

ASSESSORATO POLITICHE PER LA SALUTE

L'ASSESSORE

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.	/	/	
DEL	/	/	

Alla Presidente dell'Assemblea Legislativa
della Regione Emilia-Romagna

Emma Petitti

Oggetto: Clausola valutativa della Legge regionale 27 luglio 2007, n. 17 "Disposizioni in materia di prevenzione, cura e controllo del tabagismo". Trasmissione relazione.

Si trasmette, in allegato, la relazione sulla clausola valutativa Legge regionale 27 luglio 2007, n. 17 "Disposizioni in materia di prevenzione, cura e controllo del tabagismo".

Cordiali saluti

Raffaele Donini

LEGGE REGIONALE 27 luglio 2007, n. 17
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE, CURA E CONTROLLO DEL
TABAGISMO
31 marzo 2022

Introduzione

L'abitudine al fumo (tabagismo) rappresenta in tutto il mondo uno dei più grandi problemi di sanità pubblica ed è uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie. Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, entro il 2030, il fumo potrà causare 8 milioni di decessi l'anno.

Contrariamente al pensiero comune, il fumo non è responsabile del solo tumore del polmone, ma rappresenta anche il principale fattore di rischio per le malattie respiratorie non neoplastiche, come la Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), ed è uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare: i fumatori hanno un rischio di mortalità, a causa di una coronaropatia, superiore da 3 a 5 volte rispetto ai non fumatori. Inoltre, una persona che fuma per tutta la vita ha il 50% di probabilità di morire per una patologia direttamente correlata al fumo e la sua vita potrebbe non superare un'età compresa tra i 45 e i 54 anni.

In generale va considerato che la qualità di vita del fumatore è seriamente compromessa, a causa della maggiore frequenza di patologie respiratorie (come tosse, catarro, bronchiti ricorrenti e asma) e cardiache (come ipertensione, ictus e infarto).

Per questo motivo sono sempre molteplici le iniziative di prevenzione realizzate a livello nazionale e internazionale. Uno dei primi atti, datato 2004, è stata la "*Who Framework Convention on Tobacco Control (Who Fctc)*", la prima iniziativa internazionale ad aver espresso la necessità di un controllo del fumo di tabacco per ragioni di salute pubblica.

L'Italia, con l'entrata in vigore della legge 3/2003 "*Tutela della salute dei non fumatori*", detta Legge Sirchia, è stata il primo grande Paese europeo a introdurre una normativa finalizzata a regolamentare il fumo in tutti i luoghi chiusi pubblici e privati.

Pochi anni dopo l'entrata in vigore della Legge Sirchia che ha rivoluzionato l'approccio al problema, prendendosi cura della tutela della salute della maggioranza della popolazione non fumatrice, riducendo la possibilità dell'esposizione ad un cancerogeno come il fumo di sigaretta, la Regione Emilia-Romagna ha varato la Legge Regionale 17/2007 "Disposizioni in materia di prevenzione, cura e controllo del tabagismo" in un momento storico di grande interesse sul tema. In questo contesto la nostra regione è sempre stata all'avanguardia approvando normative che estendevano ulteriormente la tutela della salute della popolazione del proprio territorio dal tabagismo. Si ricorda, a tal proposito, oltre alla Legge Regionale appena citata, il successivo Piano Regionale per la lotta al Tabagismo, approvato con DGR 844/2008 nonché l'inserimento di modifiche migliorative alla Legge Regionale 17/2007 con la Legge Regionale 30 maggio 2016, n.9 "Legge Comunitaria Regionale per il 2016" e l'introduzione del tema nei Piani Regionali della Prevenzione che

si sono succeduti, compreso quello appena approvato con DGR n. 2144 del 20 dicembre 2021.

Il Ministero della Salute ha riconosciuto da tempo alla nostra Regione questo ruolo propositivo ed innovativo affidandole dal 2005 al 2014 il coordinamento nazionale di cinque progetti ministeriali del CCM inerenti la problematica fumo che hanno visto il coinvolgimento di tutte le regioni d'Italia, conferendole anche l'incarico di coordinare il gruppo tecnico interregionale tabagismo della Conferenza delle Regioni e Province autonome nello stesso periodo come regione capofila.

Il Piano Regionale Tabagismo approvato con delibera regionale 844/2008 prevedeva un approccio globale al problema con interventi di prevenzione, cura e disassuefazione dal tabagismo da realizzare in collaborazione col mondo della scuola per i progetti rivolti ai giovani, con i medici di medicina generale ed i centri antifumo per i pazienti fumatori, negli ambienti di lavoro, negli ospedali e nei servizi sanitari.

Ogni anno l'Assessorato politiche per la salute sostiene e coordina i progetti di prevenzione, cura e disassuefazione realizzati nelle nostre Ausl attraverso gruppi di lavoro regionali tematici e stanziando finanziamenti dedicati al coordinamento e a progetti innovativi, che ammontano circa a 60.000 euro all'anno.

Una particolare attenzione è sempre stata rivolta alla prevenzione dell'abitudine tabagica tra i giovani: alle scuole sono stati proposti ogni anno interventi di dimostrata efficacia con azioni per rendere il contesto scolastico favorevole al non fumo, integrati con percorsi didattici da effettuare con la classe utilizzando metodologie interattive e la peer-education, e quando è possibile con la partecipazione ai laboratori di "Luoghi di Prevenzione" (Centro Regionale di Didattica Multimediale).

Sono stati condotti degli studi per valutare l'efficacia di tali interventi con trial specifici, che hanno messo a confronto migliaia di studenti frequentanti le scuole campione con quelli di altre scuole che sono rientrati nel controllo. Questi studi hanno dimostrato che il programma proposto da "Luoghi di Prevenzione" ha effettivamente ridotto l'abitudine al fumo tra gli studenti e nelle aree della scuola.

Nell'arco del tempo la prevenzione e il contrasto al tabagismo sempre più si sono integrati in un percorso di promozione di sani stili di vita insieme ad altri fattori di rischio per malattie croniche non trasmissibili quali l'alcol, l'attività fisica e la sana alimentazione rivolgendosi alla scuola, al mondo del lavoro e a particolari fasce di popolazione più a rischio.

Oltre alle valutazioni specifiche effettuate sugli interventi realizzati nel mondo della scuola esistono alcuni sistemi di sorveglianza che ci permettono di analizzare nel tempo l'andamento del fenomeno tabagismo:

- il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) avviato nel 2006 come sperimentazione di metodi utili per la sorveglianza dei fattori comportamentali di rischio e per il monitoraggio dei programmi di prevenzione delle malattie croniche, è un progetto del Ministero della Salute e delle Regioni e Province Autonome che ha l'obiettivo di mettere a disposizione di tutte le Regioni e Aziende Sanitarie Locali (ASL del Paese una sorveglianza dell'evoluzione di questi fenomeni nella popolazione adulta (18–69 anni). Con una peculiarità unica:

tarare questo strumento soprattutto per un utilizzo dei dati a livello locale, direttamente da parte delle Aziende Sanitarie e delle Regioni;

- lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), è uno studio internazionale svolto ogni 4 anni, in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa. L'indagine coinvolge i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

A partire dal Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 gli interventi sul tabagismo previsti dalla Legge regionale 17/2007 sono stati inseriti in modo integrato nei vari progetti di realizzazione del Piano e sono divenuti elemento fondante delle attività di promozione della salute in tutti i setting: scuola, lavoro, comunità, aziende sanitarie.

In questi ultimi due anni la pandemia da covid-19 ha purtroppo monopolizzato il nostro Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, le scuole e i luoghi di lavoro hanno subito periodi di chiusura e, comunque, di difficoltà dell'attività didattica ed educativa, le attività produttive hanno ridotto la loro attività. In questo contesto è stato molto difficoltoso mantenere i livelli di impegno nell'attività di prevenzione del tabagismo quali quelli degli anni precedenti. Ciò che la Regione ha cercato di non fare mai mancare è stato il supporto alla disassuefazione dal fumo per i cittadini decisi a smettere di fumare attraverso i Centri AntiFumo (CAF) che hanno sperimentato anche modalità alternative all'incontro in presenza.

L.R. 17/ 2007“Disposizioni in materia di prevenzione, cura e controllo del tabagismo” e successive modifiche apportate dalla Legge Regionale 30 maggio 2016, n.9

Art. 7 - Clausola Valutativa

La seguente relazione analizza in modo sintetico il raggiungimento degli obiettivi della Legge Regionale e del Piano Regionale di intervento:

- a) diminuzione del numero dei fumatori attivi
- b) diminuzione del numero di persone esposte ad inalazione di fumo passivo
- c) interventi di prevenzione nelle scuole e nei luoghi di lavoro
- d) supporto alla disassuefazione dal tabagismo
- e) rispetto del divieto di fumare

a) Diminuzione del numero dei fumatori attivi

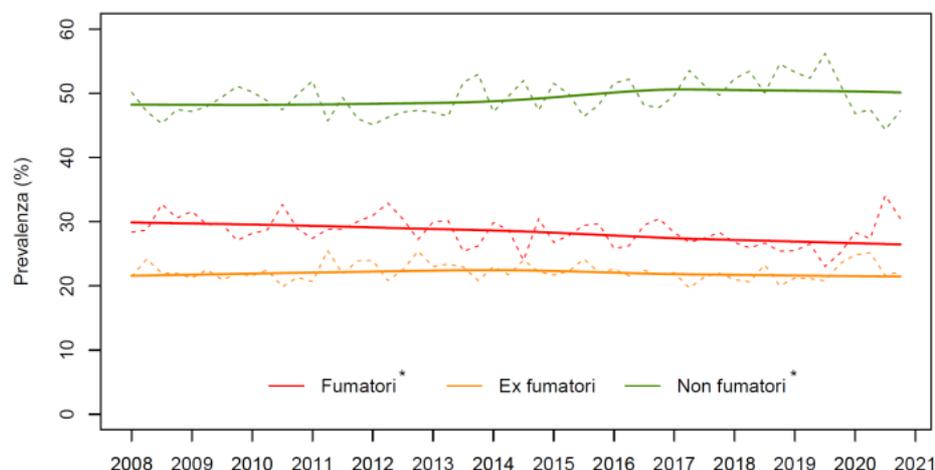
Come previsto dal Piano Regionale di intervento per la lotta al Tabagismo e dal Piano Regionale della Prevenzione 2015 – 2019, sono state realizzate in tutte le AUSL azioni mirate alla sensibilizzazione della popolazione sui danni alla salute dovuti al fumo, in stretta collaborazione con i gruppi di coordinamento regionale sul tabagismo. Gli interventi hanno coinvolto soprattutto il mondo della scuola, gli ambienti di lavoro e riguardato anche la disponibilità di percorsi per smettere di fumare.

Dal sistema di sorveglianza PASSI, in Emilia-Romagna risulta che nel periodo 2008-2020 la prevalenza di fumatori appare complessivamente in diminuzione, sebbene i dati del 2020 sembrano essere in controtendenza (da verificare con le interviste del 2021). In Emilia-

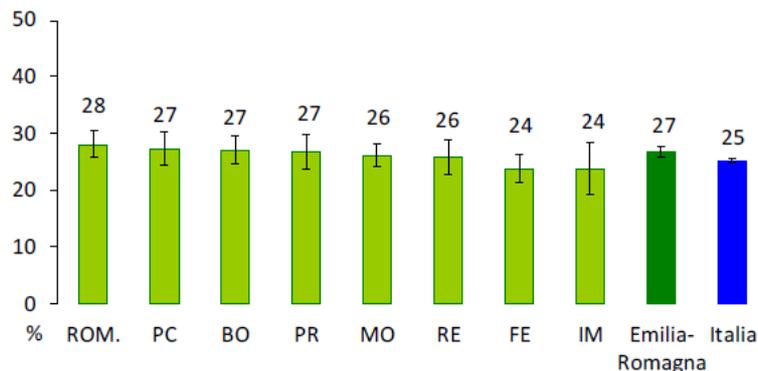
Romagna fuma sigarette meno di un terzo (27%) degli adulti 18-69enni, pari a una stima di oltre 788 mila persone. il valore regionale è in linea con quello nazionale (25%).

L'analisi temporale per sottogruppi di popolazione è possibile solo fino al 2019; il calo è evidente sia tra le donne sia tra gli uomini e nelle classi d'età 35-49 e 50-69 anni (vedi allegati 1 e 2).

*Abitudine al fumo di sigarette (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008-2020*



*Fumatori per AUSL (%)
PASSI 2017 - 2020*



Il monitoraggio dei comportamenti di dipendenza effettuato attraverso lo studio HBSC sopra citato (allegato 3). evidenzia che la maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver "mai" fumato; la percentuale di "non fumatori" si riduce, però, con l'aumentare dell'età, passando dal 98% degli 11enni al 86,5% dei 13enni sino al 58% dei 15enni.

