privati o è portata avanti dalla famiglia stessa; l'istruzione prescolare, per i bambini di 6 anni, è offerta negli asili o negli istituti preposti all'istruzione di base. Quest'ultimi e quelli secondari superiori sono in gran parte gestiti dalle municipalità, in taluni casi riunite in confederazioni.

Nella *Governance* del sistema educativo finlandese, la valutazione ha un importante ruolo ed è strettamente collegata al sistema di assicurazione della qualità.

Vale la pena sottolineare, d'altro canto, che l'attività valutativa non prevede controlli e ispezioni, ma è svolta a campione su settori o su pratiche collegate allo sviluppo di specifici temi, trasversali a più programmi; dal punto di vista pedagogico-educativo vengono promosse il più possibile la capacità di auto-osservazione e quella di auto-valutazione.

Fornire informazioni attendibili e un valido orientamento per programmare politiche efficaci in sintonia con l'accrescimento dei risultati di apprendimento, a livello locale, regionale e nazionale rappresenta, secondo gli attori politici, gli scopi della valutazione. Infine, per tutto il ciclo obbligatorio (dai 7 ai 15 anni) i bambini hanno diritto non solo al materiale didattico gratuito ma anche al pasto a scuola, a servizi sanitari e al trasporto, se necessario, visto che si incoraggia sempre più i bambini ad essere autonomi.

Gratuito, egualitario e orientato all'autovalutazione e all'autonomia: nonostante le critiche ricevute negli ultimi tempi il modello educativo-scolastico finlandese, capace come pochi altri (vedi dati di Paesi limitrofi come Svezia, Danimarca e Norvegia) di integrare una specifica e accurata visione pedagogica e un sistema coerente e autentico di ambienti e pratiche, continua a generare eccellenza. Anche se nell'ultimo rapporto Pisa dell'Ocse la Finlandia ha fatto discutere, a livello nazionale e internazionale, per un abbassamento evidente dei risultati ottenuti dai suoi studenti nell'area matematica, essa rimane la nazione in cui è minore la distanza di punteggio fra il primo e l'ultimo studente del campione considerato, sono dunque più omogenei i livelli di preparazione rilevati sull'intera popolazione scolastica considerata (Invalsiopen/risultati-ocse-pisa-2018)²⁴. Ciò nonostante, come emerge dai dati raccolti nelle sezioni "Appendice_A2 - Tabelle Rapporto Nazionale - Mat e Scienze", (Tabelle 3.8, 4.8) e "Appendice _A1 - Tabelle Rapporto Nazionale – Letture", (Tabella 2.8) la Finlandia rimane comunque ai primi posti in Europa e nel mondo staccando di gran lunga moltissimi Paesi con i seguenti punteggi:

- Matematica: Finlandia (507), Svezia (502), Germania (500), Francia (495), Italia (487);
- Scienze: Finlandia (522), Svezia (499), Germania (503), Francia (493), Italia (468);
- Lettura: Finlandia (520), Svezia (506), Germania (498), Francia (493), Italia (476).

Di seguito è descritto un esempio di scuola di riferimento del sistema scolastico finlandese²⁵, che rappresenta al giorno d'oggi una delle realizzazioni più interessanti di questa particolare attenzione al rapporto strutturale fra architettura e pedagogia: l'esempio della scuola di Saunalahti. Inaugurata nel 2012 nella cittadina di Espoo, nel Sud della Finlandia, non lontano da Helsinki, è distribuita su una superficie totale di 10.500 metri quadrati ed è stata progettata su misura per soddisfare i bisogni educativi di una visione che enfatizza nuove modalità di apprendimento, efficaci e innovative dando il giusto valore a discipline quali l'educazione fisica e lo sport, l'arte, la manualità e le esperienze collaborative. L'edificio offre anche uno spazio per laboratori che prediligono il lavoro manuale (musica, cucina, falegnameria, lavorazione del metallo e dei tessuti) ed è in diretta continuità con gli altri ambienti e con l'esterno attraverso pareti completamente vetrate, questo favorisce e stimola gli studenti a uscire il più spesso possibile e a muoversi molto durante la giornata. Gli ambienti esterni, inoltre, sono collegati direttamente con l'area residenziale facendo sistema ed entrando in relazione con la vita extrascolastica, diventando così luogo di aggregazione e *community making*: l'edificio ospita infatti un centro diurno, attività prescolastiche, un centro ricreativo per il tempo libero, una biblioteca e una palestra che, oltre la scuola stessa, servono l'intero territorio comunale.

Nel modello educativo finlandese, un aspetto molto importante riguarda il piano didattico – formativo, infatti, i docenti godono di un ampio margine di libertà nell'insegnamento e hanno una formazione molto specifica: possiedono tutti, obbligatoriamente, una laurea e una specializzazione in pedagogia, mentre chi insegna dal grado sette al nove deve avere ottenuta anche un'ulteriore specializzazione nelle materie di insegnamento. Il curriculum nazionale di base, consultabile online è stato riformato nel 2014 e pubblicato nel 2016: la riforma ha toccato la distribuzione oraria delle discipline, con un incremento significativo delle ore dedicate alle *arts&crafts* (“arte e mestieri”) e un decremento sensibile delle ore di religione ed etica. Nonostante le critiche ricevute e le modifiche apportate, il sistema scolastico rimane un modello solido e strutturato dal quale è necessario solo prendere spunto per cambiare la cultura del nostro Paese. Queste riflessioni nascono da un principio che sta alla base del curriculum riformato dal *Finnish National Agency for Education's* e che riporta Valentina Simeoni, antropologa e insegnante presso “Oplà”, organizzazione no-profit che dà servizi educativi dai 18 mesi agli 11 anni:

L'attivismo pedagogico è centrato sull'idea di un bambino protagonista del proprio processo di apprendimento e, in tal senso, secondo esso prevede una precisa configurazione dei contesti educativi e scolastici:

- la costruzione di un ambiente adeguato che si faccia “maestro” al posto dell'insegnante;
- la valorizzazione e la cura dell'attività infantile come fonte di apprendimento (il gioco come indagine e scoperta della realtà, azione sul mondo come bisogno profondo); nella convinzione che in questa fascia d'età si pongano le basi per l'educazione permanente;
- l'accento sull'esperienza sensoriale, la manualità e la prassi come basi indispensabili della cognizione (intelligenza operativa);
- l'adulto come semplice mediatore/facilitatore dell'apprendimento, invece che il suo motore;
- il legame fra scuola e casa (più in generale, fra scuola e vita);
- l'autonomia come traguardo e competenza trasversale che si raggiunge in modo differenziato ma, potenzialmente, a tutte le età;
- l'accento sull'individualità di ogni percorso e, dunque, l'impossibilità di standardizzare i cosiddetti “programmi”.

Nel sistema scolastico finlandese questo tipo di pensiero è stato recepito nel corso degli ultimi anni e declinato in alcune parole chiave come inclusione, verticalità (vale a dire la commistione fra alunni di diverse età che alcuni istituti finlandesi applicano), continuità degli scopi e dei metodi tra gli enti locali, movimento (Il progetto *MOVE! - Monitoring System for Physical Functional Capacity* esemplifica molto bene l'attenzione posta dalla cultura finlandese su queste dimensioni. A partire dal 2016, questo sistema di monitoraggio nazionale rileva l'attività fisica e la risultante capacità funzionale negli alunni del 5° e 8° grado nel gestire alcune situazioni quotidiane).

L'aspetto però forse più importante, e anche quello che all'estero è stato probabilmente il più travisato e il più difficile da apprezzare, come scrive Marco Magni, professore presso il liceo classico e linguistico “Lucrezio Caro” di Roma in un articolo molto approfondito sul tema, pubblicato su “Glistatigenerali”²⁶, è il fatto che “nel sistema scolastico finlandese si è verificata la piena istituzionalizzazione dell'attivismo pedagogico, o “educazione progressiva”, a cui abbiamo fatto riferimento anche sopra.

L'idea che non esiste una "trasmissione" della conoscenza, ma che la conoscenza c'è solo nel momento in cui viene interpretata attivamente da chi apprende, e che l'applicazione pratica di una determinata conoscenza è inscindibile dalla "comprensione", è un "senso comune" del corpo docente finlandese."

Appare sensato quindi chiedersi: all'interno del sistema scolastico italiano esiste una reale interpretazione della conoscenza, oppure si pensa che gli studenti di qualunque età siano delle "scatole da riempire" anno dopo anno di una mera conoscenza che poi non tornerà più utile quando questi si accorgeranno che quelle nozioni non sono state fatte proprie?

Dai recenti dati Ocse - Pisa non risulta esserci un miglioramento di risultati né in Finlandia né in Italia ma la differenza tra i due Paesi sta nel fatto che mentre in Italia, per esempio, il dato circa la materia Scienze peggiora rispetto al 2016, o rimane comunque basso nel corso degli anni, la Finlandia seppur con un lieve peggioramento resta comunque la terza nazione al mondo dietro Cina e Giappone nell'ambito scientifico.

Occorre quindi ripensare il sistema scolastico italiano in modo che diventi un luogo dove il bambino si scopre dono per il mondo e lo dona al mondo, quando dovrà decidere la strada da percorrere. A tal proposito la famiglia, luogo educativo che dà l'impronta formativa iniziale e più duratura, almeno fino al periodo pre-puberale, dovrebbe supportare il bambino nel corso di questo percorso impegnativo senza sostituirsi al figlio nei momenti più complicati, trasmettendo di fatto una scarsa considerazione di se stesso, ma sostenendolo e sviluppando insieme alla scuola la capacità di resilienza che permetterà al ragazzo di affrontare e superare un periodo di difficoltà, una corretta auto valutazione e auto determinazione.

ANALISI DEGLI STILI DI VITA DI BAMBINI E ADOLESCENTI

2.1 – Indagine secondo OKkio alla salute

OKkio alla Salute²⁷ è un sistema di sorveglianza nazionale promosso e finanziato dal Ministero della Salute, coordinato dal CNaPPS (Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute) e dall' ISS (Istituto Superiore di Sanità) in collaborazione con tutte le Regioni e il Ministero dell'Istruzione e collegato al programma europeo "Guadagnare salute"²⁸ e al Piano nazionale di prevenzione 2020-2025. Lo scopo principale è di raccogliere informazioni sugli stili di vita dei bambini della scuola primaria, come lo stato ponderale e i fattori di rischio correlati a sovrappeso e obesità, le iniziative scolastiche che riguardano la nutrizione e i livelli di attività fisica e sportiva al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili, concrete ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini a partire dalla scuola primaria. OKkio alla Salute ha realizzato sei raccolte dati (2008/9, 2010, 2012, 2014, 2016 e l'ultima nel 2019²⁹) e sono anche parte integrante dell'iniziativa della Regione Europea dell'OMS – Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI).

Il contesto di riferimento internazionale e nazionale:

In Italia, come in altri Paesi europei, la necessità di seguire con attenzione le condizioni di salute della popolazione generale e, in particolare, dei bambini è fortemente supportata oggettivamente dal fatto che l'obesità rappresenta un problema prioritario di salute pubblica. L'obesità ha un impatto negativo sullo stato di salute generale della popolazione sia in età giovanile che in età adulta (progressivo aumento dei pazienti affetti da diabete, ipertensione, dislipidemia e altre patologie croniche). Inoltre, è un fattore associato a disuguaglianze socioeconomiche; infatti, riguarda in maggior misura le classi sociali più svantaggiate.

La situazione in Italia antecedente l'introduzione del sistema di sorveglianza:

Le uniche fonti informative nazionali erano rappresentate dalle "indagini multiscopo" dell'ISTAT (condizioni di salute con ricorso ai servizi sanitari 1999-2000, in cui peso e statura dei minori sono stati comunicati dai genitori): secondo questi dati, nel nostro Paese il 24% dei ragazzi tra i 6 e i 17 anni presentava un eccesso di peso ponderale, fenomeno che sembrava interessare le fasce di età più basse e più frequente nel Sud Italia.

OKkio alla salute, invece, ha tracciato il primo passo verso l'evoluzione di un sistema di sorveglianza sostenibile nel tempo (sia per il sistema sanitario che per la scuola), finalizzata a guidare gli interventi di sanità pubblica.

Metodi e materiali

L'approccio metodologico è quello della sorveglianza di popolazione, da effettuarsi con sondaggio a cadenza biennale/triennale ripetuti su campioni rappresentativi della popolazione scolastica.

Popolazione studiata

All'interno della scuola primaria è stata scelta la classe terza, con bambini di età di 8-9 anni, sia per ragioni di carattere biologico, in quanto la situazione nutrizionale è ancora poco influenzata dalla pubertà, che per questioni di sviluppo cognitivo, essendo i bambini di questa fascia di età già in grado di rispondere con precisione e validità ad alcune semplici domande.

Campionamento

La selezione del campione è eseguita dalle Asl (corrispondente spesso alla Provincia), con una lista di campionamento delle classi terze primarie fornita dai rispettivi Uffici scolastici provinciali. Le Regioni e le Asl decidono se effettuare un campionamento che sia rappresentativo della regione o delle singole Asl: questa seconda scelta implica un campione di numerosità maggiore.

Aspetti etici:

Consenso informato delle famiglie

Le famiglie dei bambini delle classi selezionate come campione riceveranno una nota d'informazione sull'indagine. Le famiglie potranno esprimere il loro consenso o meno alla misurazione riconsegnando all'insegnante la lettera d'informazione con la loro firma.

Anonimato

L'indagine mira ad avere dati riferiti alla popolazione ed evita di rilevare informazioni identificative dei singoli individui.