Le tabelle che seguono illustrano la differenza di genere e di età per quanto riguarda la quota di ragazzi che dichiarano di aver fumato negli ultimi 30 giorni in Emilia-Romagna.

Tabella 6.3a Frequenza del fumo di sigaretta, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, per genere ed età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Maschi	0,6	6,3	27,5	9,9
Femmine	0,4	6,5	26,9	10,4

Tabella 6.3b Frequenza del fumo di sigaretta frequente (20 o più giorni, negli ultimi 30 giorni, per genere ed età (%))

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Maschi	0,2	1,2	11,9	3,4
Femmine	0	0,5	9,2	2,9

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Maschi	0,2	1,2	7,3	2,3
Femmine	0	0,4	4,8	1,6

La tabella 6.3a evidenzia che a 15 anni il 27,5% dei ragazzi e il 26,9% delle ragazze ha fumato almeno una sigaretta nell'ultimo mese. non si evidenziano particolari differenze di genere, mentre a livello nazionale si osserva che a 15 anni la quota dei maschi quindicenni è nettamente inferiore (24,8%) a quella delle femmine (31,9%).

La quota di ragazzi che dichiara di aver fumato per almeno 20 giorni nell'ultimo mese è maggiore tra i maschi e aumenta con il progredire dell'età: a 15 anni l'11,9% dei maschi e il 9,2% delle femmine; valori inferiori rispetto ai dati del 2014, rispettivamente 12% e 14%.

(tabella 6.3b). Analizzando chi riferisce di aver fumato ogni giorno negli ultimi 30, emerge che la percentuale di fumatori tra i 15enni è rispettivamente 7,3% nei ragazzi e 4,8% nelle ragazze (tabelle 6.3c).

b) Diminuzione di persone esposte ad inalazione di fumo passivo

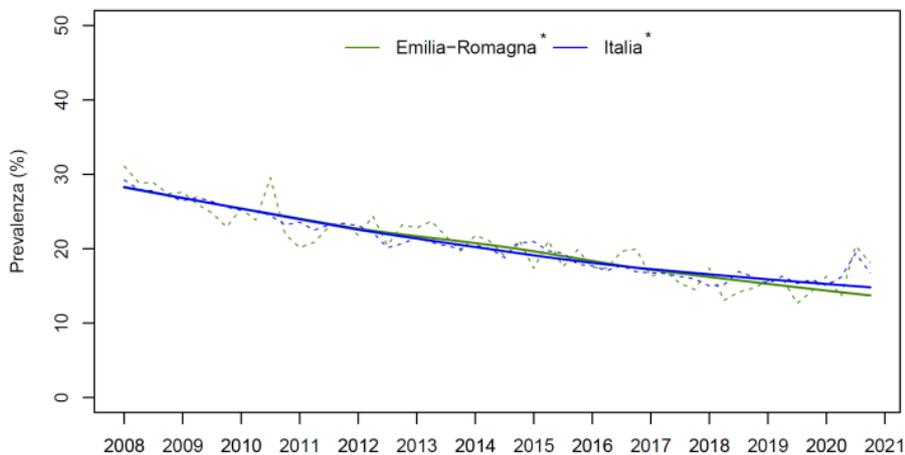
Dal sistema di sorveglianza PASSI in Emilia-Romagna risulta che nel periodo 2008-2020 la percentuale di persone che dichiarano di poter fumare in casa è in ulteriore netta diminuzione (vedi allegato 1) con dati da verificare nel 2020 che sembra essere in controtendenza.

Il 15% degli intervistati ha dichiarato che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 12% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 3% ovunque); il valore è sovrapponibile a quello nazionale (16%).

Nel periodo 2008-2020 l'analisi temporale condotta su dati trimestrali mostra una diminuzione significativa anche sul piano statistico della percentuale di persone che dichiara che in casa loro si può fumare (ovunque o in certe stanze/situazioni), trend che sembra essere in controtendenza nel 2020.

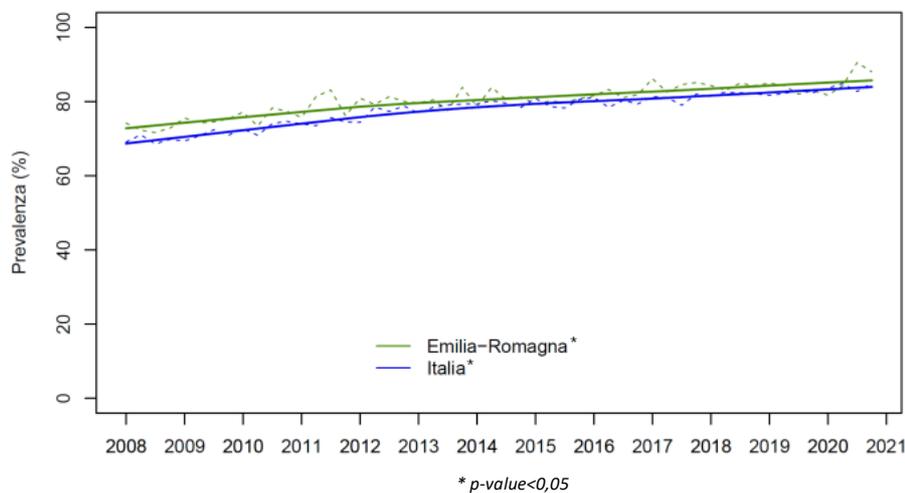
Fumare in casa è un comportamento da evitare soprattutto nelle abitazioni in cui vivono bambini: in regione nel 7% delle abitazioni in cui vive un minore sotto i 14 anni si fuma, rispetto al 18% delle abitazioni in cui non vive un minore. Tale importante risultato è stato ottenuto con la collaborazione dei Pediatri Libera Scelta, Medici Medicina Generale (MMG), Pediatria di Comunità, Ostetriche, reparti di ostetricia e ginecologia e consultori familiari.

Fumo in casa (%) Emilia-Romagna PASSI 2008-2020



Il rispetto dei divieti di fumare nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro sicuramente riduce l'esposizione al fumo passivo della popolazione nella nostra regione. In Emilia-Romagna nel periodo 2019-2020 la maggior parte (84%) degli intervistati di 18-69 anni ritiene che il divieto di fumare nei luoghi di lavoro sia sempre rispettato. Il valore regionale è significativamente superiore a quello nazionale (82%). Nel periodo 2008-2020 l'analisi del trend condotta su dati trimestrali mostra come la percezione del rispetto del divieto a livello regionale, così come a livello nazionale, mostra un aumento statisticamente significativo.

Rispetto assoluto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro (%) Emilia-Romagna PASSI 2008-2020



La collaborazione tra i servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e del Dipartimento di Sanità Pubblica ha permesso di effettuare interventi sia di tipo preventivo, soprattutto rivolti ai lavoratori esposti a sostanze cancerogene o irritanti, sia attività di controllo a sostegno dei divieti nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro.

La L.R. 17/07 ha inoltre rinforzato il divieto di fumo estendendolo alle aree aperte immediatamente limitrofe agli accessi ed ai percorsi sanitari specificamente individuati dei luoghi adibiti all'erogazione delle prestazioni sanitarie. Negli anni passati le AUSL, con il supporto regionale, hanno realizzato iniziative informative e formative per sensibilizzare il

personale sanitario a svolgere il ruolo di promotore della salute nei confronti dei cittadini (regolamenti interni, cartellonistica per definire le aree esterne di divieto, corsi annuali per agenti accertatori, corsi sull'approccio motivazionale per la promozione di stili di vita sani, questi ultimi in collaborazione con il Centro Didattico Multimediale "Luoghi di Prevenzione"). Da due anni però tali attività di indirizzo e supporto regionale sono state limitate dall'impegno profuso per la prevenzione, il contenimento e la cura della pandemia tutt'ora in corso.

c) Interventi di prevenzione nelle scuole e nei luoghi di lavoro

Dall'uscita della L.R. 17/07 tutte le AUSL della nostra regione hanno stimolato i dirigenti scolastici a promuovere azioni informative ed educative (con l'utilizzo di modalità interattive, della peer-education e la partecipazione ai laboratori di "Luoghi di Prevenzione") volte a sensibilizzare i giovani e tutto il personale della scuola sull'importanza della prevenzione dell'abitudine al fumo. Tali attività promuovono contemporaneamente l'empowerment dei singoli studenti e la creazione nella scuola di un contesto favorevole all'assenza di fumo.

Negli anni di vigenza del piano 2015-2018, prorogato al 2019, sono state promosse progettualità rivolte a tutte le fasce di età scolare, che hanno affrontato, tra i vari determinanti di rischio comportamentale, in particolare il rischio fumo tra gli adolescenti.

E' stata costituita una rete di Scuole che promuovono salute, secondo i dettami della Legge regionale 19/2018 e anche sulla base dei documenti di riferimento quali l'Accordo Stato Regioni del 17 gennaio 2019 "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute".

Per quanto riguarda i **luoghi di lavoro**, da anni le AUSL attraverso i servizi del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, i Dipartimenti Sanità Pubblica e i Medici Competenti effettuano interventi di prevenzione, cura e controllo del tabagismo, soprattutto rivolti ai settori ove i lavoratori sono esposti a sostanze cancerogene o irritanti.

Nell'ambito di attuazione del PRP 2015-2018 un importante contributo alla lotta al tabagismo è venuto dal progetto "Promozione della Salute nei luoghi di Lavoro", con il quale i Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPSAL) dei Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL, hanno coinvolto i medici competenti e le aziende del territorio accompagnandoli alla realizzazione di azioni di promozione di sani stili di vita.

I medici competenti sono stati formati alla conduzione di interventi motivazionali per il supporto al cambiamento tramite corsi dedicati presso "Luoghi di Prevenzione" (Centro di formazione a valenza regionale).

E' stata creata una rete di aziende che promuovono salute che ha raggiunto oltre 40 mila lavoratori della regione distribuiti in oltre 200 aziende di tutte le dimensioni. Il 48% delle attività produttive ha realizzato almeno un'azione per il contrasto all'abitudine al fumo di tabacco (campagna informativa interna con comunicazioni scritte a tutti i lavoratori, proiezioni di filmati e distribuzione di materiali informativi).

I medici competenti delle aziende aderenti hanno sottoposto a interventi individuali circa 1900 lavoratori rilevando una percentuale di fumatori pari al 23%. Di questi il 50% è risultato essere nello stadio motivazionale della "contemplazione", il 4% in "determinazione, il 9% in "azione", ossia in stadi comportamentali che conducono al cambiamento dello stile di vita.

Va, infine, ricordato che tutte le Aziende Sanitarie della regione sono state coinvolte nel progetto di Promozione della Salute e con esse le Aziende Universitarie. Al tema della lotta al tabagismo è stato dato particolare risalto con il progetto “Ospedali senza Fumo”. Tutte le aziende hanno risposto con l’attuazione di: regolamento aziendale di contrasto al fumo, realizzazione di bacheca con materiali in tema di fumo e salute, alcune hanno attivato campagne informative. Ad una quota di lavoratori (i lavoratori della sanità costituiscono il 45% di tutti i lavoratori sottoposti a intervento individuale) è stato offerto il counseling motivazionale e in alcune aziende sono stati attivati corsi presso i Centri Anti Fumo regionali (allegato 4).

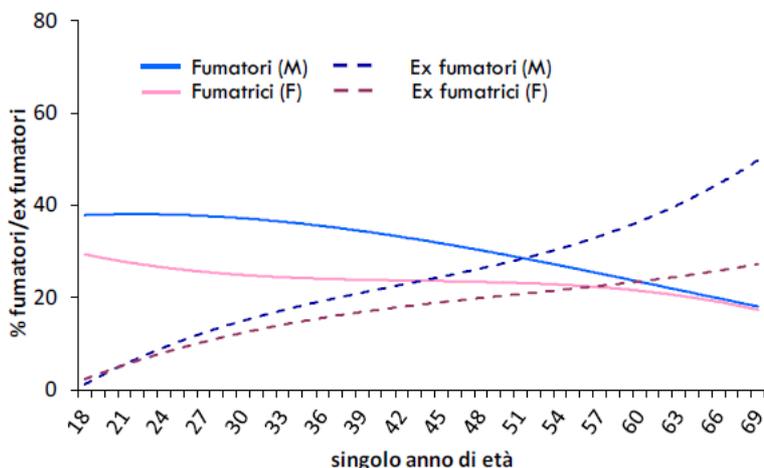
d) Supporto alla disassuefazione dal tabagismo

I dati PASSI mettono in evidenza che il 43% dei fumatori ha dichiarato di aver provato a smettere di fumare negli ultimi 12 mesi del 2020, pari a una stima regionale di circa 289 mila persone; tra questi la maggior parte (79%) ha ripreso a fumare, il 13% non fuma più da meno di sei mesi (cioè è un “fumatore in astensione”) e l’8% è riuscito nel tentativo in quanto ha smesso da più di 6 mesi.