2.2 – Indagine secondo OKkio alla salute in Italia:

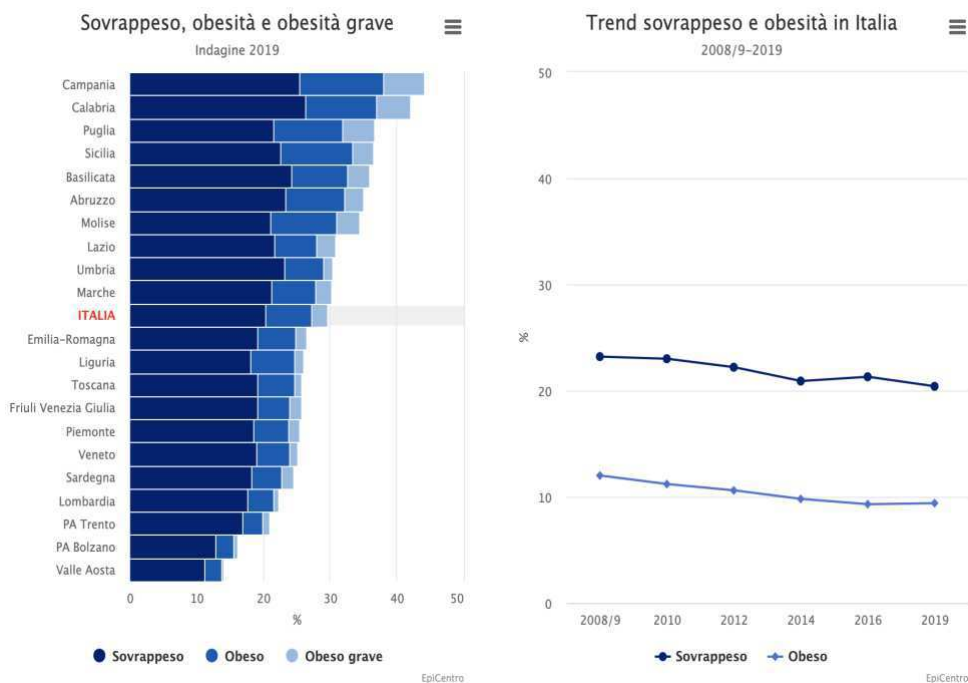
Sovrappeso e obesità nei bambini:

Il quadro che emerge mette in evidenza che, nel 2019, i bambini in sovrappeso sono il 20,4% e gli obesi il 9,4% (valori soglia dell'International Obesity Task Force, IOTF);

i maschi hanno valori di obesità leggermente superiori alle femmine (maschi obesi 9,9% vs femmine obese 8,8%). Si evidenzia una chiara tendenza geografica che vede le Regioni del Sud avere valori più elevati di eccesso ponderale in entrambi i generi rispetto alle Regioni del Centro e del Nord. Prevalenze di obesità più elevate si osservano anche in famiglie in condizione socioeconomica più svantaggiata e tra i bambini che sono stati allattati al seno per meno di 1 mese o mai.

Riguardo la percezione materna dello stato di salute dei propri figli, emerge che il 40,3% dei bambini in sovrappeso o obesi è percepito dalla madre come sotto-normopeso; il 59,1% delle madri di bambini fisicamente poco attivi ritiene che il proprio figlio svolga attività fisica adeguata e tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 69,9% pensa che la quantità di cibo assunta dal proprio figlio non sia eccessiva.

L'Italia partecipa da sempre all'iniziativa della Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) "Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI" risultando, anche nell'ultima rilevazione, tra le nazioni con i valori più elevati di eccesso ponderale nei bambini insieme ad altri Paesi dell'area mediterranea, quali Spagna e Grecia.

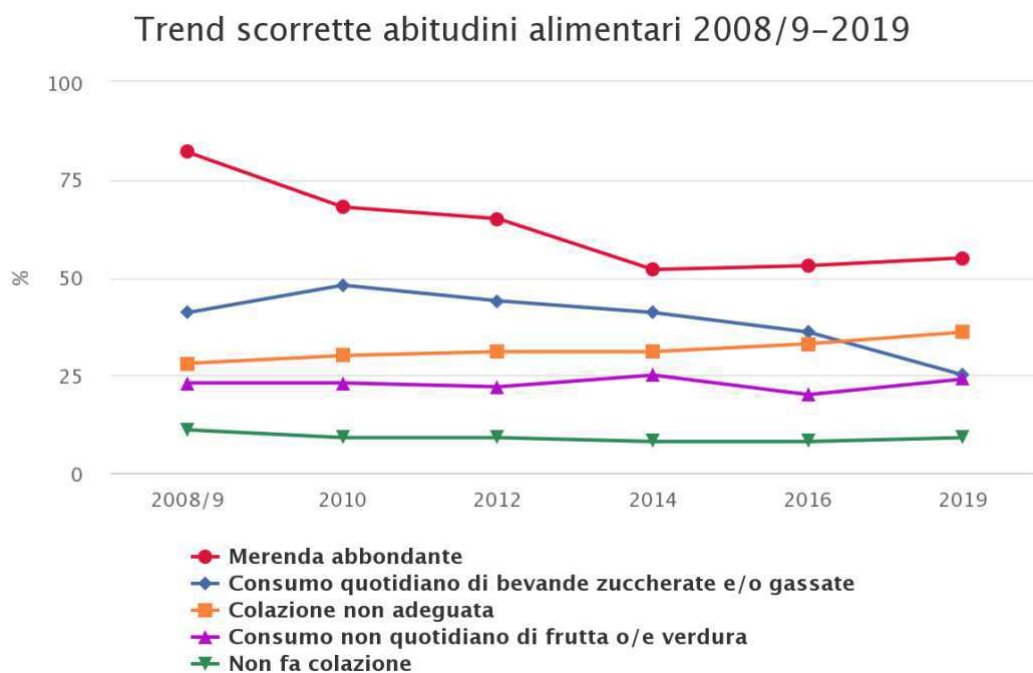


Abitudini alimentari:

Nel 2019, l'abitudine a non consumare la prima colazione (8,7%) o a consumarla in maniera inadeguata (35,6%) persiste negli anni, così come la fruizione di una merenda abbondante di metà mattina (55,2%).

Il consumo non quotidiano di frutta e/o verdura dei bambini, secondo quanto dichiarato dai genitori, rimane elevato (24,3%); diminuisce, invece, l'assunzione giornaliera di bevande zuccherate e/o gassate (25,4%). I legumi sono consumati dal 38,4% dei bambini meno di una volta a settimana mentre il 48,3% e il 9,4% consuma rispettivamente *snack* dolci e salati più di 3 giorni a settimana.

Si evidenzia una chiara tendenza geografica che vede le Regioni del Sud avere valori più elevati delle Regioni del Nord per quanto riguarda i bambini che non hanno fatto colazione il mattino dell'indagine, mentre per quanto riguarda il consumo non quotidiano di frutta e/o di verdura il trend Nord Sud è meno evidente.

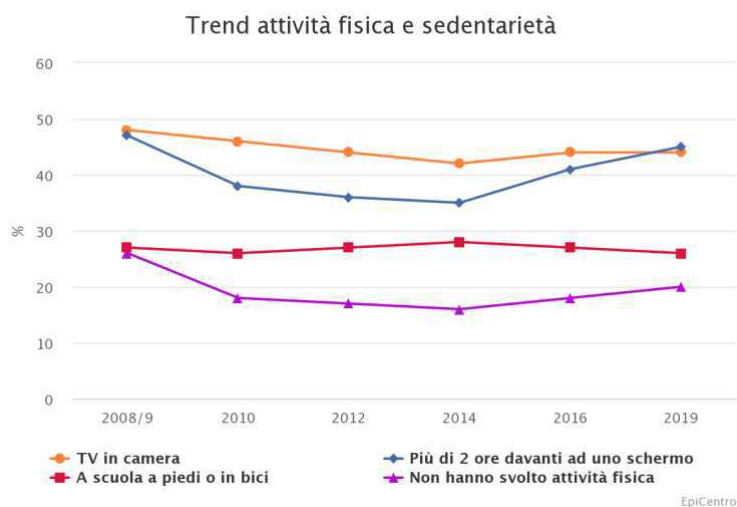


EpiCentro

Attività fisica:

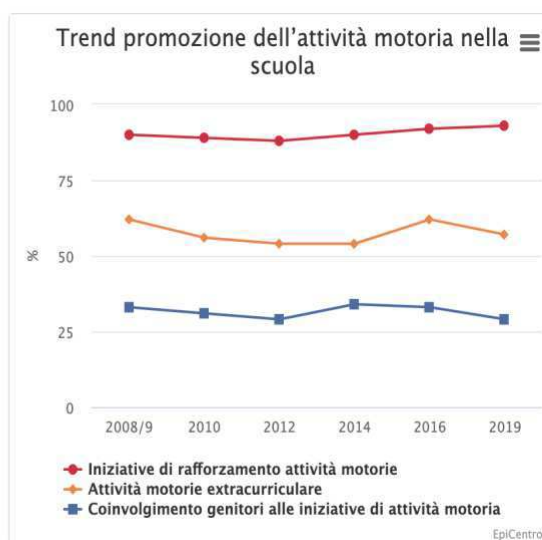
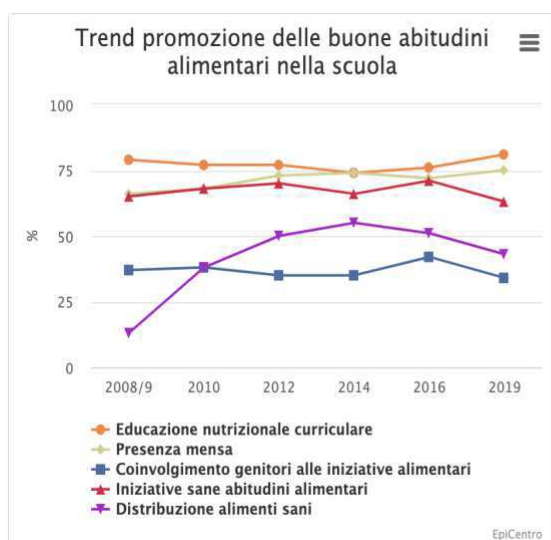
Gli indicatori riferiti all'attività fisica e al movimento sono pressoché stabili negli anni a indicare che c'è ancora molto da fare in termini di promozione di questi corretti stili di vita. Il 20,3% dei bambini nel 2019 non ha svolto alcuna attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 43,5% ha ancora la TV nella propria camera da letto e il 44,5% dei bambini trascorre più di 2 ore al giorno davanti a TV/Tablet/Cellulare.

Anche qui si evidenzia una chiara tendenza geografica che vede le Regioni del Sud avere valori più elevati delle Regioni del Nord, più chiaro per l'indicatore riferito all'attività fisica.



Altri dati:

OKkio alla SALUTE 2019 ha coinvolto 2467 scuole e 2735 classi III della scuola primaria. Il 75% delle scuole campionate ha la mensa, il 43% prevede la distribuzione di alimenti sani, l'81% prevede l'educazione nutrizionale curricolare, il 34% coinvolge i genitori nelle iniziative delle sane abitudini a tavola.



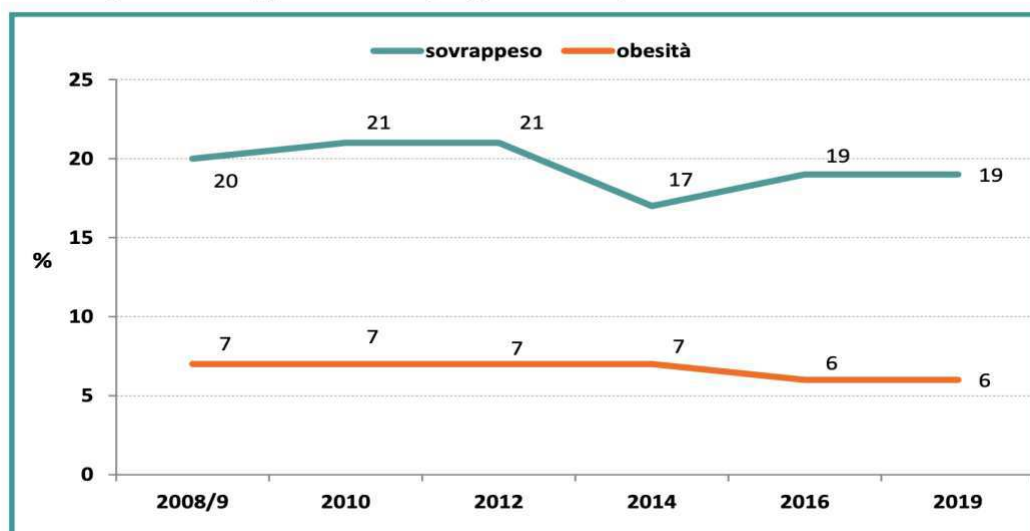
2.3 – Indagine secondo OKkio alla salute in Veneto:

Nel 2019 in Veneto³⁰ hanno partecipato all'indagine tutte le 222 classi prese in esame comprese nei 208 plessi campionati. Solo il 4% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Questo dato evidenzia una buona gestione della comunicazione tra ASL, scuola e genitori. Circa lo stato ponderale e le abitudini alimentari:

Dai dati emerge che tra i bambini della Regione l'1% risulta in condizioni di obesità grave, il 5% risulta obeso, il 19% sovrappeso, il 73% normopeso e l'1% sottopeso.

Inoltre, da quanto dichiarato dai genitori emerge che il 20% delle madri è in sovrappeso e il 6% è obeso; mentre tra i padri il 44% è in sovrappeso e il 10% obeso. Quando uno dei due genitori è in sovrappeso il 20% dei bambini risulta in sovrappeso e il 6% obeso. Quando invece un genitore è obeso il 25% dei bambini è in sovrappeso e il 14% obeso.

Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Veneto, OKkio alla SALUTE

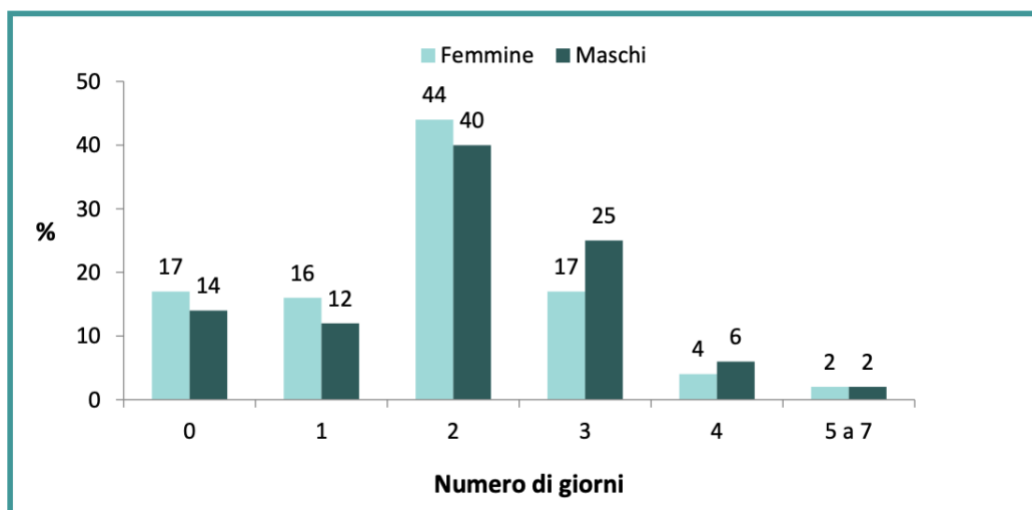


Da quanto riportato dai bambini sulla colazione effettuata il giorno della rilevazione solo il 55% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata, il 5% non fa colazione e il 40% non la fa qualitativamente adeguata. Solo il 38% dei bambini consuma una merenda adeguata di metà mattina, il 60% la fa inadeguata e il 2% non la fa per niente. In Veneto i genitori riferiscono che solo il 15% dei bambini consuma la frutta 2-3 volte al giorno e il 25% una sola volta. L'8% dei bambini mangia frutta meno di una volta a settimana o mai. Attività fisica: dal monitoraggio del 2019 emerge che il 15% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine. Maschi e femmine da questo punto di vista si equivalgono (15%).