Quasi tutti gli ex fumatori hanno riferito di essere riusciti a smettere di fumare da soli (87%); è bassa la percentuale di chi ha fatto ricorso a farmaci e cerotti (2%) o alla sigaretta elettronica (6%) oppure si è rivolto a corsi organizzati dalle Aziende Sanitarie (0,4%).

La percentuale di ex fumatori aumenta in modo quasi lineare all’avanzare dell’età negli uomini mentre nelle donne risulta pressoché stabile tra i 35 e i 50 anni.

*Fumatori ed ex fumatori per singolo anno di età e sesso (%)
PASSI 2017-2020*



In ogni Azienda Sanitaria sono attivi dei Centri AntiFumo (CAF) per sostenere i fumatori in difficoltà nel loro percorso di disassuefazione. Tali Centri offrono trattamenti gratuiti individuali o di gruppo e adottano metodologie riconosciute efficaci dalla letteratura. Nel 2019 si sono rivolti ai CAF 1600 fumatori, il cui accesso avviene su invio dei MMG e dei Servizi Ospedalieri ma soprattutto autonomamente. Anche negli anni 2020 e 2021 sono stati accolti dai CAF 600 fumatori, con corsi realizzati anche realizzati a distanza pur di dare risposta alle richieste pervenute.

Negli anni passati sono state attivate collaborazioni con alcune specialità ospedaliere (cardiologia, pneumologia, diabetologia, etc) per facilitare l'accesso ai CAF e la sospensione dell'abitudine tabagica nei loro pazienti fumatori, promuovendo anche l'attività fisica come supporto all'astinenza. Sono stati sperimentati CAF anche all'interno di luoghi di lavoro in collaborazione con le proprietà delle aziende ed i rappresentanti dei lavoratori. Per adeguare gli interventi dei CAF alle nuove richieste e collaborazioni, annualmente, il gruppo regionale realizza attività rivolte ai propri operatori attraverso corsi di formazione che, negli anni 2020 e 2021, hanno visto la presenza di n. 90 operatori, con la finalità anche di aggiornamento e condivisione di linee guida.

A seguito poi dell'inserimento della vareniclina nel Prontuario Terapeutico Regionale da parte della Commissione Regionale del Farmaco (CRF) a febbraio 2020 per il suo uso a sostegno della cessazione dell'abitudine al fumo in pazienti adulti affetti da BPCO o in prevenzione secondaria di patologie cardiovascolari, di concerto con le Aziende Sanitarie, sono stati individuati i CAF prescrittori elencati nella nota in allegato 5.

La nota riporta anche le modalità prescrittive:

- a. l'utilizzo di vareniclina deve avvenire secondo i criteri di eleggibilità definiti dal Piano terapeutico cartaceo AIFA e all'interno di un programma di disassuefazione dal fumo definito dal CAF stesso per ciascun paziente;
- b. la prescrizione può avvenire unicamente all'interno dei CAF in cui è garantita la presenza di un medico;
- c. l'erogazione può avvenire esclusivamente attraverso la distribuzione diretta.

Attualmente purtroppo il farmaco non è disponibile poiché è stato ritirato dal commercio per un aumento di soglia di un'impurità denominata n-nitrovareniclina a cui si aggiunge lo stato di carenza dichiarato da AIFA fino al giugno 2023.

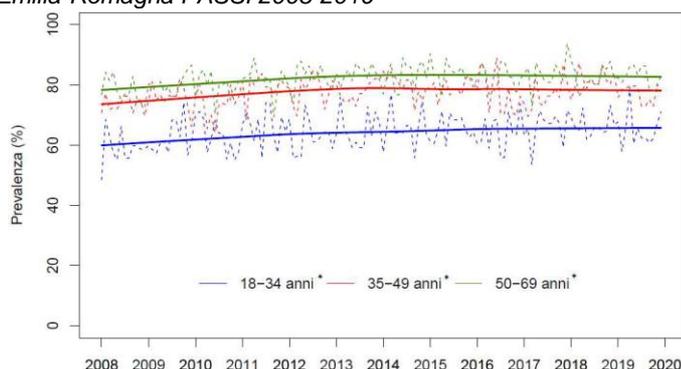
e) Rispetto del divieto di fumare

Dal sistema di sorveglianza PASSI in Emilia-Romagna nel periodo 2018-2019 si rileva che la percezione del rispetto del divieto di fumo è in aumento sia nei locali pubblici che nei luoghi di lavoro ed è significativamente superiore al valore nazionale (vedi allegato 2).

La maggior parte (77%) degli intervistati di 18-69 anni ritiene che il divieto di fumare sia sempre rispettato nei luoghi pubblici e il 84% ne luoghi di lavoro. Questa percezione cresce con l'età.

Nel periodo 2008-2019 la percezione del rispetto del divieto a livello regionale mostra un aumento statisticamente significativa, evidente anche in entrambi i sessi e in ogni classe d'età considerata.

*Rispetto assoluto del divieto di fumare nei locali pubblici (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008-2019*



Il 30 maggio 2016 è stata approvata la L.R. 9/2016 che apporta delle modifiche alla L.R. 7/2007, introducendo ulteriori divieti come previsto dal D.lgs 6/2016 (recepimento della Direttiva 2014/40/UE) nelle strutture sanitarie e dal D.L. 104/2013 convertito con la L.128/2013 nelle strutture scolastiche.

Inoltre, al fine di tutelare maggiormente la salute dei minori, nella nuova normativa regionale viene prevista la promozione di azioni di sensibilizzazione degli adulti per limitare l'esposizione dei bambini e dei giovani al fumo passivo.

f) Interventi di prevenzione rivolti alla popolazione

I CAF hanno contribuito alla campagna regionale per la prevenzione del rischio cardiovascolare dal titolo "Tieni in forma il tuo cuore" che si è svolta nelle piazze principali dei capoluoghi di provincia dal 4 settembre al 10 ottobre 2021, presenziando per fornire informazioni sulle modalità ed i servizi per smettere di fumare e fornendo materiali sul tema con lo slogan regionale "Tutta vita, niente fumo". (allegato 6 e 6bis)



Conclusioni

L'attenzione che la nostra Regione da molti anni dedica alla prevenzione delle patologie tabacco-correlate ha permesso di ottenere in primis due importanti risultati:

1. il rispetto dei divieti di fumo nei luoghi aperti al pubblico e in quelli di lavoro a livelli molto elevati;
2. la diminuzione delle persone esposte al fumo passivo, in particolare dei bambini nelle loro abitazioni, nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro per l'elevato rispetto dei divieti esistenti.

La realizzazione di interventi di dimostrata efficacia nelle scuole ha dato risultati positivi, valutati anche con l'utilizzo di studi epidemiologici.

In ogni AUSL i pazienti con dipendenza da nicotina possono trovare un aiuto efficace nei centri antifumo.

L'utilizzo dell'approccio motivazionale da parte degli operatori del mondo della sanità (MMG, Medici competenti, agenti accertatori...) sta raccogliendo risultati positivi sia nei luoghi di lavoro che negli ospedali ed altri luoghi di cura.

Dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2015-2018) e anche con il prossimo 2021 – 2025 gli interventi sul tabagismo vengono svolti in modo integrato nei vari progetti per la promozione di stili di vita sani previsti in tutti i setting.

Indice degli allegati:

- Allegato 1: Abitudine al fumo di sigaretta in Emilia-Romagna: dati del sistema di sorveglianza PASSI (anni 2017-2020)
- Allegato 2: Abitudine al fumo di sigaretta in Emilia-Romagna: dati del sistema di sorveglianza PASSI (anni 2016-2019)
- Allegato 3: HBSC Emilia-Romagna – Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11 e 15 anni (2018)
- Allegato 4: La promozione della salute nei luoghi di lavoro - Fattori di rischio trattati e interventi effettuati dai medici competenti nelle aziende aderenti al progetto nella regione Emilia-Romagna. Anno 2019
- Allegato 5 NotaProt. 12/08/2021.0729884.U Individuazione dei Centri prescrittori ed indicazioni per la prescrizione del farmaco Vareniclina per la cessazione dell'abitudine al fumo negli adulti
- Allegato 6: Nota Prot. 20/07/2021.0668734.U Campagna regionale per la prevenzione del rischio cardiovascolare “Tieni in forma il tuo cuore” – 4 settembre – 10 ottobre 2020
- Allegato 6 bis: Opuscolo informativo campagna regionale per la prevenzione del rischio cardiovascolare “Tieni in forma il tuo cuore”



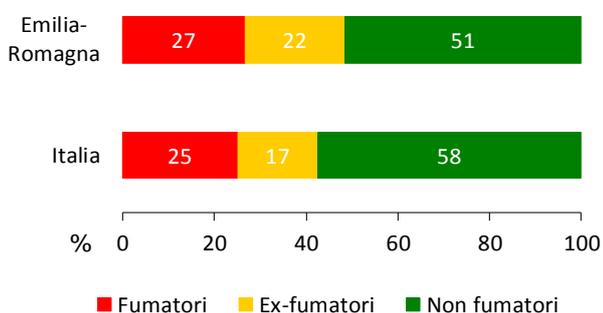
L'abitudine al fumo di sigaretta in Emilia-Romagna: dati del sistema di sorveglianza PASSI (Anni 2017-2020)

In Emilia-Romagna fuma sigarette meno di un terzo (27%) degli adulti 18-69enni, pari a una stima di oltre 788 mila persone; il valore regionale è in linea con quello nazionale (25%).

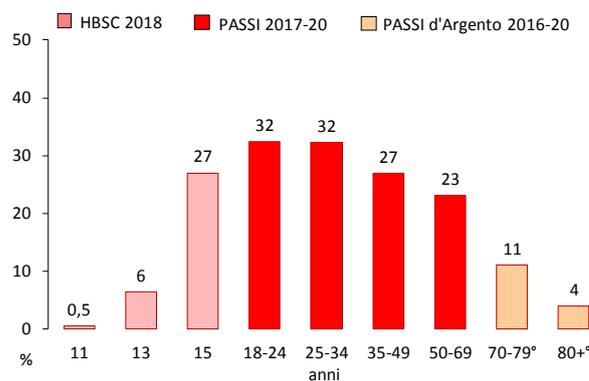
L'abitudine al fumo inizia precocemente: dall'indagine sugli adolescenti HBSC 2018 emerge che fuma sigarette lo 0,5% degli 11enni, il 6% dei 13enni e il 27% dei 15enni; le percentuali salgono al 32% tra i 18-34enni.

Dopo i 50 anni la prevalenza di fumatori diminuisce progressivamente: 23% tra i 50-69enni, 11% tra i 70-79enni e 4% dopo gli 80 anni.

Abitudine al fumo di sigaretta nelle persone di 18-69 anni (%)
PASSI 2017-2020



Fumatori per età (%)

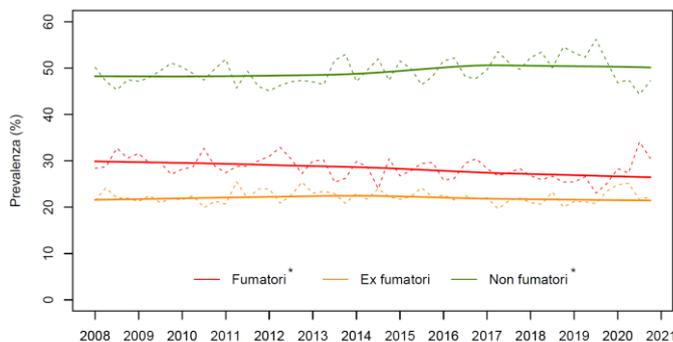


L'evoluzione dell'abitudine tabagica

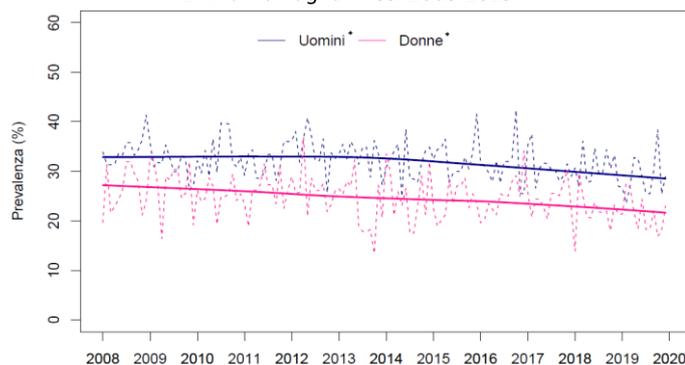
L'analisi delle serie storiche per il periodo 2008-2020 è stata condotta utilizzando dati trimestrali per problemi di numerosità campionaria dell'ultimo anno. Nel periodo considerato la prevalenza di fumatori appare complessivamente in diminuzione (andamento statisticamente significativo), sebbene i dati del 2020 sembrano essere in controtendenza. Questo fenomeno sarà da verificare con le interviste realizzate nel 2021.