La percentuale maggiore di bambini non attivi vive in aree geografiche con meno di 10.000 abitanti (19%). Il 70% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine. I maschi giocano all'aperto più delle femmine e il 46% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.

Per quanto riguarda il tempo dedicato ai giochi di movimento, 2 bambini circa su 10 (19%) fanno almeno un'ora di attività per 2 giorni alla settimana, il 6% circa neanche un giorno e il 38% da 5 a 7 giorni a settimana. I maschi praticano in media più sport delle femmine. Secondo i genitori, nella nostra Regione, circa 4 bambini su 10 (42%) fanno almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, il 16% neanche un giorno e solo il 2% da 5 a 7 giorni.

Giorni di attività sportiva strutturata per almeno un'ora durante la settimana (%)



Il 22% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/monopattini mentre il 78% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato. Nei giorni di scuola i genitori riferiscono che il 64% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a 2 ore al giorno, mentre il 32% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare da 3 a 4 ore e il 4% per almeno 5 ore. Nel fine settimana i valori di esposizione superiore alle 5 ore al giorno risultano maggiori rispetto ai giorni di scuola (41%). La percezione delle madri sullo stato generale dei bambini: il 50% delle madri di bambini sovrappeso e il 10% delle madri di figli obesi pensa che il proprio bambino sia in realtà normopeso o sottopeso. Di contro il 24% delle madri di bambini in sovrappeso e il 48% di figli obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.

L'ambiente scolastico e l'educazione fisica a scuola dei bambini: per i dirigenti scolastici l'88% delle mense è adeguato alle esigenze dei bambini. Le scuole che offrono agli alunni l'opportunità di effettuare attività fisica sono il 67%. Inoltre, il 97% degli istituti scolastici ha cominciato a realizzare almeno un'attività. Per i dirigenti scolastici il 76% delle scuole possiede una palestra adeguata, il 75% la mensa e il 91% ha un cortile adeguato. Il 92% delle scuole prevede una palestra nelle vicinanze o all'interno della propria struttura.

QUESTIONARIO *HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL - AGED CHILDREN* (HBSC)

3.1 – Introduzione al questionario

Lo studio transnazionale HBSC³¹ realizzato da una rete internazionale di ricercatori in collaborazione con l'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS analizza lo stato di salute e sugli stili di vita dei ragazzi e delle ragazze in età scolare. L'indagine è stata realizzata per la prima volta in Italia nel 2000, nella fattispecie in Veneto. L'obiettivo principale è quello di analizzare e studiare i comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute degli studenti di 11 e 13 anni ed indagare le cause che li possano influenzare, individuando una serie di indicazioni scientificamente fondate che possano costituire uno dei criteri sui quali strutturare le politiche sociali e sanitarie a favore dei giovani adolescenti. Dal punto di vista operativo, l'ambiente scolastico rappresenta un luogo idoneo in rapporto alla facilità con la quale si possono raggiungere ragazzi, genitori, docenti e dirigenti scolastici. Inoltre, la scuola è un contesto positivo atto alla promozione della salute nella popolazione giovanile mediante approcci integrati e un costante inserimento di tematiche riguardanti il benessere sia nei percorsi formativi didattici che nell'ambiente scolastico. Le classi su cui si è svolta l'indagine sono state due classi della scuola secondaria di primo grado dell'Istituto "Giacomo Sichirollo". L'indagine ha riguardato la classe prima composta da 13 ragazzi e 4 ragazze per un totale di 17 studenti e la classe terza composta da 8 ragazzi e 7 ragazze per un totale di 15 studenti.

VALUTAZIONE DEL COMITATO ETICO DELL'ISS E PRIVACY

I genitori dei ragazzi delle classi hanno ricevuto prima della rilevazione una nota informativa della dell'Istituto "Giacomo Sichirollo" con la descrizione delle finalità della Sorveglianza. Le famiglie hanno potuto rifiutare la partecipazione del proprio figlio restituendo l'informativa, firmata dai genitori e consegnata agli insegnanti della classe coinvolta. Non sono stati raccolti dati identificativi dei partecipanti all'indagine per rispetto della normativa sulla privacy. I questionari adottati nel 2018 sono stati analizzati, esaminati e valutati in modo positivo dal Comitato Etico dell'ISS in data 20 novembre 2017.

Gli argomenti trattati nel questionario sono i seguenti:

- 1) Il contesto familiare e amicale
- 2) Il contesto scolastico
- 3) L'attività fisica e il tempo libero
- 4) Le abitudini alimentari e lo stato nutrizionale
- 5) I comportamenti di dipendenza
- 6) I social media
- 7) La salute e il benessere

3.2 – Il contesto familiare e amicale

L'adolescenza è un processo evolutivo che coinvolge principalmente i ragazzi ma anche l'intera famiglia. I cambiamenti che interessano i ragazzi dal punto di vista psico-fisico si accompagnano anche a un mutare delle relazioni familiari e amicali^{1,2}. La famiglia, la scuola e il mondo dei pari, sono gli ambiti nei quali gli adolescenti cominciano a scoprire la propria identità e il ruolo all'interno della società. Mediante la ridefinizione del rapporto genitori-figli e, simultaneamente, ad un più profondo investimento nelle relazioni amicali, avviene un progressivo incremento di autonomia soprattutto sotto l'aspetto delle componenti affettive, ideative e sociali³.

Lo scopo del primo capitolo è di indagare gli aspetti qualitativi e rilevanti del sistema familiare in grado di influenzare la salute e il benessere degli adolescenti: il rapporto con gli amici e il rapporto genitori-figli.

RAPPORTO TRA PARI

Per analizzare il rapporto tra pari sono state elaborate alcune domande volte a identificare il sostegno che i ragazzi ricevono dalla propria rete di coetanei.

In Tabella 1 è riportato quanto dichiarato dai ragazzi.

	11 anni		13 anni		Totale (%)
	M	F	M	F	
I miei amici provano ad aiutarmi	46,1%	25%	62,5%	100%	59,3%
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	38,4%	25%	50%	100%	53,1%
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	76,9%	75%	75%	100%	81,2%
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	69,2%	75%	37,5%	71,4%	62,5%

Tabella 1. Frequenza di ragazzi che dichiarano di essere "abbastanza d'accordo", "d'accordo" o "molto d'accordo" con le quattro affermazioni..., per genere e età (%)

La tabella evidenzia che il 53,1% dei ragazzi riferisce di poter contare sugli amici quando le cose vanno male; sono presenti sostanziali differenze tra i ragazzi di 11 e di 13 anni. La quota di coloro che percepiscono di poter parlare con gli amici dei propri problemi diminuisce all'aumentare dell'età tra i maschi (69,2% vs 37,5%).

RAPPORTO GENITORI-FIGLI

Per indagare il rapporto dei ragazzi con i propri genitori, sono state elaborate alcune domande volte a identificare il sostegno che i ragazzi ricevono dalla propria famiglia.

In Tabella 1.1 è riportato quanto dichiarato dai ragazzi.

	11 anni		13 anni		Totale (%)
	M	F	M	F	
La mia famiglia cerca davvero di aiutarmi	100%	50%	100%	85,7%	90,6%
La mia famiglia mi dà l'appoggio emotivo e il supporto di cui ho bisogno	100%	50%	87,5%	71,4%	84,3%
Posso davvero parlare dei miei problemi con la mia famiglia	76,9%	50%	75%	57,1%	68,7%
La mia famiglia cerca davvero di aiutarmi a prendere delle decisioni	84,6%	50%	100%	85,7%	84,3%

Tabella 1.1 Frequenza di ragazzi che dichiarano di essere "abbastanza d'accordo", "d'accordo" o "molto d'accordo" con le 4 affermazioni..., per età e genere in (%)

La tabella evidenzia che l'84,3% dei ragazzi riferisce che la propria famiglia cerca davvero di aiutarli e a prendere delle decisioni; sono presenti sostanziali differenze tra diverse classi di età, soprattutto tra le ragazze di 11 e 13 anni.

3.3 – Il contesto scolastico (il rapporto con gli insegnanti e con i compagni)

In adolescenza, il contesto scolastico rappresenta una condizione di sviluppo privilegiato in cui l'individuo trascorre la maggior parte della propria quotidianità che influenza l'adattamento e il benessere. “L'ambiente scolastico può agire infatti supportando il ragazzo 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 stimolante è in grado di stimolare l'indipendenza dell'individuo e la sua partecipazione ai processi decisionali¹⁷”. (Epicentro.iss/2018)

Pertanto, la scuola può rappresentare un contesto favorevole di crescita, sviluppo e promozione del benessere, sia a livello psico-sociale che in rapporto ad abitudini legate alla salute. L'obiettivo di questo capitolo è approfondire la percezione del contesto scolastico attraverso una lettura descrittiva delle risposte date dai ragazzi ad alcuni item relativi al loro rapporto con gli insegnanti e con i compagni di classe.

RAPPORTO CON I COMPAGNI DI CLASSE

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

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

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Sono d'accordo	61,5%	0%	87,5%	71,4%
Né d'accordo né in disaccordo	23,1%	75%	12,5%	28,6%
Non sono d'accordo	15,4%	25%	0%	0%

Tabella 2.3 Frequenza di ragazzi che dichiarano "Sono d'accordo", "Né d'accordo né in disaccordo", "Non sono d'accordo" con l'affermazione "La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile" per età e genere in (%)

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Sono d'accordo	69,2%	0%	87,5%	71,4%
Né d'accordo né in disaccordo	23,1%	75%	12,5%	14,3%
Non sono d'accordo	7,7%	25%	0%	14,3%

Tabella 2.4 Frequenza di ragazzi che dichiarano "Sono d'accordo", "Né d'accordo né in disaccordo", "Non sono d'accordo" con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono" per età e genere in (%)

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Sono d'accordo	100%	25%	87,5%	85,7%
Né d'accordo né in disaccordo	0%	75%	12,5%	14,3%
Non sono d'accordo	0%	0%	0%	0%

Tabella 2.5 Frequenza di ragazzi che dichiarano "Sono d'accordo", "Né d'accordo né in disaccordo", "Non sono d'accordo" con l'affermazione "Ai miei compagni piace stare insieme" per età e genere in (%)

La percezione della disponibilità dei propri compagni è più elevata nei tredicenni rispetto agli undicenni (80% vs 47%). Il 9% delle ragazze di 11 anni non sono d'accordo con le affermazioni della tabella 2.3. Il grado di accettabilità fra coetanei è più elevato nei tredicenni (80%) rispetto agli undicenni (52,9%). Analizzando per genere, si vede che le ragazze (6%) hanno una percezione maggiore di non essere accettate rispetto ai ragazzi (3%).

Infine, nella tabella 2.5, è possibile notare che la percentuale media di ragazzi e ragazze tredicenni che sono d'accordo con l'affermazione "Ai miei compagni piace stare insieme" è maggiore rispetto ai ragazzi e alle ragazze undicenni (82,3% vs 86,6%).

RAPPORTO CON GLI INSEGNANTI

La qualità del rapporto con gli insegnanti è considerata uno dei fattori che maggiormente contribuiscono all'adattamento dell'adolescente all'interno della scuola³⁻⁴. Le relazioni positive con gli insegnanti sono associate ad un maggior uso di strategie di coping attivo a scuola¹, sono predittive di un migliore adattamento comportamentale e scolastico⁵⁻⁶ ed influenzano il successo scolastico⁷⁻⁸.

Diversi studi hanno inoltre evidenziato come le relazioni positive con gli insegnanti contribuiscano a contenere i comportamenti aggressivi⁹ e rappresentino un fattore protettivo per l'assunzione di comportamenti a rischio¹⁰⁻¹¹.

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

Nella Tabelle 2, 2.1 e 2.2 sono riportate le risposte dei ragazzi a ciascuna domanda.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Sono d'accordo	76,9%	75%	62,5%	100%
Né d'accordo né in disaccordo	15,4%	25%	37,5%	0%
Non sono d'accordo	7,7%	0%	0%	0%

Tabella 2. Frequenza di ragazzi che dichiarano "Sono d'accordo", "Né d'accordo né in disaccordo", "Non sono d'accordo con l'affermazione "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono" per età e genere in (%)

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Sono d'accordo	30,8%	75%	50%	57,1%
Né d'accordo né in disaccordo	53,8%	25%	50%	28,6%
Non sono d'accordo	15,4%	0%	0%	14,3%

Tabella 2.1 Frequenza di ragazzi che dichiarano "Sono d'accordo", "Né d'accordo né in disaccordo", "Non sono d'accordo con l'affermazione "I miei insegnanti sono interessati a me come persona" per età e genere in (%)

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Sono d'accordo	46,2%	50%	50%	71,4%
Né d'accordo né in disaccordo	30,7%	50%	37,5%	14,3%
Non sono d'accordo	23,1%	0%	12,5%	14,3%

Tabella 2.2 Frequenza di ragazzi che dichiarano "Sono d'accordo", "Né d'accordo né in disaccordo", "Non sono d'accordo con l'affermazione "Credo/mi fido molto dei miei insegnanti" per età e genere in (%)

Per l'affermazione "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono" si raggiunge il 78,1% tra undicenni e tredicenni per ragazzi e ragazze.

Per quanto riguarda l'affermazione "I miei insegnanti si interessano a me come persona" è possibile notare che i maschi dichiarano di non essere né d'accordo né in disaccordo maggiormente rispetto alle ragazze (52% vs 27%). Infine, il 15,6% dei ragazzi e delle ragazze non crede/si fida molto dei propri insegnanti.

BULLISMO E CYBERBULLISMO

Secondo il recente report dell'Unesco¹⁶ circa il fenomeno del bullismo in 71 Paesi del mondo si evince che l'Italia è tra i Paesi a minore prevalenza ed è nel gruppo di quelli con la tendenza in riduzione. Per quel che riguarda il fenomeno del cyberbullismo, ancora poco indagato, in un recente studio che ha coinvolto 7 Paesi tra cui l'Italia, il fenomeno sembra essere in aumento¹⁷.

La letteratura sostiene come non sia ancora possibile discutere se esista una correlazione tra bullismo in riduzione, e cyberbullismo in aumento e se quest'ultimo sia un fenomeno nuovo e indipendente oppure la transizione del bullismo¹⁸. Un contesto positivo tra pari e buone relazioni con le figure adulte di riferimento, soprattutto insegnanti, diminuiscono la probabilità che accadano atti lesivi e risultano quindi un forte fattore protettivo¹⁸. I processi relazionali che i ragazzi costruiscono nelle attività scolastiche ed extra scolastiche sono un ulteriore elemento protettivo¹⁶.

L'HBSC ha approfondito il tema del bullismo e delle relazioni violente chiedendo ai ragazzi con quale frequenza avessero subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. (Tabella 2.4)

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Non sono stato oggetti di bullismo	69,2%	75%	100%	100%
1 o 2 volte	15,4%	0%	0%	0%
2 o 3 volte al mese	15,4%	0%	0%	0%
Circa una volta a settimana	0%	0%	0%	0%
Più volte a settimana	0%	25%	0%	0%

Tabella 2.4. Quante volte hai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età e genere (%)

L'84,3% dei ragazzi non ha subito episodi di bullismo. Il fenomeno, quando presente, interessa solo il 30,7% dei maschi undicenni e il 25% delle ragazze undicenni.

Oltre al bullismo subito, è stato anche chiesto ai ragazzi se avessero mai partecipato ad atti di bullismo contro un pari. Nella Tabella 2.5 si evidenzia che l'81,2% del campione non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno.

Tuttavia, circa una percentuale che oscilla tra il 7% e il 23% dei ragazzi di 11 anni e il 14% delle ragazze tredicenni dichiara di aver partecipato uno o due volte ad atti di bullismo negli ultimi due mesi.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Non ho mai fatto il bullo con altri studenti negli ultimi 2 mesi	61,5%	100%	100%	85,7%
1 o 2 volte	23%	0%	0%	14,3%
2 o 3 volte al mese	0%	0%	0%	0%
Circa una volta a settimana	7,7%	0%	0%	0%
Più volte a settimana	7,7%	0%	0%	0%

Tabella 2.5. Quante volte hai partecipato ad atti di bullismo contro un tuo pari negli ultimi due 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. Anche in questo caso, attraverso due domande specifiche, è stato chiesto ai ragazzi se hanno subito e/o partecipato ad azioni di cyberbullismo.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Non ho mai subito azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi	76,9%	100%	100%	100%
1 o 2 volte	7,7%	0%	0%	0%
2 o 3 volte al mese	7,7%	0%	0%	0%
Circa una volta a settimana	7,7%	0%	0%	0%
Più volte a settimana	0%	0%	0%	0%

Tabella 2.6. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai subito azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per età e genere (%)

Il 90,6% dei ragazzi non ha subito episodi di cyberbullismo. Il fenomeno, quando presente, interessa i maschi di 11 anni.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Non ho mai partecipato ad azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi	100%	75%	100%	85,7%
1 o 2 volte	0%	0%	0%	14,3%
2 o 3 volte al mese	0%	0%	0%	0%
Circa una volta a settimana	0%	0%	0%	0%
Più volte a settimana	0%	25%	0%	0%

Tabella 2.7. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai praticato azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per età e genere (%)

Il 93,7% dei ragazzi non ha partecipato ad episodi di cyberbullismo. Il fenomeno, quando presente, interessa le ragazze undicenni e tredicenni.

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

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Non mi sono mai azzuffato o picchiato negli ultimi 12 mesi	46,1%	100%	75%	85,7%
1 volta	23,1%	0%	12,5%	14,3%
2 volte	7,7%	0%	12,5%	0%
3 volte	23,1%	0%	0%	0%
4 o più volte	0%	0%	0%	0%

Tabella 2.8. “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?” per età e genere (%)

Il 41,1% dei maschi di undici anni dichiara di essersi azzuffato o picchiato tra l’una e le tre volte, i ragazzi e ragazze di tredici anni il 20% tra una e due volte.

LA SCUOLA

Il contesto scolastico rappresenta un luogo educativo in cui gli studenti trascorrono buona parte della giornata. Per questo motivo è molto importante prendere in considerazione le relazioni che l'individuo, soprattutto in questa fascia d'età, intrattiene con i diversi attori dell'ambito scolastico (in particolare insegnanti e pari). Di conseguenza, 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 2.9 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età e genere.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mi piace molto	23%	25%	12,5%	28,5%
Mi piace abbastanza	38,5%	75%	77,5%	42,9%
Non mi piace tanto	30,8%	0%	0%	14,3
Non mi piace per niente	7,7%	0%	0%	14,3

Tabella 2.9. "Attualmente cosa pensi della scuola?", per età e genere (%)

Al crescere dell'età, il grado di interesse dei ragazzi con la scuola tende ad aumentare con l'età passando dal 70,5% degli undicenni al 86,6% dei tredicenni.

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".

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Per niente	0%	0%	12,5%	0%
Un po'	23%	0%	62,5%	28,6%
Abbastanza	46,2%	50%	25%	42,8%
Molto	30,8%	50%	0%	28,6%

Tabella 2.10. "Quanto ti senti stressato da tutto il lavoro che devi fare per la scuola?", per età e genere (%)

Il 25% del campione totale dichiara di sentirsi "molto" stressato per il lavoro che deve fare per la scuola; analizzando per classe, in prima ci si sente più stressati ("abbastanza" e "molto") rispetto ai ragazzi di terza (82% vs 46,6%).

3.4 - L'attività fisica e il tempo libero, i comportamenti sedentari e l'uso della tecnologia

L'esercizio fisico regolare aiuta la prevenzione e la cura delle malattie non trasmissibili come le patologie cardiache, ictus, diabete, cancro, ipertensione. Secondo l'OMS previene le condizioni di sovrappeso e obesità e può contribuire a migliorare la salute mentale, la qualità della vita e il benessere degli individui¹. Ridurre i livelli di inattività fisica è una strategia fondamentale per diminuire il carico delle malattie, come indicato nel "Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013- 2020"² dell'OMS. Per raggiungere questo obiettivo è necessario constatare che i principali determinanti dell'inattività fisica sono strettamente collegati a cambiamenti sia sociali che ambientali, come la tecnologia, la globalizzazione e l'urbanizzazione, che stanno rivoluzionando il modo in cui la gente vive, lavora, viaggia e si diverte, aumentando di fatto i livelli di sedentarietà³. Le attività sedentarie, al pari dell'inattività fisica, sono riconosciute come un fattore di rischio per la salute con conseguenze gravi per il benessere in ogni momento del ciclo di vita. Secondo la metanalisi di Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, et al su oltre un milione di uomini e donne, il tempo trascorso in attività sedentarie, come ad esempio lo stare seduti, è associato ad un maggior rischio di morbilità e mortalità^{4,5}. Ciò è presumibilmente dovuto al fatto che la sedentarietà riduce il tempo da dedicare all'attività fisica. Alcuni studi hanno, infatti, dimostrato una diminuzione del rischio di mortalità quando il tempo impiegato in attività sedentarie viene sostituito con una sessione di attività fisica di pari durata⁶ (Am J Prev Med. 2019).

Il "sitting time" viene considerato una parte che caratterizza lo stile "sedentario" e comprende tutta una serie di attività, come guardare la TV, l'utilizzo del computer, stare seduti mentre si legge o a lavorare, ecc⁷. In questa sezione si descrive in che modo e quanto tempo i giovani si muovono e quanto dedicano alle attività sedentarie.

L'ATTIVITÀ FISICA

Secondo l'OMS, i livelli raccomandati di attività fisica nella fascia 5-17 anni comprendono le attività ludico-sportive, i trasporti, le attività ricreative, l'educazione fisica, nei contesti famiglia - scuola - comunità, accumulando quotidianamente almeno 60 minuti di attività motoria moderata-intensa⁸.

È ampiamente dimostrato che i benefici più evidenti che derivano ad un giovane dal praticare un'attività motoria regolare si manifestino non solo nello sviluppo fisico ma anche nel comportamento sociale e nell'autonomia^{9,10}. Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, è stato chiesto ai ragazzi la frequenza settimanale con almeno 60 minuti di attività fisica. In Tabella 3.1 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi rispettivamente per età e genere.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Non faccio mai attività fisica	0%	0%	25%	0%
Un giorno	0%	50%	0%	0%
Due giorni	15,4%	25%	0%	42,8%
Tre giorni	23%	0%	0%	28,6%
Quattro giorni	0%	0%	0%	14,3%
Cinque giorni	30,7%	0%	0%	0%
Sei giorni	7,7%	25%	25%	14,3%
Sette giorni	23%	0%	50%	0%

Tabella 3.1. Frequenza di attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere e età in (%)

Osservando la Tabella 3.1, si nota che il 25% dei ragazzi di 13 anni non svolge mai attività fisica, mentre il 65,6% del campione riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai sei giorni a settimana. Il 21,8% del campione svolge attività fisica 7 giorni la settimana.

Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, al di fuori dell'orario scolastico, facessero esercizio fisico intenso tale da rimanere senza fiato o sudare, per individuare le differenze con un'attività fisica moderata. In Tabella 3.1 si riporta in percentuale le risposte dei ragazzi per età.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Ogni giorno	0%	0%	25%	14,3%
Da 4 A 6 volte a settimana	69,2%	25%	50%	0%
2-3 volte a settimana	15,4%	25%	0%	57,1%
Una volta a settimana	7,7%	0%	0%	14,3%
Una volta al mese	0%	0%	0%	0%
Meno di una volta al mese	0%	25%	0%	14,3%
Mai	7,7%	25%	25%	0%

Tabella 3.1 Frequenza % della quantità di attività fisica intensa esercitata al di fuori dell'orario scolastico, per età e genere in %.

Osservando la Tabella 3.1, si nota che il 7% dei maschi di 11 anni e il 25% delle ragazze e dei ragazzi di 13 anni non svolge mai attività fisica, mentre il 59,3%, in tutte e due le fasce di età, dichiara di svolgere esercizio fisico intenso in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le sei volte alla settimana. Il 25% dei ragazzi di 13 anni, invece, dichiara di svolgerlo ogni giorno della settimana.

COMPORAMENTI SEDENTARI

In questo capitolo è stato chiesto ai giovani quanto tempo dedicano alle attività sedentarie (quali guardare la TV, l'uso dei device elettronici e dei videogiochi). Lo stile di vita sedentario se protratto per diverso tempo nell'arco della giornata può avere ripercussioni negative sulla salute e il benessere durante l'adolescenza^{11,12}. Diversi studi evidenziano un rapporto tra questi comportamenti nei ragazzi e l'incremento di stress, ansia e consumo di sostanze^{13,14,15}. Nei bambini e negli adolescenti, è presente una forte relazione, supportata da molteplici evidenze, tra attività principalmente di "screen time" e obesità¹⁶. Altri studi hanno, inoltre, rilevato un legame tra lo stile di vita sedentario, i livelli di P.A. e il colesterolo totale, ma anche con l'autostima, i problemi di comportamento sociale, l'idoneità fisica e il rendimento scolastico¹⁶.

Le domande inerenti alle attività sedentarie indagano 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 interezza il questionario differenzia tra giorni settimanali e week-end.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mai	7,7%	0%	25%	14,2%
Circa mezz'ora	7,7%	75%	12,5%	28,6%
Circa 1 ora	30,8%	25%	25%	28,6%
Circa due ore	30,8%	0%	12,5%	0%
Circa 3 ore	15,4%	0%	0%	28,6%
Circa 4 ore	7,7%	0%	12,5%	0%
Circa 5 ore	0%	0%	12,5%	0%
Circa 6 ore	0%	0%	0%	0%
7 ore o più	0%	0%	0%	0%

Tabella 3.2 “Di solito, nel tuo tempo libero, quante ore al giorno passi a guardare la tv, dei video, dei dvd e altre forme di intrattenimento su schermo?” Nei giorni di scuola, per età e genere in (%)

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mai	0%	0%	25%	0%
Circa mezz'ora	7,7%	0%	0%	0%
Circa 1 ora	15,4%	50%	25%	42,6%
Circa due ore	15,4%	50%	12,5%	28,7%
Circa 3 ore	46,2%	0%	12,5%	0%
Circa 4 ore	7,7%	0%	12,5%	28,7%
Circa 5 ore	0%	0%	0%	0%
Circa 6 ore	7,7%	0%	12,5%	0%
7 ore o più	0%	0%	0%	0%

Tabella 3.3 “Di solito, nel tuo tempo libero, quante ore al giorno passi a guardare la tv, dei video, dei dvd e altre forme di intrattenimento su schermo?” Nei fine settimana, per età e genere in (%)

In generale, si osserva come durante i giorni di scuola il tempo passato davanti alla TV per la maggior parte dei ragazzi (l'82% degli undicenni e il 73% dei tredicenni) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere. Durante il fine settimana il 18,7% del campione dichiara di trascorrere davanti allo schermo tra le 4 e le 6 ore. Nelle Tabelle 3.4 e 3.5 viene descritta la frequenza d'uso del computer/console/tablet/smartphone e altri device da parte dei ragazzi durante i giorni di scuola e nel fine settimana.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mai	15,4%	25%	37,5%	28,6%
Circa mezz'ora	15,4%	25%	25%	28,6%
Circa 1 ora	23,1%	25%	12,5%	42,8%
Circa due ore	23,1%	25%	25%	0%
Circa 3 ore	15,4%	0%	0%	0%
Circa 4 ore	0%	0%	0%	0%
Circa 5 ore	0%	0%	0%	0%
Circa 6 ore	0%	0%	0%	0%
7 ore o più	7,7%	0%	0%	0%

Tabella 3.4 “Di solito, nel tuo tempo libero, quante ore al giorno passi a giocare al computer, alla console, sui tablet, sullo smartphone o su altri device nei fine settimana?”, per età e genere in (%)

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mai	0%	25%	37,5%	42,8%
Circa mezz'ora	0%			
Circa 1 ora	38,5%	25%		14,3%
Circa 2 ore	7,7%		12,5%	
Circa 3 ore	30,8%	50%	25%	14,3%
Circa 4 ore	7,7%		25%	28,6%
Circa 5 ore	7,7%			
Circa 6 ore	7,7%			
7 ore o più				

Tabella 3.5 “Di solito, nel tuo tempo libero, quante ore al giorno passi a giocare al computer, alla console, sui tablet, sullo smartphone o su altri device durante la settimana?”, per età e genere in (%)

Il 35% e il 53% dei giovani rispettivamente di 11 e 13 anni dichiara di usare computer/console/tablet/smartphone e altri device da mezz'ora a un'ora al giorno durante i giorni di scuola. Di contro, durante il fine settimana, il 50% del campione dichiara di usare *devices* tra le 3 e le 6 ore. Quindi, in generale, la percentuale di adolescenti che dichiara di utilizzare questi device per tre o più ore al giorno aumenta durante il fine settimana.