L'analisi temporale per sottogruppi di popolazione è possibile solo fino al 2019; il calo è evidente sia tra le donne sia tra gli uomini (statisticamente significativi) e nelle classi d'età 35-49 e 50-69 anni (statisticamente significativi).

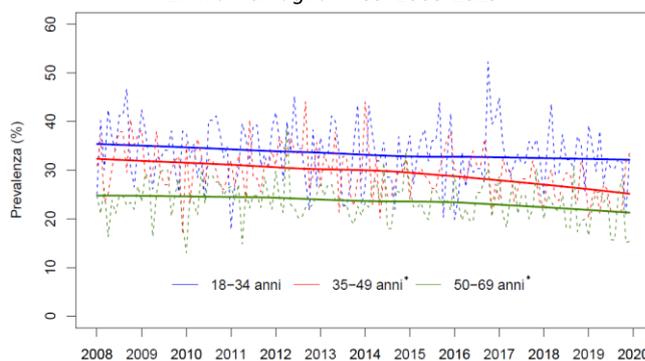
Abitudine al fumo di sigarette (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008-2020



Fumatori per genere (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008-2019



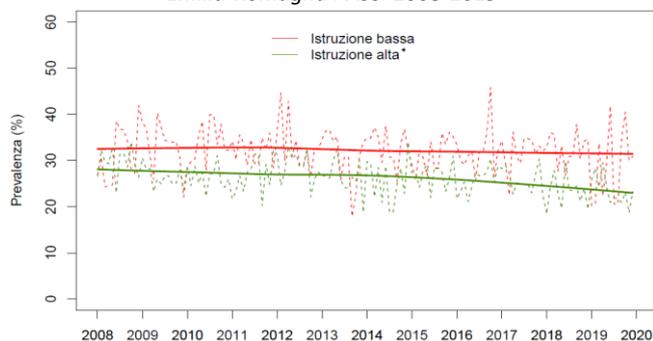
Fumatori per classi d'età (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008-2019



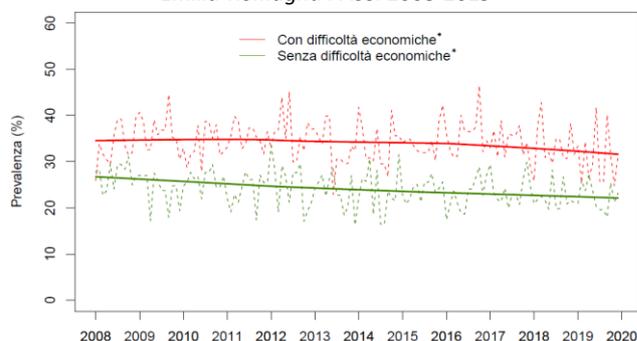
* p-value < 0,05

Nel periodo 2008-2019 in Emilia-Romagna si registra una riduzione anche tra le persone con alta istruzione (statisticamente significativo) e sia tra chi ha riferito difficoltà economiche sia tra chi non le ha riportate (statisticamente significativi).

Fumatori per titolo di studio (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008-2019



Fumatori per condizioni economiche (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008-2019

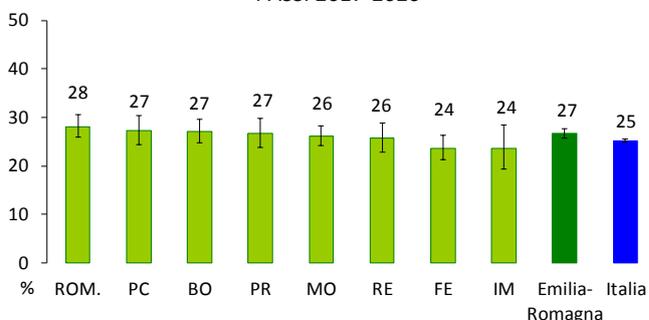


* p-value<0,05

La distribuzione dei fumatori

Tra le Ausl emiliano-romagnole la prevalenza di fumatori varia dal 28% della Romagna al 24% di Imola e Ferrara; non sono presenti differenze significative tra le macroaree regionali (28% in Romagna e 26% sia in Emilia Centro che in Emilia Nord) e tra le zone geografiche omogenee (29% nei comuni di montagna, 27% nei comuni capoluogo e 26% in quelli di collina/pianura).

Fumatori per Ausl (%)
PASSI 2017-2020



Le caratteristiche dei fumatori

La prevalenza di **fumatori di sigaretta** è più alta tra:

- le persone con 18-34 anni (32%)
- gli uomini (30%)
- le persone con bassa scolarità (32%)
- le persone con molte difficoltà economiche (43%)

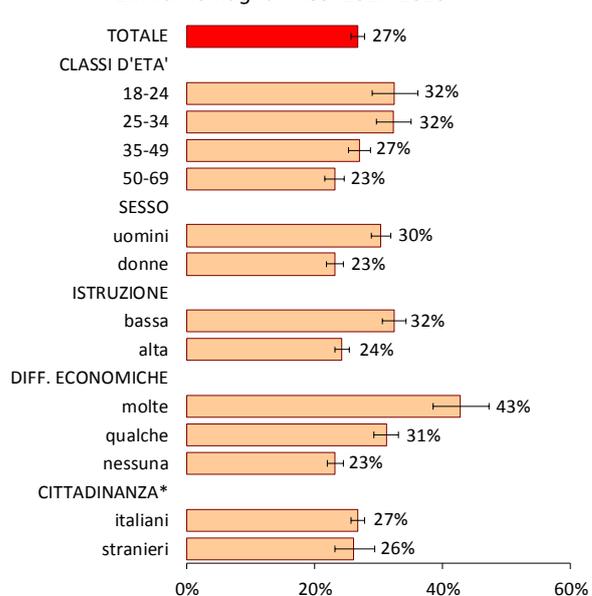
Il modello di regressione di *Poisson* condotta conferma tutte le associazioni sopra riportate.

Circa un quarto (19%) dei fumatori 18-69enni è un **forte fumatore** (20 sigarette o più al giorno); solo il 4% è un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno).

Il 4% delle persone 18-69enni ha riferito di fare uso della sigaretta elettronica, in particolare la usano l'11% dei fumatori e l'1,8% dei non fumatori.

Il 19% dei fumatori fuma **sigarette "rollate"** (cioè fatte a mano): il 3% qualcuna, il 2% più della metà e il 14% tutte o quasi tutte. L'uso di sigarette "rollate" è maggiore tra gli uomini (22%) rispetto alle donne (14%) e tra i più giovani (32% tra i 18-24enni e 24% tra i 25-34enni) rispetto ai 50-69enni (11%).

Fumatori (%)
Emilia-Romagna PASSI 2017-2020

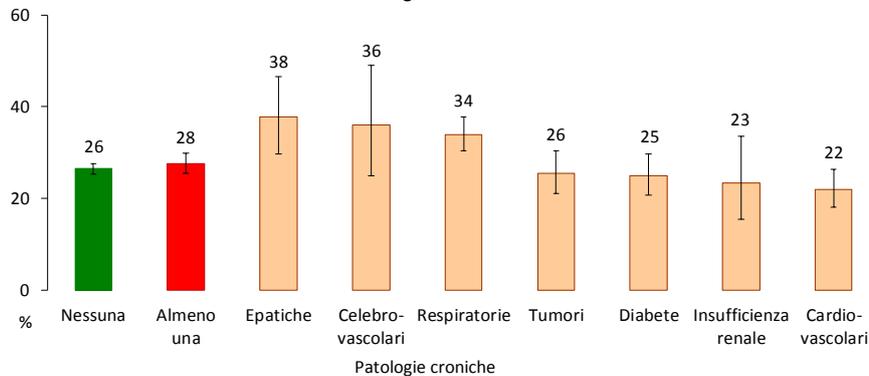


* Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA);
Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPm)

In Emilia-Romagna la prevalenza di fumatori tra le persone con 18-69 anni affette da almeno una patologia cronica risulta essere del 28%, pari ad una stima di 162 mila persone; tale prevalenza scende all'8% se si considerano gli emiliano-romagnoli con 70anni e oltre.

La prevalenza di fumatori tra chi è affetto da almeno una patologia (28%) è di poco superiore rispetto a quella di chi riferisce di non averne alcuna (26%); tale differenza non è significativa sul piano statistico. In particolare fuma il 38% delle persone con patologia epatica, il 34% di quelle con malattia respiratoria cronica e il 26% di quelle affette da tumore.

Fumatori affetti da almeno una patologia cronica (%)
Emilia-Romagna PASSI 2017-2020



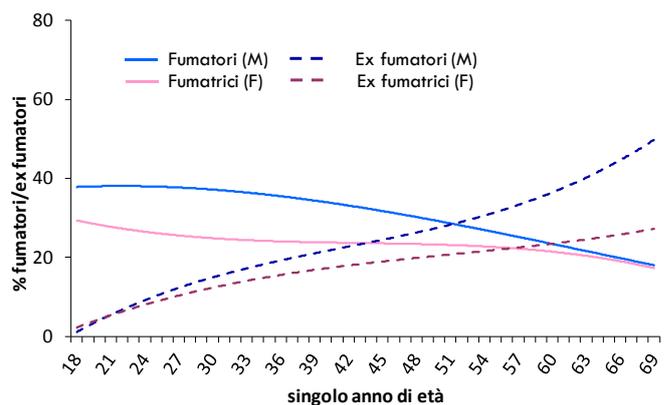
Smettere di fumare

In Emilia-Romagna il 43% dei fumatori ha dichiarato di aver provato a smettere di fumare negli ultimi 12 mesi, pari a una stima regionale di circa 289 mila persone; tra questi la maggior parte (79%) ha ripreso a fumare, il 13% non fuma più da meno di sei mesi (cioè è un "fumatore in astensione") e l'8% è riuscito nel tentativo in quanto ha smesso da più di 6 mesi.

Quasi tutti gli ex fumatori hanno riferito di essere riusciti a smettere di fumare da soli (87%); è bassa la percentuale di chi ha fatto ricorso a farmaci e cerotti (2%) o alla sigaretta elettronica (6%) oppure si è rivolto a corsi organizzati dalle aziende sanitarie (0,4%).

La percentuale di ex fumatori aumenta in modo quasi lineare all'avanzare dell'età negli uomini mentre nelle donne risulta pressoché stabile tra i 35 e i 50 anni.

Fumatori ed ex fumatori per singolo anno di età e sesso (%)
PASSI 2017-2020



Attenzione dei sanitari

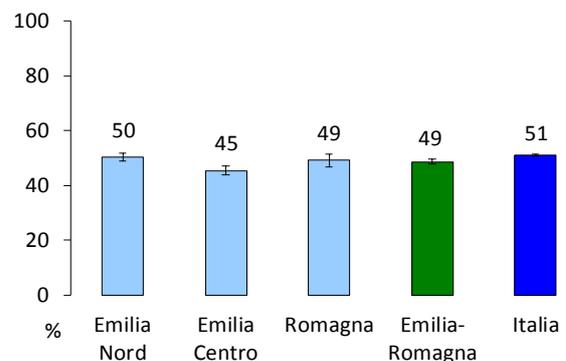
Adulti 18-69enni

Il 44% delle persone 18-69enni intervistate ha dichiarato che negli ultimi 12 mesi un medico o operatore sanitario gli ha **chiesto se fuma**.

Solo la metà (49%) dei fumatori ha riferito di aver ricevuto nell'ultimo anno il **consiglio di smettere di fumare** da parte di un medico o operatore sanitario. Questa percentuale cresce con l'età in entrambi i generi: tra gli uomini si passa dal 39% dei 18-34enni al 59% dei 50-69enni e tra le donne dal 41% al 57%.

Tra le macroaree regionali non appaiono forti differenze nel fornire consigli da parte degli operatori sanitari; tra le zone geografiche omogenee si registra una percentuale più alta di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nei comuni capoluoghi di provincia e nei comuni di collina/pianura (49%) rispetto a quelli di montagna (46%).

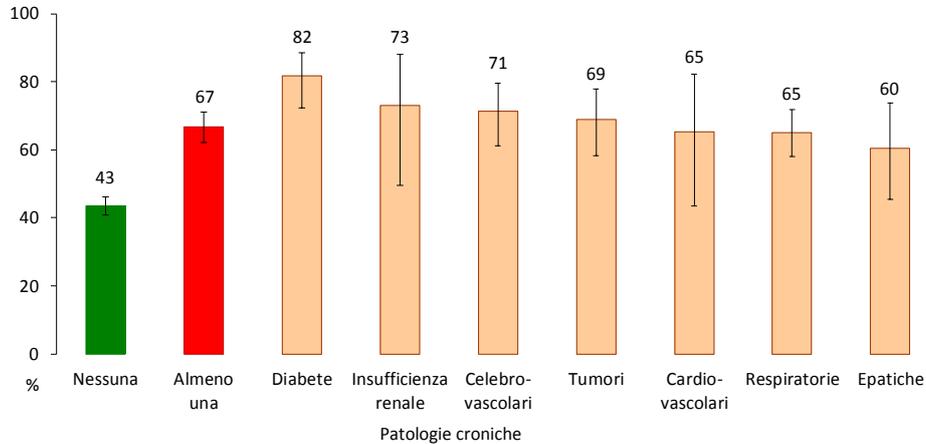
Consiglio di smettere di fumare da parte di un sanitario (%)
PASSI 2017-2020



Tra i fumatori adulti emiliano-romagnoli con almeno una patologia cronica la prevalenza di chi ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare sale al 67%, percentuale significativamente più alta rispetto a chi non ha riferito alcuna malattia cronica (43%).

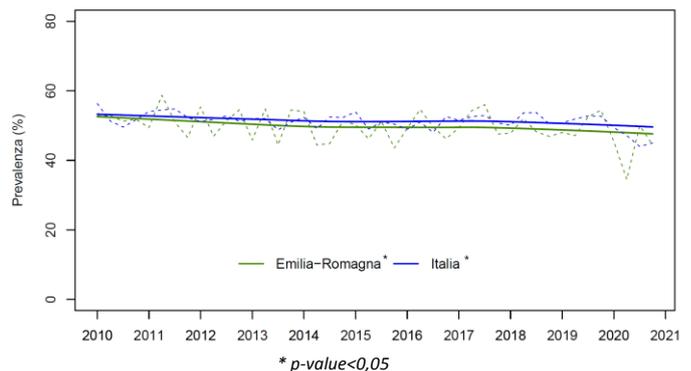
In particolare in Emilia-Romagna tra i fumatori ha ricevuto il consiglio l'82% di chi è affetto da diabete, il 74% di chi soffre di malattie cardio vascolari e il 73% di chi presenta insufficienza renale.

Consiglio di smettere di fumare da parte di un sanitario a chi è affetto almeno da una patologia cronica (%) Emilia-Romagna PASSI 2017-2020



La serie storica condotta utilizzando dati trimestrali mostra come la percentuale di fumatori che ha avuto il consiglio sanitario di smettere appare in lieve diminuzione nel periodo 2010-2020 sia a livello regionale che nazionale (andamenti statisticamente significativi). In particolare il dato del 2020 sembra mostrare un calo dell'attenzione da parte degli operatori nella prima metà dell'anno.

Consiglio di smettere di fumare da parte di un sanitario (%) Emilia-Romagna PASSI 2010-2020

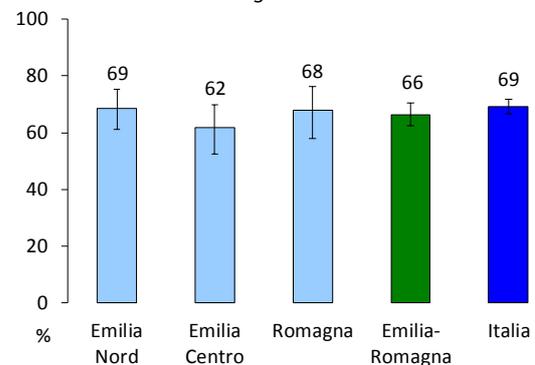


Persone ultra 69enni

Ponendo l'attenzione sugli adulti ultra 69enni dell'Emilia-Romagna il 66% dei fumatori ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un sanitario, pari ad una stima di 6 mila persone; quota che sale al 71% se si considerano i fumatori affetti da almeno una patologia cronica.

La quota di chi ha ricevuto il consiglio a livello nazionale è maggiore (69%), anche se la differenza non è significativa sul piano statistico.

Consiglio di smettere di fumare da parte di un sanitario alle persone ultra 69enni (%) PASSI d'Argento 2016-2020



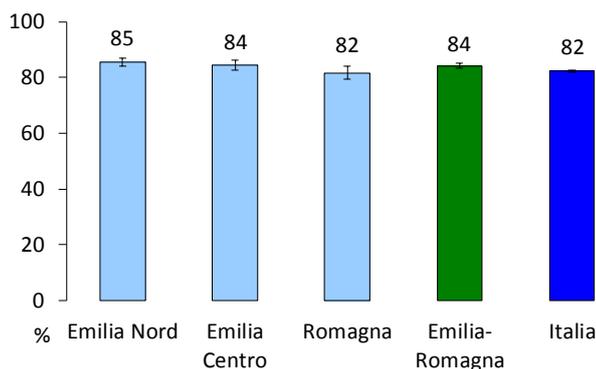
Il rispetto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro

In Emilia-Romagna la maggior parte (84%) degli intervistati di 18-69 anni ritiene che il divieto di fumare nei luoghi di lavoro sia sempre rispettato. Questa percezione cresce con l'età (dal 79% nei 18-24enni all'86% nei 50-69enni) ed è maggiore nelle donne (87% rispetto al 82% degli uomini); non vi sono differenze tra fumatori (83%) e non fumatori (85%).

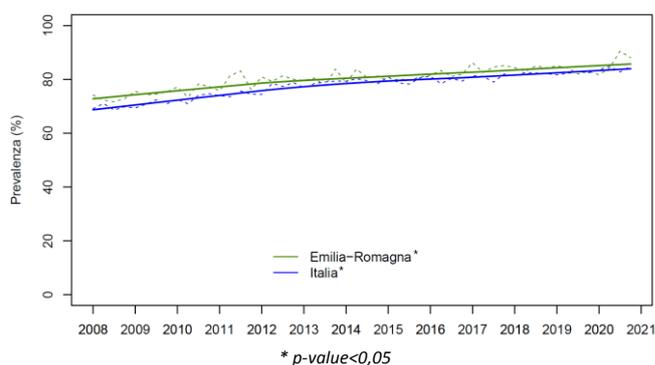
Il valore regionale è significativamente superiore a quello nazionale (82%). All'interno della regione appaiono lievi differenze tra le macroaree e le zone omogenee (80% nei comuni di montagna, 84% nei comuni di pianura/collina e 85% nei capoluoghi di provincia).

Nel periodo 2008-2020 l'analisi del trend condotta su dati trimestrali mostra come la percezione del rispetto del divieto a livello regionale, così come a livello nazionale, mostra un aumento statisticamente significativo.

Rispetto assoluto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro (%) PASSI 2017-2020



Rispetto assoluto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro (%) Emilia-Romagna PASSI 2008-2020



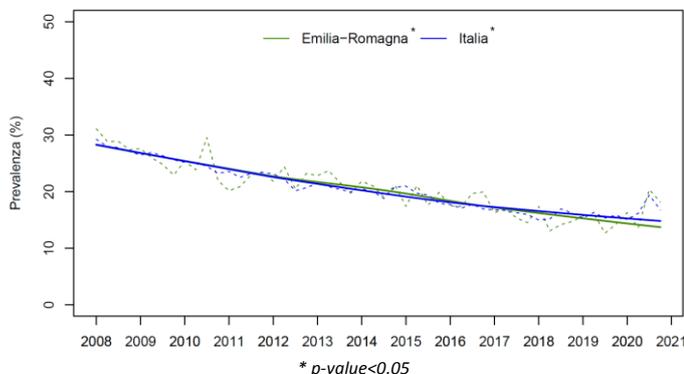
Possibilità di fumare in casa

In Emilia-Romagna il 15% degli intervistati ha dichiarato che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 12% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 3% ovunque); il valore è sovrapponibile a quello nazionale (16%). Tra le macroaree regionali non emergono differenze significative (16% Emilia Centro, 15% in Emilia Nord e 14% in Romagna), mentre la prevalenza è leggermente più alta nei comuni di montagna (19%) rispetto ai comuni capoluogo (16%) e quelli di collina/pianura (14%).

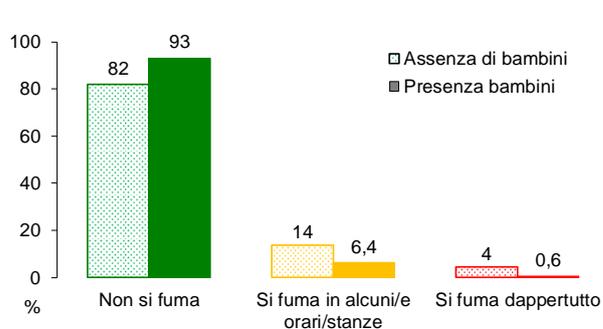
Nel periodo 2008-2020 l'analisi temporale condotta su dati trimestrali mostra una diminuzione significativa anche sul piano statistico della percentuale di persone che dichiara che in casa loro si può fumare (ovunque o in certe stanze/situazioni), trend che sembra essere in controtendenza nel 2020.

Fumare in casa è un comportamento da evitare soprattutto nelle abitazioni in cui vivono bambini: in regione nel 7% delle abitazioni in cui vive un minore sotto i 14 anni si fuma, rispetto al 18% delle abitazioni in cui non vive un minore.

Fumo in casa (%) Emilia-Romagna PASSI 2008-2020



Fumo in casa in presenza o assenza di minori di 14 anni (%) Emilia-Romagna PASSI 2017-2020



Per maggiori informazioni consultare: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/sorveglianza/passi-er> oppure www.ausl.mo.it/dsp/passier

A cura del Gruppo Tecnico PASSI Emilia-Romagna: Giuliano Carrozzi, Letizia Sampaolo, Angela Grieco, Fabio Faccini, Elena Zambiasi, Rita Prazzoli, Rosanna Giordano, Marta Ottone, Isabella Bisceglia, Vincenza Perlangeli, Sara De Lisio, Muriel Assunta Musti, Simona Saraceni, Bianca Venturi, Sara Ferioli, Giulia Silvestrini, Viviana Santoro, Cristina Ranieri, Nicoletta Bertozzi, Sabrina Guidi, Patrizia Vitali, Laura Sardonini, Michela Morri, Cania Adrian, Paola Angelini



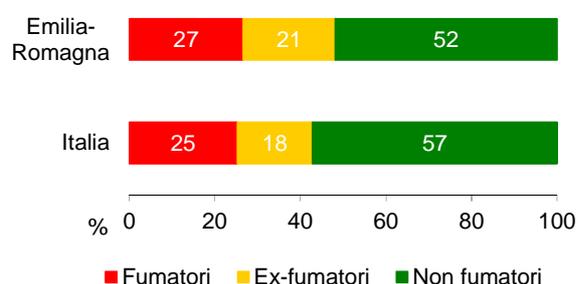


L'abitudine al fumo di sigaretta in Emilia-Romagna: dati del sistema di sorveglianza PASSI (Anni 2016-2019)

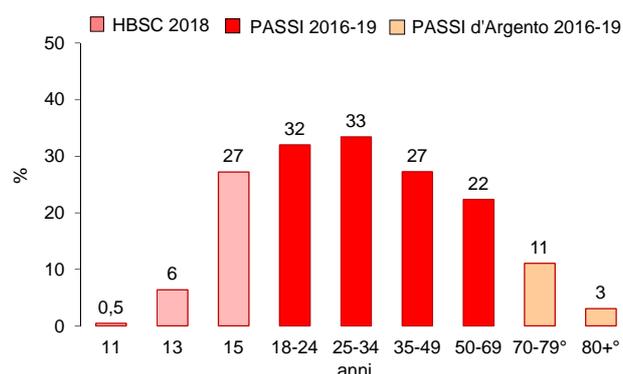
In Emilia-Romagna fuma sigarette meno di un terzo (27%) degli adulti 18-69enni, pari a una stima di circa 787 mila persone; il valore regionale è in linea con quello nazionale (25%).