3.5 – Le abitudini alimentari, lo stato nutrizionale e la percezione del proprio corpo

Mangiare in modo salutare migliora la qualità della vita e, per tale motivo, occorre sin dai primi anni di vita e nelle successive fasi di sviluppo trasmettere e far conoscere corretti stili alimentari. I comportamenti alimentari scorretti sono riconosciuti tra i principali determinanti con conseguenze dirette sulla salute individuale^{1,2,3}. L'alimentazione ha, dunque, un forte impatto sulla salute nel corso di tutta la vita in quanto condiziona lo stato fisico corrente dell'individuo, ma anche la possibilità di sviluppare nel tempo patologie cronico degenerative come cancro, diabete, malattie cardiovascolari e obesità^{4,5,6,7}. Mangiare sano può di fatto salvare la vita e per tale motivo occorre sin da piccoli instaurare e far conoscere corretti stili alimentari⁸.

Pertanto, si crea un circolo virtuoso, in quanto un ragazzo con un corretto stile di vita avrà più probabilità di diventare un adulto sano il quale, a sua volta, avrà più possibilità di trascorrere l'età senile in modo attivo e con una buona efficienza fisica, con vantaggi per i cittadini stessi e per il Sistema Sanitario Nazionale.

In questa sezione vengono rappresentati i risultati inerenti alcune abitudini alimentari dei ragazzi, mentre nella seconda parte quelli sullo stato ponderale che, in parte, è determinato dalle abitudini alimentari.

FREQUENZA E REGOLARITA' DEI PASTI

La colazione rappresenta un pasto fondamentale per garantire l'equilibrio psico-fisiologico soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza. Rinunciarvi influenza le capacità cognitive di concentrazione, di attenzione e di apprendimento, con la conseguenza di consumare, in modo disordinato, snack e "cibi spazzatura" (*junk food*) determinando una scorretta abitudine fin dai primi anni per poi continuare in età adulta ^{9,10,11}.

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

Nelle Tabelle 4 e 4.1 sono riportate rispettivamente le frequenze di consumo della colazione durante la settimana e il fine settimana.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mai	15,4%	25%	25%	57,1%
1 giorno	0%	0%	0%	0%
2 giorni	0%	0%	0%	0%
3 giorni	0%	0%	0%	0%
4 giorni	0%	0%	0%	0%
5 giorni	84,6%	75%	75%	42,9%

Tabella 4. "Di solito, quante volte fai colazione (in settimana)?" per genere e età in (%)

Il 78,1% dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno ma il consumo quotidiano della colazione diminuisce al crescere dell'età (82,3% degli undicenni vs 60% dei tredicenni).

La quota media di coloro che dichiarano di non fare mai colazione in settimana è piuttosto alta (21,8%) e la loro percentuale aumenta con l'età, attestandosi al 57% delle ragazze di 13 anni.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Non faccio mai colazione il fine settimana	7,7%	25%	25%	0%
Di solito faccio colazione uno solo tra i giorni del fine settimana (o sabato o domenica)	0%	0%	0%	0%
Di solito faccio colazione sia il sabato che la domenica	92,3%	75%	75%	100%

Tabella 4.1 “Di solito, quante volte fai colazione (nel fine settimana)?” per genere e età in (%)

L'87,5% del campione dichiara di fare colazione entrambi i giorni del fine settimana. In generale la frequenza del consumo della colazione è maggiore nel fine settimana rispetto ai giorni infrasettimanali. Nella Tabella 4.2 sono riportate le frequenze degli spuntini che i ragazzi consumano tra i pasti per le diverse classi di età.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
No	7,7%	25%	12,5%	0%
Solo a metà mattinata	23,1%	0%	25%	28,6%
Solo a metà pomeriggio	23,1%	25%	37,5%	28,5%
Sia a metà mattina che a metà pomeriggio	46,1%	50%	25%	42,9%

Tabella 4.2 “Di solito, fai uno spuntino tra (tra i pasti principali)?” per genere e età in (%)
 Mediamente il 40,6% ha l'abitudine di consumare uno spuntino sia la mattina che il pomeriggio, con frequenza maggiore tra i ragazzi di 11 anni. Il 12,5% non consuma uno spuntino tra i pasti principali; il 21,8% alla mattina e il 28,1% al pomeriggio.

CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

Le linee guida nazionali e internazionali sulla sana alimentazione¹² 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.)¹³.

Ai ragazzi è stato dunque domandato di indicare la frequenza settimanale del consumo di frutta e verdura al fine di delinearne il consumo abituale.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mai	7,7%	0%	0%	0%
Meno di 1 volta a settimana	0%	0%	12,5%	0%
1 volta a settimana	0%	0%	12,5%	0%
2-4 giorni a settimana	38,5%	25%	25%	42,9%
5-6 giorni a settimane	23%	0%	12,5%	14,3%
1 volta al giorno tutti i giorni	15,4%	25%	12,5%	0%
Più di una volta al giorno	15,4%	50%	25%	42,9%

Tabella 4.3. Di solito, quante volte alla settimana mangi frutta?" per età e genere in (%)

Il 3,1% del campione consuma frutta solo una volta a settimana o anche meno. Il 37,5% dei ragazzi la consuma tra 2 e 4 giorni a settimana. Il consumo giornaliero medio (21,8%) non è molto frequente ed è più basso tra gli undicenni (17,6%) rispetto ai tredicenni (26,6%).

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mai	14,3%	0%	0%	0%
Meno di 1 volta a settimana	23%	0%	12,5%	0%
1 volta a settimana	0%	25%	0%	28,6%
2-4 giorni a settimana	14,3%	50%	75%	14,3%
5-6 giorni a settimane	30,8%	0%	0%	0%
1 volta al giorno tutti i giorni	7,7%	25%	12,5%	14,3%
Più di una volta al giorno	14,3%	0%	0%	42,8%

Tabella 4.4. “Di solito, quante volte alla settimana mangi verdura?” per età e genere in (%)

Il 34,3% dei ragazzi consuma verdura tra 2 - 4 giorni a settimana. Il consumo giornaliero medio interessa il 12,5% dei ragazzi, più basso nei tredicenni (5%).

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

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mai	0%	0%	12,5%	14,3%
Meno di 1 volta a settimana	23%	25%	0%	28,6%
1 volta a settimana	15,4%	0%	0%	0%
2-4 giorni a settimana	38,5%	75%	62,5%	42,8%
5-6 giorni a settimane	0%	0%	25%	0%
1 volta al giorno tutti i giorni	15,4%	0%	0%	28,6%
Più di una volta al giorno	7,7%	0%	0%	0%

Tabella 4.5. “Di solito, quante volte alla settimana mangi dolci (merendine o dolci al cioccolato)?” per età e genere in (%)

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mai	23%	25%	0%	28,6%
Meno di 1 volta a settimana	7,8%	0%	25%	42,8%
1 volta a settimana	15,4%	0%	12,5%	0%
2-4 giorni a settimana	15,4%	25%	25%	0%
5-6 giorni a settimane	23%	0%	12,5%	28,6%
1 volta al giorno tutti i giorni	15,4%	50%	25%	14,3%
Più di una volta al giorno	0%	0%	0%	0%

Tabella 4.6. “Di solito, quante volte alla settimana bevi cola o altre bibite con zucchero?” per età e genere in (%)

Complessivamente, il 50% dei ragazzi consuma dolci tra 2 e 4 giorni a settimana. Il 21,8% dei ragazzi consuma quotidianamente bevande zuccherate. In generale il consumo giornaliero di dolci (12,5%) risulta minore rispetto al consumo giornaliero di bevande con zucchero (21,8%). Nella Tabella 5.9 sono riportate per le diverse fasce di età le frequenze settimanali del consumo di legumi.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mai	7,7%	25%	37,5%	0%
Meno di 1 volta a settimana	7,7%	0%	12,5%	28,6%
1 volta a settimana	30,8	25%	12,5%	28,6%
2-4 giorni a settimana	23%	25%	12,5%	14,3%
5-6 giorni a settimane	15,4%	0%	12,5%	0%
1 volta al giorno tutti i giorni	7,7%	25%	0%	14,3%
Più di una volta al giorno	7,7%	0%	12,5%	14,3%

Tabella 4.7. “Di solito, quante volte alla settimana mangi legumi (piselli, fagioli, ceci)?” per età e genere in (%)

Complessivamente, il 18,7% dei ragazzi mangia legumi tra 2 e 4 giorni a settimana mentre 15,6% mediamente dichiara di non assumerli mai; più precisamente il 37,5% dei maschi tredicenni dichiara di non assumerli mai. In Tabella 4.8 si riporta la frequenza di consumo quotidiana di alcuni alimenti.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Frutta	30,8%	25%	12,5%	42,8%
Verdura	15,4%	25%	25%	14,3%
Legumi	7,7%	25%	25%	14,3%
Dolci	15,4%	0%	12,5%	28,6%
Cola o altre bibite zuccherate/gassate	15,4%	25%	25%	14,3%
Snack salati	38,5%	25%	12,5%	14,3%
Cereali (corn flakes,muesli,ecc.)	15,4%	25%	0%	42,8%
Cereali (pane,pasta,riso)	38,5%	25%	50%	57,1%

Tabella 4.8. “Frequenza di consumo almeno una volta tutti i giorni?” con indicatori sintetici, per età e genere in (%)

Per quanto riguarda le differenze di genere, come si evince dalla tabella, mediamente il consumo quotidiano di frutta (28,1%) e verdura (18,7%) si mantiene pressoché costante tra le età (frutta: 29,4% per gli undicenni vs 26,6% nei tredicenni; verdura: 17,6% negli undicenni vs 20% nei tredicenni), e con valori inferiori, nei maschi (42%) rispetto alle femmine (54%). Il consumo quotidiano medio di bevande zuccherate (18,7%) risulta simile in entrambi i sessi per le classi di età di 11 e 13 anni.

In generale, le ragazze consumano quotidianamente più corn flakes e muesli rispetto ai ragazzi (36,3% vs 9,5%). Il consumo giornaliero di pane, pasta e riso risulta maggiore nei tredicenni (53,3%) rispetto agli undicenni (35,2%). Non si evidenziano invece importanti differenze di genere relative al consumo giornaliero medio di legumi che si presenta generalmente piuttosto basso (15,6%).

STATO NUTRIZIONALE

Sono stati misurati il peso e la statura, così da poter calcolare l’Indice di Massa Corporea ($IMC=kg/m^2$) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole ¹⁴⁻¹⁵ in modo separato per età e sesso. Nella Tabella 4.9 sono riportate le frequenze riferite alle classi di età 11 e 13 anni. Per tutti gli studenti sono state rispettate le norme vigenti in materia di privacy. La privacy include il luogo dove vengono fatte le misurazioni relative a peso e statura, lo spogliatoio, l’esecuzione dei test, la descrizione del processo di misurazione, l’analisi e l’interpretazione dei dati.

Ogni genitore è stato informato avvisato dell'indagine tramite lettera ad personam. Nella Tabella 4.9 sono riportate le frequenze riferite alla percezione del proprio corpo per le classi di età 11 e 13

BMI	Classificazione	11 anni		13 anni		Totale (%)
		M	F	M	F	
< 18.5	Sottopeso	30,8%	25%	37,5%	57,1%	37,5%
18.5 - 24.9	Normopeso	38,4%	25%	25%	28,6%	31,2%
25.0 - 29.9	Sovrappeso	30,8%	50%	37,5%	14,3%	31,2%
30.0 - 34.9	Obeso BMI	0%	0%	0%	0%	0%

Tabella 4.9. Classificazione dell'IMC calcolato con peso e statura, per genere e età (%)

Mediamente, il 37,5% del campione risulta essere sottopeso; i ragazzi normopeso e sovrappeso sono il 31,2%. La tabella sottolinea come la percentuale di soggetti in sovrappeso, nei tredicenni sia maggiore nei maschi rispetto alle femmine, il contrario negli undicenni.

INSODDISFAZIONE CORPOREA

Gli adolescenti spesso riferiscono sensazioni d'insoddisfazione corporea, intesa come un sentimento di scontentezza riguardo la forma, il peso, la statura o altri aspetti del corpo causato da una distorsione percettiva/affettiva o da dati oggettivi ¹⁶. Ai ragazzi è stato chiesto di pensare al proprio corpo e di riportare come si vedono tra le seguenti opzioni: (1) "Decisamente troppo magro", (2) "Un po' troppo magro", (3) "Più o meno della taglia giusta", (4) "Un po' sovrappeso", (5) "Decisamente sovrappeso".

Nella Tabella 4.10 sono riportate le frequenze riferite alla percezione del proprio corpo per le classi di età 11 e 13 anni.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Decisamente troppo magro	0%	0%	0%	14,3%
Un po' troppo magro	0%	50%	12,5%	0%
Più o meno della taglia giusta	61,5%	50%	50%	71,4%
Un po' sovrappeso	38,5%	0%	37,5%	14,3%
Decisamente sovrappeso	0%	0%	0%	0%

Tabella 4.10 “Pensi che il tuo corpo sia...”, per età (%)

In generale il 62,5% dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta” mentre il 28,1% si percepisce “Un po’ sovrappeso”. La percentuale di ragazzi che riferiscono di percepirsi “Un po’ sovrappeso” diminuisce leggermente all’aumentare dell’età (29,4% negli undicenni vs 26,7% nei tredicenni).