L'abitudine al fumo inizia precocemente: dall'indagine sugli adolescenti HBSC 2018 emerge che fuma sigarette lo 0,5% degli 11enni, il 6% dei 13enni e il 27% dei 15enni, percentuali che salgono al 32% tra i 18-24enni e al 33% tra i 25-34enni. Dopo i 50 anni la prevalenza di fumatori diminuisce progressivamente: 22% tra i 50-69enni, 11% tra i 70-79enni e 3% dopo gli 80 anni.

Abitudine al fumo di sigaretta nelle persone di 18-69 anni (%) - PASSI 2016-2019



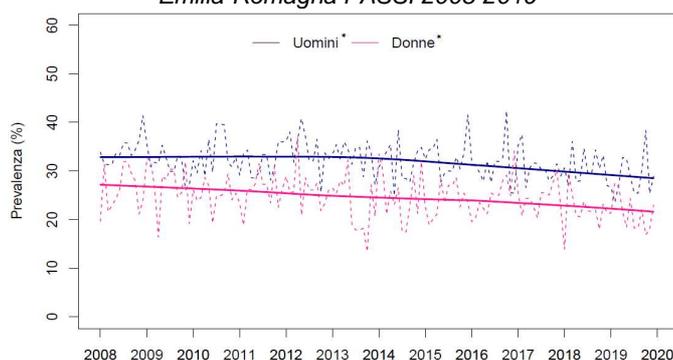
Fumatori per età (%)



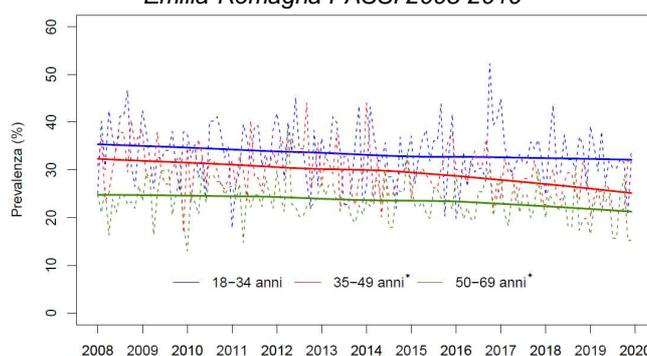
L'evoluzione dell'abitudine tabagica

Nel periodo 2008-2019 la prevalenza di fumatori appare complessivamente in diminuzione (andamento statisticamente significativo); il calo è evidente sia tra le donne sia tra gli uomini (statisticamente significativi), nella classi d'età 35-49 e 50-69 anni (statisticamente significativi), tra le persone con alta istruzione (statisticamente significativo) e sia tra chi ha riferito difficoltà economiche sia tra chi non le ha riportate (statisticamente significativi).

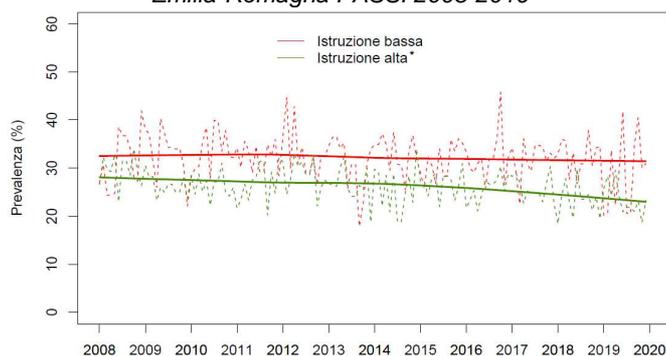
Fumatori per genere (%) Emilia-Romagna PASSI 2008-2019



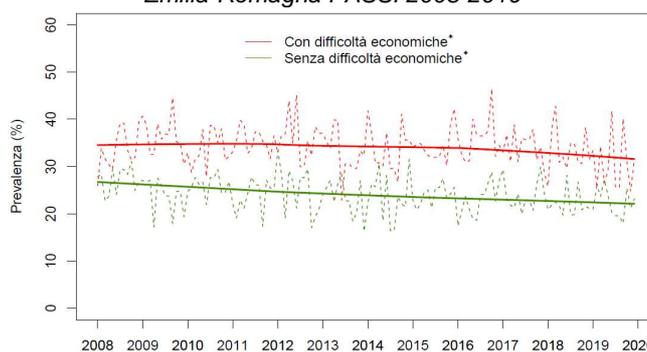
Fumatori per classi d'età (%) Emilia-Romagna PASSI 2008-2019



Fumatori per titolo di studio (%) Emilia-Romagna PASSI 2008-2019



Fumatori per condizioni economiche (%) Emilia-Romagna PASSI 2008-2019

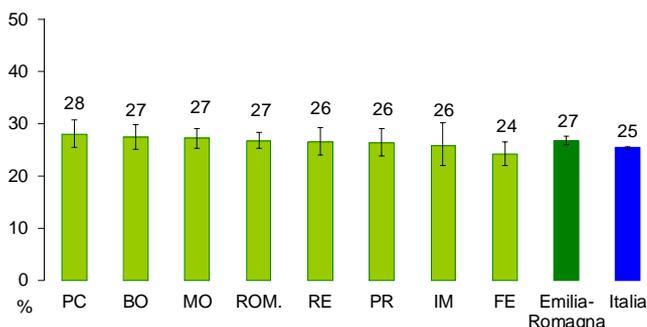


* p-value < 0,05

La distribuzione dei fumatori

Tra le Ausl emiliano-romagnole la prevalenza di fumatori varia dal 28% di Piacenza al 24% di Ferrara; non sono presenti differenze significative tra le macroaree regionali (26% in Emilia Centro e 27% sia in Emilia Nord sia in Romagna) e tra le zone geografiche omogenee (31% nei comuni di montagna, 28% nei comuni capoluogo e 27% in quelli di collina/pianura).

Fumatori per Ausl (%)
PASSI 2016-2019



Le caratteristiche dei fumatori

La prevalenza di **fumatori di sigaretta** è più alta tra:

- i 25-34enni (33%)
- gli uomini (30%)
- le persone con bassa scolarità (31%)
- le persone con difficoltà economiche (fino al 42% in presenza di molte difficoltà)

Il modello di regressione di *Poisson* condotta conferma tutte le associazioni sopra riportate.

Tra le persone con **patologie croniche** la prevalenza di fumatori risulta essere del 28%; in particolare fuma un terzo (33%) delle persone con patologia respiratoria cronica o di quelle che hanno avuto un ictus o un'ischemia cerebrale (37%) e un quarto circa di quelle con una patologia cardiocircolatoria (24%) o con diabete (28%).

Circa un quarto (20%) dei fumatori 18-69enni è un **forte fumatore** (20 sigarette o più al giorno); solo il 4% è un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno).

Il 4% delle persone 18-69enni ha riferito di fare uso della sigaretta elettronica, in particolare la usano il 10% dei fumatori e 0,3% dei non fumatori.

Il 18% dei fumatori fuma **sigarette "rollate"** (cioè fatte a mano): il 3% qualcuna, l'1% più della metà e il 13% tutte o quasi tutte. L'uso di sigarette "rollate" è maggiore tra gli uomini (21%) rispetto alle donne (13%) e tra i più giovani (33% tra i 18-24enni e 25% tra i 25-34enni) rispetto ai 50-69enni (9%).

Smettere di fumare

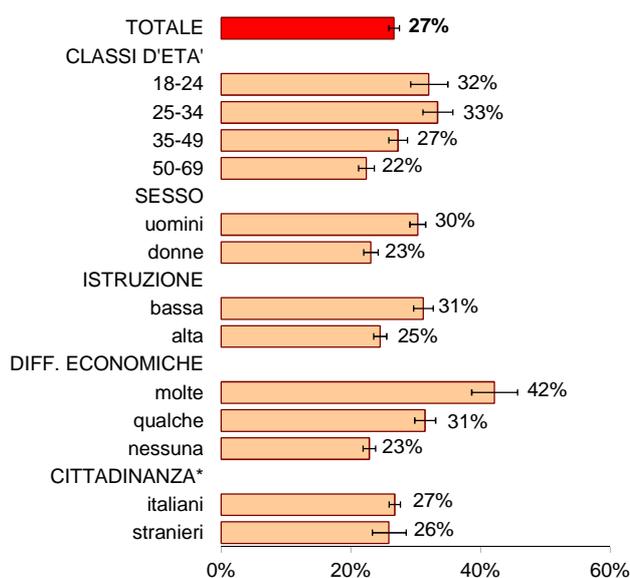
In Emilia-Romagna il 35% dei fumatori ha dichiarato di aver provato a smettere di fumare negli ultimi 12 mesi, pari a una stima regionale di circa 278 mila persone; tra questi la maggior parte (78%) ha ripreso a fumare, il 13% non fuma più da meno di sei mesi (cioè è un "fumatore in astensione") e il 9% è riuscito nel tentativo in quanto ha smesso da più di 8 mesi.

Quasi tutti gli ex fumatori (91%) hanno riferito di essere riusciti a smettere di fumare da soli (84%); è bassa la percentuale di chi ha fatto ricorso a farmaci e cerotti (1%) o alla sigaretta elettronica (6%) oppure si è rivolto a corsi organizzati dalle aziende sanitarie (1%).

La percentuale di ex fumatori aumenta in modo quasi lineare all'avanzare dell'età negli uomini mentre nelle donne risulta pressoché stabile tra i 35 e i 60 anni.

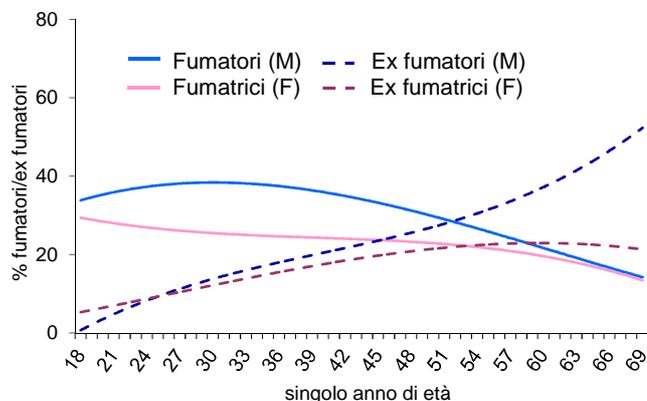
Nel 2016-2019 il 79% dei fumatori intervistati ha riferito di aver notato nell'ultimo mese le **avvertenze** presenti sui pacchetti di sigarette: il 28% molto spesso, il 26% spesso e il 24% qualche volta. La percentuale di chi le ha notate spesso o molto spesso è più alta tra le donne (59%) rispetto agli uomini (51%) e tra i 50-69enni (60%) rispetto ai 18-34enni (51%). Tra coloro che hanno visto le avvertenze, il 35% ha riferito che queste lo hanno spinto a rinunciare a una sigaretta che stava per fumare.

Fumatori (%)
Emilia-Romagna PASSI 2016-2019



* Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA);
Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)

Fumatori ed ex fumatori per singolo anno di età e sesso (%)
PASSI 2016-2019



Attenzione dei sanitari

Il 44% delle persone 18-69enni intervistate ha dichiarato che negli ultimi 12 mesi un medico o operatore sanitario gli ha **chiesto se fuma**.

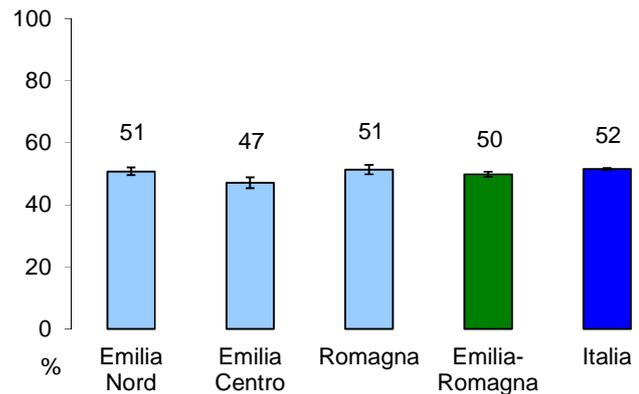
Solo la metà (50%) dei fumatori ha riferito di aver ricevuto nell'ultimo anno il **consiglio di smettere di fumare** da parte di un medico o operatore sanitario. Questa percentuale cresce con l'età in entrambi i generi: tra gli uomini si passa dal 37% dei 18-34enni al 59% dei 50-69enni e tra le donne dal 38% al 59%.

Tra le persone con patologie croniche la prevalenza di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nell'ultimo anno sale al 67%, percentuale significativamente più alta rispetto a chi non riferisce malattia cronica (45%).

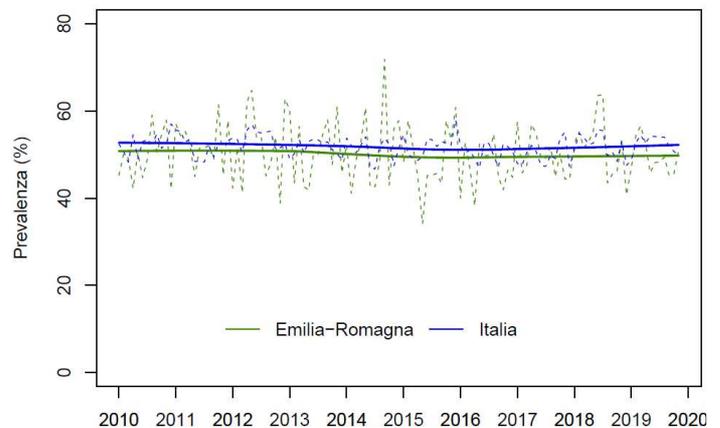
Tra le macroaree regionali non appaiono forti differenze nel fornire consigli da parte degli operatori sanitari; tra le zone geografiche omogenee si registra una percentuale più alta di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nei comuni capoluoghi di provincia (51%) e nei comuni di collina/pianura (50%) rispetto a quelli di montagna (44%).

Nel periodo 2010-2019 la percentuale di fumatori che hanno ricevuto il consiglio sanitario di smettere di fumare appare costante sia in regione sia a livello nazionale (andamenti non significativi sul piano statistico).

Consiglio di smettere di fumare da parte di un sanitario (%)
PASSI 2016-2019



Consiglio di smettere di fumare da parte di un sanitario (%)
PASSI 2010-2019



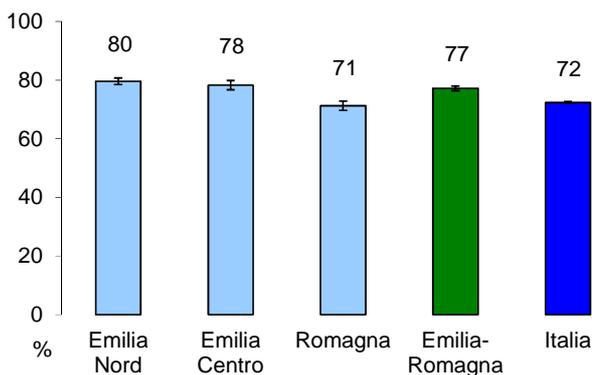
Il rispetto del divieto di fumare nei locali pubblici

In Emilia-Romagna, la maggior parte (77%) degli intervistati di 18-69 anni ritiene che il divieto di fumare nei luoghi pubblici sia sempre rispettato. Questa percezione positiva cresce con l'età (57% nei 18-24enni, 72% nei 25-34enni, 79% nei 35-49enni e 83% nei 50-69enni); non sono presenti differenze significative tra uomini e donne, mentre vi è una diversa percezione tra fumatori (81%) e non fumatori (75%).

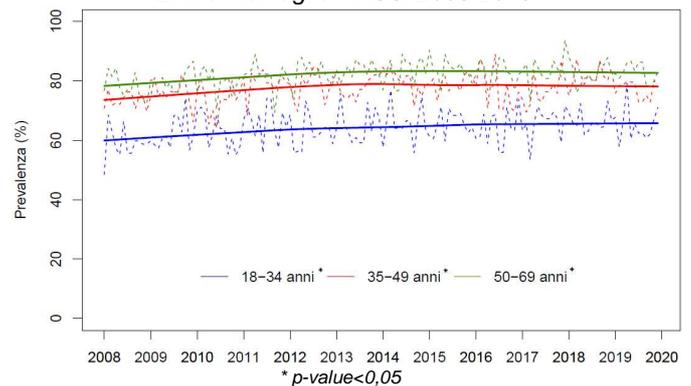
Il valore regionale è significativamente superiore a quello nazionale (72%). Si registra un modesto gradiente tra le macroaree regionali (Emilia Nord, Emilia Centro e Romagna); non si rilevano, invece, differenze tra le zone geografiche omogenee (79% nei comuni di montagna, 76% nei comuni di pianura/collina e 78% nei capoluoghi di provincia).

Nel periodo 2008-2019 in Emilia-Romagna la percezione del rispetto del divieto mostra un aumento statisticamente significativo, che si registra anche nei due generi e in tutte le fasce d'età.

Rispetto assoluto del divieto di fumare nei locali pubblici (%)
PASSI 2016-2019



Rispetto assoluto del divieto di fumare nei locali pubblici (%)
Emilia-Romagna PASSI 2008-2019



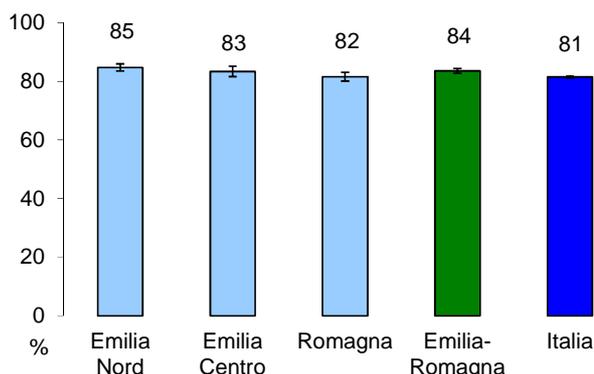
Il rispetto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro

In Emilia-Romagna la maggior parte (84%) degli intervistati di 18-69 anni ritiene che il divieto di fumare nei luoghi di lavoro sia sempre rispettato. Questa percezione cresce con l'età (dal 81% nei 18-24enni all'85% nei 50-69enni) ed è maggiore nelle donne (86% rispetto al 81% degli uomini); non vi sono differenze tra fumatori (82%) e non fumatori (84%).

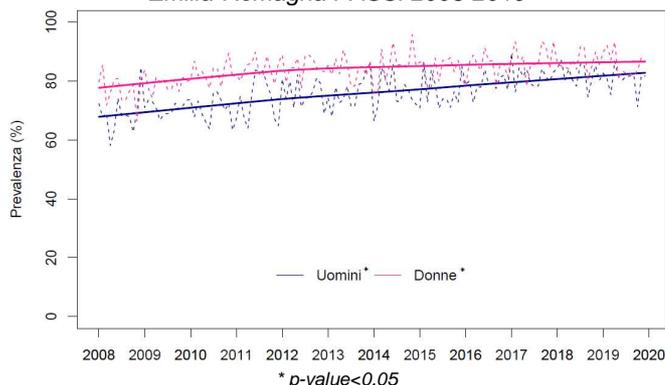
Il valore regionale è *significativamente* superiore a quello nazionale (81%). All'interno della regione appaiono lievi differenze tra le macroaree e le zone omogenee (80% nei comuni di montagna, 83% nei comuni di pianura/collina e 85% nei capoluoghi di provincia).

Nel periodo 2008-2019 la percezione del rispetto del divieto a livello regionale mostra un aumento statisticamente significativa, evidente anche in entrambi i sessi e in ogni classe d'età considerata.

Rispetto assoluto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro (%) PASSI 2016-2019



Rispetto assoluto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro (%) Emilia-Romagna PASSI 2008-2019



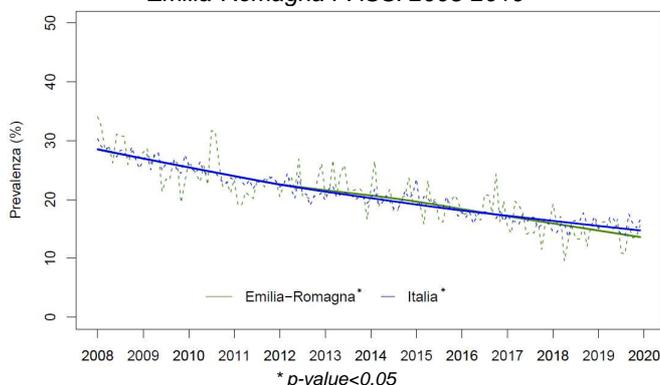
Possibilità di fumare in casa

In Emilia-Romagna il 16% degli intervistati ha dichiarato che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 12% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 4% ovunque); il valore è sovrapponibile a quello nazionale (16%). Tra le macroaree regionali non emergono differenze significative (16% Emilia Centro, 16% in Emilia Nord e 15% in Romagna), mentre la prevalenza è leggermente più alta nei comuni di montagna (20%) rispetto ai comuni capoluogo (16%) e quelli di collina/pianura (15%).

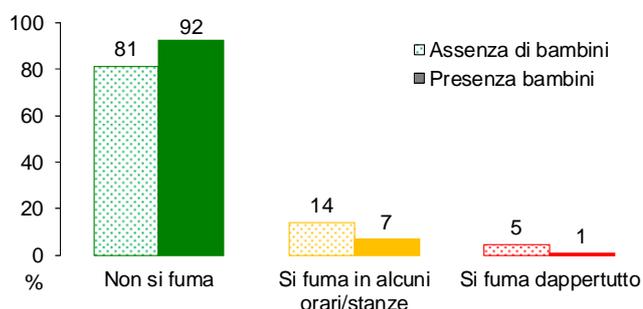
Nel periodo 2008-2019 la percentuale di persone che dichiarano che in casa loro si può fumare (ovunque o in certe stanze/situazioni) mostra una diminuzione significativa anche sul piano statistico.

Fumare in casa è un comportamento da evitare soprattutto nelle abitazioni in cui vivono bambini: in regione nell'8% delle abitazioni in cui vive un minore sotto i 14 anni si fuma, rispetto al 19% delle abitazioni in cui non vive un minore.

Fumo in casa (%) Emilia-Romagna PASSI 2008-2019



Fumo in casa in presenza o assenza di minori di 14 anni (%) Emilia-Romagna PASSI 2016-2019



Per maggiori informazioni consultare: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/sorveglianza/passi-er> oppure www.ausl.mo.it/dsp/passier

A cura del Gruppo Tecnico PASSI Emilia-Romagna: Giuliano Carrozzi, Letizia Sampaolo, Luca Cerasti, Giulia Quattrini, Petra Elisabeth Bechtold, Lara Bolognesi, Anna Rita Sacchi, Fabio Faccini, Rosanna Giordano, Alma Nieddu, Anna Maria Ferrari, Francesca Ferrari, Marta Ottone, Vincenza Perlangeli, Sara De Lisio, Muriel Assunta Musti, Roberto Rangoni, Venturi Bianca, Fausto Giacomino, Aldo De Togni, Iuliana Defta, Giuliano Silvi, Oscar Mingozzi, Nicoletta Bertozzi, Sabrina Guidi, Patrizia Vitali, Michela Morri, Paola Angelini, Rossana Mignani





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

HBSC

Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11 e 15 anni

Regione Emilia-Romagna



PREFAZIONE	7
PREMESSA	9
RINGRAZIAMENTI	10
1. LO STUDIO HBSC ITALIA 2018 E IL CAMPIONE REGIONALE	14
INTRODUZIONE	15
METODOLOGIA	15
POPOLAZIONE IN STUDIO	15
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO	15
QUESTIONARI PER LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI E PROCEDURE DI ANALISI.....	16
VALUTAZIONE DEL COMITATO ETICO DELL'ISS E PRIVACY	17
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE REGIONALE	17
2. IL CONTESTO FAMILIARE	19
LA FAMIGLIA	20
INTRODUZIONE	20
LA STRUTTURA FAMILIARE	20
LA QUALITA' DELLE RELAZIONI CON I GENITORI.....	22
LO STATUS SOCIO-ECONOMICO FAMILIARE	24
CONCLUSIONI	25
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE.....	27
3. L'AMBIENTE SCOLASTICO	28
INTRODUZIONE	29
STRUTTURA SCOLASTICA, ORGANIZZAZIONE INTERNA E PROMOZIONE DEL BENESSERE.....	29
RAPPORTO CON GLI INSEGNANTI	33
RAPPORTO CON I COMPAGNI DI CLASSE	35
BULLISMO E CYBERBULLISMO	37
LA SCUOLA.....	41
CONCLUSIONI	42
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE.....	43
4. SPORT E TEMPO LIBERO	44
INTRODUZIONE	45
L'ATTIVITA' FISICA	45
COMPORAMENTI SEDENTARI	47
FREQUENZA DELL'USO DI TELEVISIONE, COMPUTER E NUOVE FORME DI COMUNICAZIONE	48
CONCLUSIONI	51
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE.....	52