Ai ragazzi è stato anche chiesto se nel periodo in cui hanno compilato il questionario fossero a dieta. In Tabella 4.11 è possibile consultare quanto dichiarato dai ragazzi.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
No, il mio peso è quello giusto	53,8%	50%	37,5%	71,4%
No, ma dovrei perdere qualche chilo	7,7%	25%	25%	14,2%
No, perché dovrei mettere qualche chilo	7,7%	0%	25%	14,2%
Si	30,8%	25%	12,5%	0%

Tabella 4.11 “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?”, per età (%)

In generale, il 53,1% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 15,6% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 15,7% dei ragazzi è a dieta. La percentuale maggiore che dichiara di essere a dieta è nei ragazzi di 11 anni (30,8%); in generale il 18,7 % afferma di essere a dieta o di star facendo qualcosa per dimagrire.

3.6 – I comportamenti di dipendenza (uso di fumo e alcol)

Questo capitolo affronta una delle tematiche maggiormente discusse in tema di promozione della salute in preadolescenza e adolescenza: i comportamenti di dipendenza. In questi anni di vita, infatti, le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali, i pari acquisiscono sempre maggiore importanza e aumenta la possibilità di provare e adottare comportamenti e abitudini che possono avere conseguenze sulla salute. Fra questi sono state indagate l'uso di sostanze lecite, come il tabacco e l'alcol.

USO DI FUMO

Nonostante siano da tempo ben note le conseguenze negative sulla salute, a lungo, medio e breve termine, l'uso di tabacco resta la principale causa di morte prevenibile, con costi elevati dovuti alle patologie ad essa correlate, se si tiene conto sia dei costi per i trattamenti che quelli relativi alla perdita di produttività che porta alle morti premature¹.

Dal momento che questo comportamento viene adottato per lo più durante la fase adolescenziale, la valutazione della diffusione del fenomeno rappresenta una tappa 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 dipendenza², in linea anche con quanto indicato a livello internazionale dalla Convenzione Quadro dell'OMS sul controllo del tabacco³, che stabilisce obiettivi e principi a cui i governi devono adeguarsi. Nelle tabelle 5 e 5.1 viene descritta la quota di ragazzi che ha fumato almeno una sigaretta nella propria vita e negli ultimi 30 giorni.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mai	84,6%	100%	100%	100%
1-2 giorni	15,4%	0%	0%	0%
3-5 giorni	0%	0%	0%	0%
6-9 giorni	0%	0%	0%	0%
10-19 giorni	0%	0%	0%	0%
20-29 giorni	0%	0%	0%	0%
30 giorni o più	0%	0%	0%	0%

Tabella 5. Frequenza del fumo di sigaretta, almeno una sigaretta al giorno, nella vita, per età (%)

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mai	92,3%	100%	100%	100%
1-2 giorni	7,7%	0%	0%	0%
3-5 giorni	0%	0%	0%	0%
6-9 giorni	0%	0%	0%	0%
10-19 giorni	0%	0%	0%	0%
20-29 giorni	0%	0%	0%	0%
30 giorni o più	0%	0%	0%	0%

Tabella 5.1. Frequenza del fumo di sigaretta, almeno una sigaretta al giorno, negli ultimi 30 giorni, per età (%)

Si osserva che il 93,7% dei ragazzi ha dichiarato di non aver mai fumato. La percentuale di “non fumatori” negli ultimi 30 giorni è maggiore nei tredicenni (100%) rispetto agli undicenni (92,3%).

ALCOL

Nonostante esista un trend secolare di riduzione del consumo di alcol⁴, l’uso e l’abuso di sostanze alcoliche fra gli adolescenti è una questione che non può essere sottovalutata a causa del fatto che è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi probabilmente mantenuti nell’età adulta. Sembra infatti esistere un legame tra l’iniziazione in giovane età e l’abuso nella maggiore età⁵. Nelle Tabelle 5.2 e 5.3 viene descritta la quota di ragazzi che ha bevuto alcol nella propria vita e negli ultimi 30 giorni.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mai	53,8%	75%	87,5%	85,7%
1-2 giorni	15,4%	25%	12,5%	0%
3-5 giorni	7,7%	0%	0%	0%
6-9 giorni	15,4%	0%	0%	0%
10-19 giorni	0%	0%	0%	0%
20-29 giorni	7,7%	0%	0%	14,3%
30 giorni o più	0%	0%	0%	0%

Tabella 5.2. Frequenza del consumo di alcol nella vita, per età (%)

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mai	53,8%	75%	100%	85,7%
1-2 giorni	38,5%	25%	0%	14,3%
3-5 giorni	0%	0%	0%	0%
6-9 giorni	7,7%	0%	0%	0%
10-19 giorni	0%	0%	0%	0%
20-29 giorni	0%	0%	0%	0%
30 giorni o più	0%	0%	0%	0%

Tabella 5.3. Frequenza del consumo di alcol negli ultimi 30 giorni, per età (%)

Il 71,8% dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver mai bevuto alcol. Tale percentuale cresce con l'aumentare dell'età, passando dall'58,8% degli undicenni all'80,5% dei tredicenni. Le Tabella 5.4 e 5.5 mostrano il dettaglio dei consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche per undicenni e tredicenni.

11ENNI	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
Birra	0%	5,9%	0%	23,5%	70,6%
Vino	0%	0%	5,8%	41,2%	53%
Superalcolici	0%	0%	0%	5,9%	94,1%
Alcolpops	5,9%	5,9%	0%	0%	88,2%
Spritz	0%	0%	11,8	23,5%	64,7%
Altra bevanda alcolica	0%	0%	5,9%	17,6%	76,5%

Tabella 5.4. Frequenza di consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche di undicenni (%)

13ENNI	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
Birra	0%	0%	0%	13,3%	86,7%
Vino	0%	0%	0%	13,3%	86,7%
Superalcolici	0%	0%	0%	0%	100%
Alcolpops	0%	0%	0%	0%	100%
Spritz	0%	0%	0%	13,3%	86,7%
Altra bevanda alcolica	0%	0%	0%	6,7%	93,3%

Tabella 5.5. Frequenza di consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche di tredicenni (%)

HBSC ha da sempre indagato anche il fenomeno dell'ubriacatura. La frequenza con cui i ragazzi di 11 e 13 anni hanno dichiarato di adottare questo comportamento scorretto è pari a zero per cui non è stata inserita la tabella circa il fenomeno dell'ubriacatura.

3.7 – I social Media

In tutto il mondo l'utilizzo delle nuove tecnologie è diventato sempre più diffuso, soprattutto negli ultimi dieci anni, tra preadolescenti e giovani. Infatti, per la maggior parte dei ragazzi Internet è disponibile 24 ore su 24 e, pertanto, utilizzato per numerosi motivi: giocare online, ricercare informazioni, stabilire e mantenere relazioni con gli altri attraverso l'uso dei social network, ecc¹. “La letteratura scientifica sul tema dell'uso dei social media tra i più giovani indica che, quando limitato e responsabile, tale uso può avere un impatto positivo sul benessere dei ragazzi in termini di maggiore percezione di supporto sociale, connessione con i pari e impegno civico^{2,4}” (Barry 2017, Vieno 2015).

Di contro, studi recenti sostengono che l'uso eccessivo e/o problematico delle nuove tecnologie può avere ripercussioni sulla salute psico-fisica di bambini e ragazzi in termini di maggiori livelli di ansia, depressione e sintomi fisici^{5,6}.

L'USO DEI SOCIAL MEDIA

Questo capitolo analizza 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 6.1 sono riportate le risposte dei ragazzi.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Amici stretti	38,5%	50%	50%	57,1%
Amici di un gruppo allargato	30,8%	25%	37,5%	57,1%
Amici conosciuti tramite internet	23,1%	0%	13%	0%
Altre persone, non amici (genitori,fratelli/sorelle,ecc.)	38,5%	25%	13%	42,9%

Tabella 6.1. “Quante volte hai contatti online giornalieri o più volte al giorno con le seguenti persone”, per età e genere in %

In generale, la frequenza con cui i ragazzi di 11 e 13 anni che hanno quotidianamente contatti online con amici stretti e amici di un gruppo allargato aumenta con l'aumentare dell'età passando, tra gli amici stretti, dal 41,1% tra gli undicenni e al 53,3% tra i tredicenni. I contatti giornalieri di un gruppo allargato aumentano dal 29,4% al 46,6%. Sono state, inoltre, inserite alcune domande relative all'uso problematico dei social media con lo scopo di evidenziare la diffusione attuale di un fenomeno che sembra in continuo divenire. Nello specifico, ai ragazzi è stato chiesto di rispondere ad alcune domande volte ad indagare una motivazione negativa all'uso dei social: la preferenza per le interazioni sociali online rispetto a quelle faccia a faccia^{7,8}.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
"Su internet parlo più facilmente dei miei segreti, piuttosto che faccia a faccia "segreti, piuttosto che faccia a faccia"	23,1%	0%	0%	0%
"Su internet parlo più facilmente dei miei sentimenti più profondi piuttosto che in un incontro faccia a faccia"	7,7%	0%	0%	0%
"Su internet parlo più facilmente delle mie preoccupazioni piuttosto che in un incontro faccia a faccia"	15,4%	0%	0%	0%

Tabella 6.2. Frequenza di ragazzi e ragazze che sono d'accordo e molto d'accordo con le affermazioni, per età (%)

Dalla tabella si può osservare che nella classe di età degli undicenni l'uso problematico dei social media si verifica solo nei maschi.

3.8 – La salute e il benessere (salute percepita, dichiarazione di sintomi e utilizzo di farmaci e infortuni)

Questa è l'età in cui si definiscono gli stili di vita che avranno conseguenze sui livelli di malattia dell'età adulta e in cui, dall'incontro/scontro con il contesto di vita, si inizia a sviluppare la propria identità e i concetti di salute e benessere.

La salute permette all'essere umano di conquistare e soddisfare i propri obiettivi di vita e, nella definizione positiva proposta dall'OMS, è da intendersi come un capitale che al fianco delle capacità fisiche riconosce altre categorie di risorse individuali e sociali, consentendo così alle persone di essere attive nei normali contesti di vita e di lavoro^{1,3}. Il benessere viene definito come una condizione di equilibrio in cui l'uomo percepisce di avere le risorse fisiche, psicologiche e sociali di cui necessita per reagire alle sfide che la vita gli propone. In condizioni di disequilibrio il soggetto tende a percepire sintomi negativi come l'ansia che si può accompagnare a stress, disturbi del sonno o il mal di stomaco fino ad arrivare alla depressione.

In generale, valutare la salute non è certo compito di facile esecuzione⁴ e ancora più complicato può sembrare quello di definire e monitorare la salute in età adolescenziale.

In questa sezione si indagano alcune delle condizioni più importanti e utili a descrivere un momento definito come fondamentale nello sviluppo dell'individuo, focalizzandosi sull'auto-percezione e auto-valutazione dei ragazzi riguardo il proprio stato di salute e il proprio benessere nei differenti ambiti della loro vita, più che sulla frequenza di malattia.

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

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Eccellente	46,2%	0%	37,5%	14,3%
Buona	53,8%	75%	62,5%	85,7%
Discreta	0%	25%	0%	0%
Scadente	0%	0%	0%	0%

Tabella 7.1. “Diresti che la tua salute è..., per genere e età” (%)

Dai dati in tabella si evince che il 96,8% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono. Considerando le diverse classi di età, emerge una tendenza ad avere una percezione negativa del proprio stato di salute nei ragazzi di età inferiore.

BENESSERE PERCEPITO

L'OMS definisce il concetto di salute come uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattie o infermità. Infatti, nella fascia adolescenziale un alto livello di soddisfazione personale si è dimostrato associato al non uso di sostanze⁵ e alla pratica di attività fisica⁶.

Per descrivere il benessere percepito, è stato chiesto ai ragazzi di riportare in quale posizione, in una scala da 0 a 10, porrebbero il loro grado di soddisfazione per la vita: tale scala di misurazione (denominata “Scala di Cantril”) si è rivelata efficace in adulti e ragazzi⁷.

Il valore espresso dai ragazzi è stato riportato con raggruppamenti da 0 a 5 e ≥ 6 .

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
0-5	30,8%	25%	0%	14,3%
≥ 6	69,2%	25%	100%	85,7%

Tabella 7.2. “In generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento da 0 (= la peggior vita possibile) a 10 (= la miglior vita possibile)”, per genere e età (%)

Il confronto tra le diverse classi di età mostra che la percezione positiva del proprio benessere aumenta all'aumentare dell'età; con punteggio ≥ 6 : 58,8% negli undicenni vs 93,3% nei tredicenni.

SINTOMI RIPORTATI

Nello studiare la salute degli adolescenti è importante indagare la complessità dei fattori che sostengono la percezione che loro stessi hanno della condizione riferita.

La letteratura scientifica afferma che episodi soggettivi di sintomi, oltre che ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari⁸, si dimostrano anche collegati ad un minor successo e a negative esperienze scolastiche⁹, quali il bullismo attivo e subìto e le cattive relazioni con i pari¹⁰. Tale situazione indica che può essere presente una relazione causale tra il riportare precisi sintomi di natura psicosomatica e condizioni di stress¹¹. Lo studio HBSC affronta questa importante tematica indagando la frequenza con cui i ragazzi soffrono di uno tra gli otto sintomi riportati nella tabella seguente.

L'uso di tale lista è stato sottoposto ad una validazione quali-quantitativa che ha permesso di verificare che i ragazzi posseggono le capacità cognitive che permettono loro di comprendere e differenziare i concetti sui quali vengono interrogati e l'affidabilità nel valutare e riportare i sintomi¹⁰ Haugland S., Wold B. (2001a), Journal of Adolescence. La tabella 7.3 riporta le frequenze percentuali dei sintomi legati ai disturbi fisici, umorali e comportamentali avuti negli ultimi sei mesi.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Mal di testa	30,8%	50%	0%	28,6%
Mal di stomaco	23%	50%	0%	28,6%
Mal di schiena	30,7%	50%	0%	28,6%
Giù di morale	61,5%	50%	37,5%	85,7%
Irritabile o di cattivo umore	61,5%	100%	37,5%	71,4%
Nervoso	76,9%	75%	37,5%	85,7%
Difficoltà ad addormentarti	38,5%	50%	12,5%	71,4%
Giramenti di testa	15,4%	25%	12,5%	71,4%

Tabella 7.3. “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito) uno dei seguenti sintomi una e/o più volte a settimana: avere mal di testa, avere mal di stomaco, avere mal di schiena, sentirsi giù di morale, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso, avere difficoltà ad addormentarsi, avere senso di vertigini”, per genere e età (%)

Precedenti studi hanno considerato questi sintomi come suddivisibili in due categorie distinte^{10,12}: una che comprende sintomi a prevalente componente somatica come mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi e senso di vertigini, e l'altra che include sintomi prevalentemente psicologici (sentirsi giù, irritabile e nervoso). Negli undicenni il sintomo maggiormente riferito è l'irritabilità o il cattivo umore con un valore di 70,5%. Il 60% dei tredicenni riferiscono di sentirsi “giù di morale”.

UTILIZZO DI FARMACI

Come detto precedentemente, l'esperienza soggettiva di sintomi spesso si associa ad un maggior uso di farmaci e di servizi in ambito sanitario¹².

Nell'esaminare questo comportamento viene chiesto ai ragazzi l'uso nell'ultimo mese di farmaci per alcuni specifici disturbi: mal di testa, mal di stomaco, difficoltà ad addormentarsi, nervosismo, altro.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
No	53,8%	75%	100%	57,1%
Si	46,2%	25%	0%	42,9%

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

La tabella mostra che il 71,8% dei ragazzi non ha assunto farmaci per i disturbi precedentemente elencati nei 30 giorni precedenti l’indagine. La frequenza di assunzione aumenta con l’aumentare dell’età nelle ragazze passando dal 25% al 42,9%.

INFORTUNI

Ai ragazzi è stato chiesto quante volte in cui, nell’ultimo anno, hanno avuto infortuni per i quali è stato necessario un intervento da parte di personale medico o infermieristico. Nella tabella seguente sono riportate le frequenze percentuali relative a tali infortuni per i ragazzi di 11 e 13 anni.

	11 anni		13 anni	
	M	F	M	F
Non negli ultimi 12 mesi	15,4%	75%	75%	57,1%
1 volta	30,8%	0%	12,5%	28,6%
2 volte	23,0%	25%	12,5%	0%
3 volte	15,4%	0%	0%	0%
4 o più volte	15,4%	0%	0%	14,3%

Tabella 7.5. “Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai avuto infortuni per i quali hai dovuto ricorrere alle cure di un medico o di un/a infermiera? per genere e età (%)

Il 46,8% dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche. Il 21,8% ha avuto un infortunio, con una frequenza più alta tra 2 e 4 o più volte nella fascia di età degli undicenni rispetto ai tredicenni (47% vs 13,3%).

3.9 - Risultati

Dai dati dell'indagine HBSC (Health Behaviour in School-aged Children nelle classi prima e terza di 1° grado della scuola secondaria "Giacomo Sicchirollo" si evince che circa il 53,1% dei ragazzi riferisce di avere amici che provano ad aiutarli e su cui possono contare quando le cose vanno male; sono presenti sostanziali differenze tra diverse classi di età, soprattutto tra i ragazzi e le ragazze di 13 anni. La quota di coloro che percepiscono di poter parlare con gli amici dei propri problemi diminuisce all'aumentare dell'età tra i maschi, passando dal 69,2% nella classe prima al 37,5% nella classe terza. Per quanto riguarda il rapporto genitori-figli l'84,3% dei ragazzi riferisce che la propria famiglia cerca davvero di aiutarli e a prendere delle decisioni; sono presenti sostanziali differenze tra diverse classi di età, soprattutto tra le ragazze di 11 e 13 anni, in cui aumenta il dato percentuale dal 50% all'85,7%.

La percezione della disponibilità dei propri compagni è più elevata nei tredicenni rispetto agli undicenni (80% vs 47%). Il grado di accettabilità fra coetanei è più elevato nei tredicenni (80%) rispetto agli undicenni (52,9%). Analizzando per genere, è possibile notare che le ragazze (6%) hanno una percezione maggiore di non essere accettate rispetto ai ragazzi (3%). Con l'aumento dell'età cresce leggermente il senso di accettazione da parte dei professori (76% - 81%) mentre secondo i ragazzi rimane minore ma costante l'interesse dei docenti nei confronti dei ragazzi (52,9 - 53,5%). Infine, il 15,6% dei ragazzi e delle ragazze non crede/si fida molto dei propri insegnanti. L'84,3% dei ragazzi non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno. Tuttavia, una percentuale che oscilla tra il 7% e il 23% dei ragazzi di 11 anni e il 14% delle ragazze tredicenni dichiara di aver partecipato uno o due volte ad atti di bullismo negli ultimi due mesi. Il 90,6% dei ragazzi non ha subito episodi di cyberbullismo. Il fenomeno, quando presente, interessa i ragazzi di 11 anni. Il 93,7% dei ragazzi non ha partecipato a episodi di cyberbullismo. Il fenomeno, quando presente, interessa le ragazze undicenni e tredicenni.

Il 41,1% dei ragazzi di undici anni dichiara di essersi azzuffato o picchiato tra l'una e le tre volte, i ragazzi e ragazze di tredici anni il 20% tra una e due volte. Al crescere dell'età, il grado di interesse dei ragazzi con la scuola tende ad aumentare con l'età passando dal 70,5% degli undicenni al 86,6% dei tredicenni. Il 25% del campione totale dichiara di sentirsi "molto" stressato per il lavoro che deve fare per la scuola; analizzando per classe, in prima ci si sente più stressati ("abbastanza" e "molto") rispetto ai ragazzi di terza (82% vs 46,6%).

Il 25% dei ragazzi di 13 anni non svolge mai attività fisica, mentre il 65,6% del campione riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai sei giorni a settimana. Il 21,8% dei ragazzi svolge attività fisica 7 giorni la settimana. Il 7% dei ragazzi di 11 anni e il 25% delle ragazze e dei ragazzi di 13 anni non svolge mai attività fisica, mentre il 59,3%, in tutte e due le fasce di età, dichiara di svolgere esercizio fisico intenso in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le sei volte alla settimana. Il 25% dei maschi tredicenni, invece, dichiara di svolgerlo ogni giorno della settimana. In generale, durante i giorni di scuola il tempo passato davanti alla TV per la maggior parte dei ragazzi (l'82% degli undicenni e il 73% dei tredicenni) è pari o inferiore alle due ore giornaliere. Durante il fine settimana il 18,7% del campione dichiara di trascorrere davanti allo schermo tra le 4 e le 6 ore.

Il 35% e il 53% dei giovani rispettivamente di 11 e 13 anni dichiara di usare computer/console/tablet/smartphone e altri device da mezz'ora a un'ora al giorno durante i giorni di scuola. Di contro, durante il fine settimana, il 50% del campione dichiara di usare *devices* tra le 3 e le 6 ore. Quindi, in generale, la percentuale di adolescenti che dichiara di usare questi *devices* per tre o più ore al giorno aumenta durante il fine settimana. Il 78,1% dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola, e il consumo quotidiano della colazione diminuisce al crescere dell'età (82,3% tra gli undicenni vs il 60% nei tredicenni). La quota media di coloro che dichiarano di non fare mai colazione in settimana è piuttosto alta (21,8%) e la loro percentuale aumenta con l'età, attestandosi al 57% delle ragazze di 13 anni. L'87,5% del campione dichiara di fare colazione entrambi i giorni del fine settimana. In generale la frequenza del consumo della colazione è maggiore nel fine settimana (87,5%) rispetto ai giorni infrasettimanali (78,1%). Mediamente il 40,6% dei ragazzi ha l'abitudine di consumare uno spuntino sia la mattina che il pomeriggio, con maggiore frequenza tra i ragazzi di 11 anni. Il 12,5% non consuma uno spuntino tra i pasti principali; il 21,8% alla mattina e il 28,1% al pomeriggio. Il 3,1% del campione consuma frutta solo una volta a settimana o anche meno. Il 40,6% la consuma tra 2 e 4 giorni a settimana. Il consumo giornaliero medio (21,8%) non è molto frequente ed è più basso tra gli undicenni (17,6%) rispetto ai tredicenni (26,6%). Il 34,3% dei ragazzi consuma verdura 2 - 4 giorni a settimana. Il consumo giornaliero medio interessa il 12,5% dei ragazzi, più basso nei tredicenni (5%). Complessivamente, il 50% dei ragazzi consuma dolci tra 2 e 4 giorni a settimana. Il 21,8% dei ragazzi consuma quotidianamente bevande zuccherate.

In generale il consumo giornaliero di dolci (12,5%) risulta minore rispetto al consumo giornaliero di bevande con zucchero (21,8%). Complessivamente, il 18,7% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana mentre il 15,6% dichiara di non assumerli mai; più precisamente il 37,5% dei maschi tredicenni dichiara di non assumerli mai. Per quanto riguarda le differenze di genere, come si evince dalla tabella, mediamente il consumo quotidiano di frutta (28,1%) e verdura (18,7%) si mantiene pressoché costante tra le età (frutta: 29,4% per gli undicenni vs 26,6% nei tredicenni; verdura: 17,6% negli undicenni vs 20% nei tredicenni), e con valori inferiori, nei maschi (42%) rispetto alle femmine (54%). Il consumo quotidiano medio di bevande zuccherate (18,7%) risulta simile in entrambi i sessi per le classi di età di 11 e 13 anni. In generale, le ragazze consumano quotidianamente più corn flakes e muesli rispetto ai ragazzi (36,3% vs 9,5%).

Il consumo giornaliero di pane, pasta e riso risulta maggiore nei tredicenni (53,3%) rispetto agli undicenni (35,2%). Non si evidenziano invece importanti differenze di genere relative al consumo giornaliero medio di legumi che si presenta generalmente piuttosto basso (15,6%).

Mediamente, il 37,5% del campione risulta essere sottopeso; i ragazzi normopeso e sovrappeso sono il 31,2%. La tabella sottolinea come la percentuale di soggetti in sovrappeso, nei tredicenni sia maggiore nei maschi rispetto alle femmine, il contrario negli undicenni.

In generale il 58% dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta” mentre il 32,3% si percepisce “Un po’ sovrappeso” o “Decisamente sovrappeso”. La percentuale di ragazzi che riferiscono di percepirsi “Un po’ sovrappeso” aumenta all’aumentare dell’età passando da 19,2% al 25,9%. In generale, il 53,1% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 15,6% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 15,7% dei ragazzi è a dieta. La percentuale maggiore che dichiara di essere a dieta è nei ragazzi di 11 anni (30,8%); in generale il 18,7% afferma di essere a dieta o di star facendo qualcosa per dimagrire. La percentuale di “non fumatori” negli ultimi 30 giorni è maggiore nei tredicenni (100%) rispetto agli undicenni (92,3%). Mediamente il 71,8% dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver mai bevuto alcol. Tale percentuale passa dall’58,8% degli undicenni al 80,5% dei tredicenni.

In generale, la frequenza con cui i ragazzi di 11 e 13 anni che hanno quotidianamente contatti online con amici stretti e amici di un gruppo allargato aumenta con l'aumentare dell'età passando, tra gli amici stretti, dal 41,1% tra gli undicenni al 53,3% tra i tredicenni. I contatti giornalieri di un gruppo allargato aumentano dal 29,4% al 46,6%. La percezione positiva del proprio benessere aumenta all'aumentare dell'età; con punteggio ≥ 6 : 58,8% negli undicenni vs 93,3% nei tredicenni. Considerando le diverse classi di età, emerge una tendenza ad avere una percezione negativa del proprio stato di salute nei ragazzi di età inferiore.

Negli undicenni il sintomo maggiormente riferito è l'irritabilità o il cattivo umore negli undicenni con un valore di 70,5%. Il 60% dei tredicenni riferisce di sentirsi "giù di morale". Il 71,8% dei ragazzi non ha assunto farmaci per i disturbi precedentemente elencati nei 30 giorni precedenti l'indagine. La frequenza di assunzione aumenta con l'aumentare dell'età nelle ragazze passando dal 25% al 42,9%.

Il 46,8% del campione dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche. Il 21,8% ha avuto un infortunio, con una frequenza più alta tra 2 e 4 o più volte nella fascia di età degli undicenni rispetto ai tredicenni (47% vs 13,3%).

4.1 – Introduzione

Il primo passo verso il benessere è l'educazione alla salute, con lo scopo di contrastare la sedentarietà e promuovere l'attività motoria fin dai primi anni di vita. Uno stile di vita attivo protratto nel tempo previene l'insorgere di alcune patologie croniche come il sovrappeso, l'obesità, l'ipertensione e le malattie metaboliche e rappresenta la strategia migliore per mantenere uno stato di totale benessere psicologico, fisico e sociale.

Uno stile di vita sano, inoltre, può aiutare adulti e ragazzi ad affrontare al meglio gli impegni quotidiani: migliora le capacità di know-how, favorisce un buon controllo emotivo – affettivo, migliora l'autostima e la capacità socio – relazionale.

4.2 – 7 punti per uno stile di vita salutare

1) Dare importanza ai diversi pasti della giornata

Una nutrizione equilibrata e sana costituisce, insieme a una adeguata e corretta attività fisica e al controllo di altri fattori di rischio, come fumo o alcol, un fattore fondamentale nella prevenzione di molte condizioni patologiche. Variare l'assunzione di cibo permette di assumere tutti i nutrienti necessari a una buona salute. Le quantità, la qualità e la distribuzione dei vari alimenti giocano un ruolo chiave nello sviluppo della persona. Ecco perché quando si decide di iniziare una dieta è fondamentale rivolgersi alle uniche figure professionali abilitate a redigere una dieta, ovvero il dietologo, il dietista e il nutrizionista.

2) Ricordare il *neat*

L'acronimo *neat* sta per *non exercise activity thermogenesis*, la cui traduzione è termogenesi non indotta da esercizio fisico. Nella spesa energetica giornaliera totale il *neat* incide per il 20-30%, il 50-60% per il metabolismo basale e il 5-10% da termogenesi indotta dal cibo. Il *neat* comprende le attività che coinvolgono il corpo e il suo movimento, ad esempio camminare, muoversi, parlare, stare in piedi, salire le scale,

cucinare ecc... ovvero tutti quei movimenti volontari e involontari che vengono eseguiti abitualmente. Il *neat* ha un importante impatto sul bilancio energetico e l'aumento di peso. Le evidenze scientifiche suggeriscono che un basso *neat* si registra spesso in casi di obesità¹. Per invertire la tendenza all'obesità, è necessario sviluppare strategie individuali e collettive per promuovere la deambulazione ma anche riprogrammare le attività lavorative per portare l'individuo a condurre uno stile di vita attivo.

3) Fare attività fisica adattata e/o attività sportiva

L'attività fisica adattata (AFA) è definita attraverso “programmi di esercizi fisici, la cui tipologia e le cui intensità sono definite mediante l'integrazione professionale e organizzativa tra i medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) e medici specialistici e calibrate in ragione delle condizioni funzionali delle persone cui sono destinati, che hanno patologie croniche clinicamente controllate e stabilizzate o disabilità fisiche e che li eseguono in gruppo sotto la supervisione di un professionista dotato di specifiche competenze (il chinesiologo, secondo decreto legislativo n.36 del 28 Febbraio 2021), in luoghi e in strutture di natura non sanitaria, come le palestre della salute” (Decreto 5 Maggio 2022).

È importante praticare attività sportiva fin da piccoli poiché lo sport migliora le capacità coordinative, generali e speciali, le capacità condizionali, come forza, velocità, resistenza e mobilità articolare, la sfera emozionale-affettiva e socio-relazionale, ma anche le capacità cognitive, come la capacità di prendere decisioni in modo autonomo all'interno e all'esterno dell'attività stessa.

4) Non fumare

Il fumo è uno dei più importanti fattori di rischio che favoriscono lo sviluppo del cancro. Il suo legame con tumori, infarto, enfisema e molte altre malattie è dimostrato ormai da una grande mole di prove scientifiche. Le conseguenze di questa scorretta abitudine hanno effetti anche su altri aspetti della vita quotidiana. Nel 2021, secondo dati ISTAT, i fumatori, tra la popolazione di 14 anni e più, sono poco meno di 10 milioni. La prevalenza è pari al 19%. Forti sono le differenze di genere: tra gli uomini i fumatori sono il 22.9% tra le donne il 15,3%. Il fumo di tabacco è risultato più diffuso nella fascia di età tra i 25-44 anni (circa 1 persona su 4). Secondo i dati forniti dall'OMS, nel mondo il tabacco è

responsabile di un numero di vittime maggiore di quelle provocate da alcol, AIDS, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme.

In Italia si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco oltre 93.000 morti (il 20,6% del totale di tutte le morti tra gli uomini e il 7,9% del totale di tutte le morti tra le donne) con costi diretti e indiretti pari a oltre 26 mld di euro (Tobacco Atlas sesta edizione).

5) Limitare il consumo di bevande zuccherate e alcool

Le bevande zuccherate contengono una notevole quantità di calorie derivanti dagli zuccheri di origine sia naturale, presenti nei succhi di frutta o nei frullati, che artificiale, presenti in molte bevande analcoliche o gassate. Per quanto riguarda le prime, come detto precedentemente, è importante sapere che esse forniscono parecchie calorie; quindi un consumo eccessivo e frequente di alcool può aumentare il rischio di sovrappeso e obesità. Infine, l'esagerazione di alcool, a prescindere dal tipo di bevanda, è legata a un aumento del rischio di cancro: si rammenta quindi un consumo decisamente moderato.

6) Fare esami di medicina preventiva (screening)

Grazie alle diagnosi precoci e cure sempre più efficaci la mortalità diminuisce e la sopravvivenza aumenta e sempre di più si parla di guarigione dai tumori. La prevenzione è un'arma potente e il nostro SSN fornisce, gratis, tre programmi di screening della popolazione per la prevenzione dei tumori del seno, del collo dell'utero e del colon-retto. Pertanto, è importante effettuare lo screening proprio quando non si hanno né segni né sintomi.¹

7) Dare importanza al sonno

Anche se dormire bene non è garanzia di buona salute, il sonno aiuta a mantenere molte funzioni vitali. Una delle più importanti è quella di fornire a cellule e tessuti l'opportunità di riprendersi dall'usura della vita quotidiana, causata dallo stress ossidativo. Infatti, le principali funzioni riparatrici del corpo come la riparazione dei tessuti, la sintesi proteica e i processi metabolici di anabolismo si verificano quasi esclusivamente durante il sonno. Gli scienziati hanno scoperto che un sonno insufficiente può causare problemi di salute alterando i livelli degli ormoni coinvolti in processi come il metabolismo, la regolazione dell'appetito e la risposta allo stress ^{2,3,4}.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

- 1) OECD:Stat/Stato di salute/Aspettativa di vita
https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT#
- 2) *La battaglia per la Salute*, Walter Ricciardi, 2019 premessa 6
- 3) *La battaglia per la Salute*, Walter Ricciardi, 2019 Pag. 17
- 4) Istat/tavole di mortalità/singole età
https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT#
- 5) *La battaglia per la salute* pag. 19, tabella 1, Speranza di vita alla nascita per regione e sesso, 2001 (valori stimati)
- 6) <https://osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2020>
- 7) Commission services (Directorate-General for Economic and Financial Affairs), Economic Policy Committee (Ageing Working Group). *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability*. Institutional Papers 37. October 2016. Brussels. PDF. 244; 484pp.
- 8) <https://www.ancescao.it/rubriche/una-finestra-sull-europa/1013-la-sanita-in-italia-a-confronto-con-quella-degli-altri-stati-europei>
- 9) https://www.repubblica.it/cronaca/2022/04/20/news/il_grande_cambiamento_generazionale_dei_medici_di_famiglia_uno_su_tre_in_pensione_entro_il_2024-346191576/
- 10) <https://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=43&art=5028>
- 11) https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104197.pdf?_1651135391636
- 12) <https://www.bloomberg.com/toaster/v1/charts/79fb96617b604712b356d11b070dd449>
- 13) <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2930994-2>
- 14) *I fondamenti sociali nelle economie post-industriali*, Esping-Andersen, 2000 p.17
- 15) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Esping-Andersen, 1990
- 16) <https://www.ccm-network.it/home.jsp>
- 17) https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/DELIBERE_PRP_2020-2025/Veneto/DGR_1858_2021_Allegato_A_veneto.pdf
- 18) <https://adiscuola.it/intervista-al-ministro-dellistruzione-finlandese-sul-nuovo-curricolo/>
- 19) <https://gimb.public.lu/fr/publications/2021/rapportactivite2020.html>
- 20) <https://www.beactive.lu/fr/calendrier-du-sport-loisir/consulter-le-calendrier>

- 21) <https://national-policies.eacea.ec.europa.eu/youthwiki/chapters/norway/73-sport-youth-fitness-and-physical-activity>
- 22) Carlo Cappa, *Sistemi scolastici d'Europa* pag. 15
- 23) Carlo Cappa, *Sistemi scolastici d'Europa* pag. 23
- 24) <https://www.invalsiopen.it/risultati-ocse-pisa-2018/>
- 25) <https://www.lenius.it/modello-educativo-finlandese/>
- 26) <https://www.glistatigenerali.com/scuola/sulla-scuola-in-finlandia-modello/>
- 27) <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>
- 28) <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/>
- 29) <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019-dati>
- 30) <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/report-regionale-2019/veneto-2019.pdf>
- 31) <https://www.epicentro.iss.it/hbse/>

BIBLIOGRAFIA CAPITOLO 3 paragrafo 4

BIBLIOGRAFIA “Il contesto familiare e amicale”

- 1) 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
- 2) Santrock, J.W. (2014). *Adolescence* (15th Edition). New York, NY: McGraw-Hill Education
- 3) Collins WA, Steinberg L. *Adolescent development in interpersonal context*. In: Eisenberg N, Damon W, Lerner RM, editors. Handbook of child psychology. Vol. 3. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons Inc.; 2006:1003–67

BIBLIOGRAFIA “Il contesto scolastico”

- 1) Zimmer-Gembeck M.J., Locke E.M. (2007). *The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers*. Journal of Adolescence, 30: 1–16.
- 3) Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. *Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model*. Am J Community Psychol. 2007;39:177-90.

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

- 17) 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)
- 18) Mascheroni, G. & Cuman, A. (2014). *Net Children Go Mobile: Final report*. Deliverables D6.4 & D5.2. Milano: Educatt

BIBLIOGRAFIA “L’attività fisica e il tempo libero”

- 1) *Global recommendations on physical activity for health*: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1
- 2) *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
- 3) *Dichiarazione di Bangkok sull’attività fisica per la salute globale e lo sviluppo sostenibile*: https://www.dors.it/documentazione/testo/201704/Bkk_italian_DEF.pdf
- 4) Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, et al. *Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women*. *Lancet*. 2016;388(10051):1302–1310
- 5) Keadle SK, Moore SC, Sampson JN, Xiao Q, Albanes D, Matthews CE. *Causes of death associated with prolonged TV viewing: NIH-AARP Diet and Health Study*. *Am J Prev Med*. 2015;49(6):811–821
- 6) Rees-Punia E, Evans EM, Schmidt MD, Gay JL, Matthews CE, Gapstur SM, Patel AV. *Mortality Risk Reductions for Replacing Sedentary Time With Physical Activities*. *Am J Prev Med*. 2019;56(5):736-741.
- 7) Owen N. *Sedentary behavior: Understanding and influencing adults' prolonged sitting time*. *Preventive Medicine* 55 (2012) 535–539
- 8) Janssen I., Leblanc A. (2009). *Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity in School-Aged Children and Youth*. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11:7-40

- 9) EU Working Group “Sport and Health” (2008). *EU Physical Activity Guidelines*: <http://www.eufic.org/article/en/artid/Guidelines-physical-activity/>
- 10) 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
- 11) 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
- 12) 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
- 13) 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.
- 14) 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.
- 15) 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
- 16) 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

BIBLIOGRAFIA “Le abitudini alimentari e lo stato nutrizionale”

- 1) 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
- 2) Santrock, J.W. (2014). *Adolescence* (15th Edition). New York, NY: McGraw-Hill Education

- 3) Collins WA, Steinberg L. *Adolescent development in interpersonal context*. In: Eisenberg N, Damon W, Lerner RM, editors. *Handbook of child psychology*. Vol. 3. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons Inc.; 2006:1003–67
- 4) Luciano M, Sampogna G, del Vecchio V, Giacco D, Mulè A, de Rosa C, Fiorillo A, Maj M. *The family in Italy: cultural changes and implications for treatment*, *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(2):149-56
- 5) ISTAT (2018). *Popolazione e Famiglie Anno 2018*. Roma, ISTAT.
- 6) Levin KA, Dallago L, Currie C. *The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent–child communication*. *Soc Indic Res*. 2012;106(2):287–305
- 7) Cooper, C., P. E. Bebbington, H. Meltzer, D. Bhugra, T. Brugha, R. Jenkins, M. Farrell, and M. King. 2008. “*Depression and Common Mental Disorders in Lone Parents: Results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey*.” *Psychological Medicine*, 38 (3): 335–342
- 8) Targosz, S., Bebbington, P., Lewis, G., Brugha, T., Jenkins, R., Farrel, M., Meltzer, H. (2003). *Lone mothers, social exclusion and depression*. *Psychol Med*, 33: 715–722
- 9) 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
- 10) Hoskins D, (2014), *Consequences of Parenting on Adolescent Outcomes*, *Societies*, 4, 506–531
- 11) 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
- 12) Gallarin M, Alonso-Arbiol I. *Parenting practices, parental attachment and aggressiveness in adolescence: a predictive model*. *J Adolesc*. 2012;35(6):1601–10
- 13) 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
- 14) 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.

15) 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

16) Palmonari A. (a cura di) (2011), *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna

BIBLIOGRAFIA “I comportamenti di dipendenza”

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

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

3) Framework Convention on Tobacco Control – FCTC. <https://www.who.int/fctc/en/>

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

5) 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.

BIBLIOGRAFIA” I social media”

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

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

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

- 4) Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2007). *Preadolescents' and adolescents' online communication and their closeness to friends*. *Developmental Psychology*, 43, 267-277.
- 5) Marino, C., Gini, G., Vieno, A., & Spada M.M. (2018). *The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: A systematic review and metaanalysis*. *Journal of Affective Disorders*, 15(226), 274-281.
- 6) 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
- 7) 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.
- 8) Caplan, S. (2010). *Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach*. *Computers in Human Behavior*, 25(5), 1089–1097

BIBLIOGRAFIA “La salute e il benessere”

- 1) Herzlich C. (1973). *Health and illness*. London: Academic Press.
- 2) World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva, WHO.
- 3) Baum, F., Lawless, A., Williams, C. (2013). *Health in All Policies from international ideas to local implementation: policies, systems and organizations. Health promotion and the policy process: practical and critical theories*. Oxford: Oxford University Press.
- 4) Rashad, H., Khadr, Z. (2014). *Measurement of health equity as a driver for impacting policies*. *Health Promotion International*, 29:i68-i82.
- 5) Lemma, P., Borraccino, A., Berchiolla, P., Dalmaso, P., Charrier, L., Vieno, A., Lazzeri G, Cavallo, F. (2014). *Wellbeing in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school*. *Journal of Public Health*.
- 6) Thome J., Espelage D.L. (2004) *Relations among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students*. *Eating Behaviors*, 5:337-51.

- 7) Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- 8) Belmaker E (1985). *Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms*. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 1:1-2.
- 9) Torsheim T., Wold B. (2001). *School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study*. Journal of Adolescence Research, 16:293-303.
- 10) Haugland S., Wold B. (2001a). *Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods*. Journal of Adolescence, 24:611-24.
- 11) 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.
- 12) Cavallo, F., Giacchi, M., Vieno, A., Galeone, D., Lamberti, A., Nardone, P., Andreozzi, S. (2013). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Rome: Istituto Superiore di Sanità.

BIBLIOGRAFIA CAPITOLO 4

- 1) J. A. Levine, Professor of Medicine, Richard Emslander Professor of Nutrition & Metabolism, Endocrine Research Unit, Mayo Clinic, Rochester, MN 5590, USA.
Nonexercise activity thermogenesis – liberating the life-force
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2796.2007.01842.x>
- 2) *La battaglia per la Salute*, Walter Ricciardi, 2019 Pag. 92
- 3) Spiegel K, et al. *Brief Communication: Sleep Curtailment in Healthy Young Men Is Associated with Decreased Leptin Levels, Elevated Ghrelin Levels, and Increased Hunger and Appetite*, Annals of Internal Medicine. 2004 Dec 7; 141(11): 846-850.
- 4) Spiegel K, et al. *Impact of Sleep Debt on Metabolic and Endocrine Function*, Lancet. 1999 Oct 23; 354(9188): 1435-9.
- 5) Meier-Ewert HK, et al. *Effect of Sleep Loss on C-reactive Protein, an Inflammatory Marker of Cardiovascular Risk*, J Am Coll Cardiol. 2004 Feb 18; 43(4): 678-83.