5. ABITUDINI ALIMENTARI E STATO NUTRIZIONALE.....	54
INTRODUZIONE	55
FREQUENZA E REGOLARITA' DEI PASTI.....	56
CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA.....	57
CONSUMO DI DOLCI E BEVANDE GASSATE	60
STATO NUTRIZIONALE	61
INSODDISFAZIONE CORPOREA.....	62
IGIENE ORALE.....	65
CONCLUSIONI	66
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE.....	66
6. COMPORTAMENTI DI DIPENDENZA	68
INTRODUZIONE	69
USO DI SOSTANZE	69
FUMO	70
ALCOL	72
CANNABIS.....	76
GIOCO D'AZZARDO.....	77
CONCLUSIONI	79
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE.....	81
7. SALUTE E BENESSERE	83
INTRODUZIONE	84
SALUTE PERCEPITA	85
BENESSERE PERCEPITO	86
SINTOMI RIPORTATI	88
UTILIZZO DI FARMACI.....	91
ABITUDINI SESSUALI.....	91
INFORTUNI.....	92
RAPPORTO TRA PARI.....	93
CONCLUSIONI	93
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE.....	95
8. I SOCIAL MEDIA.....	96
INTRODUZIONE	97
L'USO DEI SOCIAL MEDIA.....	97
CONCLUSIONI	99
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE.....	100

Il gruppo di ricerca HBSC Italia 2018

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

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

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

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

Ministero della Salute: Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano

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

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

Il gruppo di ricerca regionale HBSC 2018 dell'Emilia-Romagna

Regione Emilia-Romagna: Paola Angelini, Serena Broccoli, Giuliano Carrozzi, Marina Fridel

Gruppo tecnico regionale:

AUSL PIACENZA – Cristian Bulla

AUSL PARMA – Sandra Vattini

AUSL REGGIO EMILIA – Alessandra Fabbri

AUSL MODENA – Alberto Tripodi

AUSL BOLOGNA – Emilia Guberti, Luciana Prete

AUSL IMOLA – Gabriele Peroni

AUSL FERRRA – Lucio Andreotti

AUSL ROMAGNA – Gabriella Paganelli, Raffaella Mosco, Roberta Cecchetti, Ilaria Concari

Hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine: Elena Cammi, Cristina Sartori, Rita Prazzoli, Dario Signorelli (PC), Elena Felloni, Andrea Miduri, Giuseppe Patanè, Nicola Bolsi (PR), Claudia Della Giustina (RE), Simona Midili, Ylenja Persi, Jenny Pinca (MO), Paola Navacchia, Monica Brighetti, Francesca Celenza, Caludia Mazzetti, Amalia Scuderi, Sara Princivalle, Mauro Di Bitetto, Paola Furlini, Marika Sardo Cardalano, Alessandra Raggi (BO), Antonella Capucci (IMOLA), Fabia Busi, Nelly Bigliardi, Mirella Brancaleoni, Stefania Pacifico, Ambra Tonioli (FE), Daniela Giorgetti, Alessandro Giorgi, Sabrina Guidi, Manuela Marescalchi, Michela Morri, Melissa Pasini, Patrizia Pierpaoli, Francesca Zampieri (ROMAGNA)

PREFAZIONE

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

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

HBSC è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa e prevede indagini campionarie su scala nazionale ogni 4 anni.

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

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

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

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

Nel 2017, Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM), "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, in attuazione del Decreto legge n. 179 del 2012" - GU Serie Generale n.109 del 12-5-2017 ha inserito il "Sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali in età 11-17 anni" tra quelli di rilevanza nazionale e regionale e ha individuato nell'ISS l'Ente presso il quale è istituito. L'ISS ha coordinato la rilevazione del 2018 con la collaborazione dell'Università di Torino, di Siena e di Padova, storicamente coinvolte nello studio nazionale e internazionale.

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

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

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

Il gruppo di ricerca HBSC Italia 2018

PREMESSA

Il Piano nazionale della Prevenzione 2020-2025 attraverso il Programma predefinito “Scuole che promuovono salute” intende strutturare un percorso congiunto e continuativo per sostenere l’approccio globale alla salute raccomandato dall’OMS e recepito dall’Accordo Stato regioni del 17.10.2019 “Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute”. Tale visione porta ad agire sui determinanti di salute riconducibili all’ambiente formativo, sociale, fisico ed organizzativo, riconoscendo l’importanza che benessere e salute diventino reale “esperienza” di tutti i soggetti che si trovano nella scuola: studenti, docenti, famiglie, ecc).

In questo contesto lo Studio HBSC (Health Behaviour in School School-aged Children – Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) può rappresentare un utile strumento per monitorare e valutare l’impatto degli interventi messi in campo.

Per questo motivo la Regione Emilia Emilia-Romagna partecipa a questa indagine con un campione regionale, con l’obiettivo di analizzare i contesti familiari e scolastici, nonché le abitudini e gli stili di vita dei nostri adolescenti (alimentazione, attività fisica, comportamenti a rischio), per trarre elementi che consentano di orientare sempre meglio politiche e azioni coerenti a livello sanitario e scolastico.

Questa indagine integra e completa le altre sorveglianze di popolazione OKkio alla Salute, PASSI e PASSI d’argento. L’insieme di queste attività di sorveglianza periodica sono risultate strategiche per definire il profilo di salute della popolazione emiliano-romagnola e conseguentemente per la definizione dei bisogni di salute e la programmazione di attività di prevenzione e promozione della salute nella popolazione.

La realizzazione di questo studio ha consentito agli operatori sanitari ed alle scuole di realizzare un’esperienza di azione comune, rivelandosi un’importante iniziativa di aggregazione multidisciplinare ed intersettoriale, e a tutti gli operatori, i dirigenti scolastici, i docenti va un sentito ringraziamento per aver reso possibile la raccolta dati. Da ultimo è importante sottolineare come tutto ciò sia stato possibile grazie alla fattiva partecipazione dei ragazzi che hanno risposto al questionario.

Giuseppe Diegoli

Responsabile Servizio Prevenzione
collettiva e Sanità pubblica

Regione Emilia Emilia-Romagna

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutti gli studenti che hanno compilato i questionari.

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

Si ringraziano l'Ufficio Scolastico Regionale, gli Uffici degli Ambiti territoriali dell'Emilia-Romagna e tutte le Scuole secondarie di primo e secondo grado della Regione Emilia-Romagna, di seguito riportate, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2018.

Scuole secondarie di I grado

Provincia	Comune	Scuola
PC	CALENDASCO	G. GOZZANO
	GRAGNANO TREBBIENSE	G. GALILEI
	PIACENZA	FAUSTINI-FRANK-NICOLINI
		SMS G.NICOLINI
		SMS ITALO CALVINO
VERNASCA	S.FRANCA DA VITALTA	
PR	FIDENZA	FIDENZA - ZANI
		SCUOLA MEDIA MONS.VIANELLO
	PARMA	PARMIGIANINO - PARMA
	SALSOMAGGIORE TERME	SCUOLA SECONDARIA DI I GRADOPARITARIA S. AGOSTINO
	SOLIGNANO	SOLIGNANO - F. ZANETTI
	SORBOLO	SORBOLO - LEONARDO DA VINCI
RE	BIBBIANO	BIBBIANO ALIGHIERI
	CADELBOSCO DI SOPRA	CADELBOSCO DI SOPRA PASCOLI
	CASALGRANDE	CASALGRANDE SPALLANZANI
	CASTELLARANO	CASTELLARANO GIOVANNI XXIII
	GUASTALLA	S. ORSOLA
	MONTECCHIO EMILIA	MONTECCHIO ZANNONI
	QUATTRO CASTELLA	QUATTRO CASTELLA A. BALLETTI
	REGGIO NELL'EMILIA	A. EINSTEIN
		A.S. AOSTA
		S. PERTINI 1
	SCANDIANO	SECONDARIA M.M. BOIARDO
VIANO	VIANO	
MO	CASTELFRANCO EMILIA	GUIDO GUINIZELLI
	FORMIGINE	FIORI
	MODENA	P. PAOLI
		SAN CARLO
	NOVI DI MODENA	RENZO GASPARINI
	PAVULLO NEL FRIGNANO	MONTECUCCOLI
	SASSUOLO	PARCO DUCALE

BO	BOLOGNA	CARLO PEPOLI F. BESTA - 10 BOLOGNA G.DOZZA - 1 BOLOGNA GANDINO - 17 BOLOGNA PANZINI - 4 BOLOGNA
	CALDERARA DI RENO	DUE RISORGIMENTI-CALDERARA
	IMOLA	A. M. VALSALVA - 4 IMOLA INNOCENZO DA IMOLA (2 IMOLA)
	MEDICINA	SIMONI-MEDICINA
	MONTE SAN PIETRO	LUSVARDI-MONTE SAN PIETRO
	MORDANO	G. PASCOLI - MORDANO (3 IMOLA)
	PIANORO	V. NERI-PIANORO
	SAN GIOVANNI IN PERSICETO	MAMELI-S. GIOVANNI IN PERSICETO
	SAN LAZZARO DI SAVENA	GIANNI RODARI - IC N.1
	VERGATO	VEGGETTI-VERGATO
FE	FERRARA	COSME' TURA - PONTELAGOSCURO
FC	CESENA	FONDAZIONE DEL SACRO CUORE S.S. I GRADO VIA PASCOLI CESENA
	CIVITELLA DI ROMAGNA	DON L. MILANI
	LONGIANO	F. DA LONGIANO
RA	CASTEL BOLOGNESE	G. PASCOLI
	FAENZA	D.STROCCHI
	LUGO	F. BARACCA
	RAVENNA	DON G. MINZONI S.P. DAMIANO
RN	BELLARIA IGEA MARINA	A. PANZINI (IC BELLARIA) IGEA (IC IGEA)
	RIMINI	BORGESE (IC XX SETTEMBRE) FERMI (IC FERMI) S.M.S. A. BERTOLA
	SANTARCANGELO DI ROMAGNA	S.M.S. TERESA FRANCHINI

Scuole secondarie di II grado

Provincia	Comune	Scuola
PC	PIACENZA	LC M. GIOIA
		LS LORENZO RESPIGHI
		G. MARCORA
		BRUNO CASSINARI
	CASTEL SAN GIOVANNI	LICEO SCIENTIFICO ALESSANDRO VOLTA
	FIORENZUOLA D'ARDA	LICEO SCIENTIFICO MATTEI
PR	FIDENZA	GABRIELE D'ANNUNZIO
	PARMA	ALBERTINA SANVITALE
		MARCONI
		PRIMO LEVI
		TOSCHI
		MELLONI
		BODONI
		REGGIO NELL'EMILIA
	A. MOTTI	
	G. CHIERICI	
	CASTELNOVO NE' MONTI	CATTANEO/DALL'AGLIO C/SEZ.IND
MO	CASTELFRANCO EMILIA	LAZZARO SPALLANZANI
	MODENA	L.A. MURATORI - SAN CARLO
		SELMI- SEZIONE LICEALE
		F. CORNI SEZ. LICEALE
		ALESSANDRO TASSONI
		ENRICO FERMI
	PAVULLO NEL FRIGNANO	GUGLIELMO MARCONI
SASSUOLO	A.F. FORMIGGINI SCIENTIFICO E CLASSICO	
	A. BAGGI	
BO	BOLOGNA	LICEO ENRICO FERMI
		IST.PROF. LE MALPIGHI - ODONTOTECNICO
	IMOLA	LICEO RAMBALDI - VALERIANI - A. DA
		IMOLA
	SAN LAZZARO DI SAVENA	L.SC.SEZ.ASS.MATTEI
		ENRICO MATTEI
	CASALECCHIO DI RENO	LICEO LEONARDO DA VINCI
		ITC GAETANO SALVEMINI
ALTO RENO TERME	MARIA MONTESSORI - PROFESSIONALE	
CASTEL SAN PIETRO TERME	IPSSA BARTOLOMEO SCAPPI	
FE	FERRARA	LICEO STATALE G. CARDUCCI
		I.P.S.S.C.T.L. EINAUDI
		I.P.S.S.A.R. O. VERGANI
		I.P.S.I.A. E.I D'ESTE

FC	CESENA	L.CLASSICO MONTI
		L. LINGUISTICO ILARIA ALPI
		I.P.S. VERSARI/MACRELLI
		I.T.C. SERRA
		I.T.I. BLAISE PASCAL
	CESENATICO	L.SCIENTIFICO FERRARI
	FORLI'	L. SCIENTIFICO FULCIERI
I.T.C. MATTEUCCI		
RA	FORLIMPOPOLI	I.T.I. MARCONI
		I.P.ALB. ARTUSI
	FAENZA	A. ORIANI
	LUGO	POLO PROFESSIONALE DI LUGO POLO TECNICO DI LUGO
RN	RAVENNA	DANTE ALIGHIERI LICEO ARTISTICO NERVI - SEVERINI
	RIOLO TERME	IST. PROF.LE ALBERGHIERO P. ARTUSI
	RIMINI	LICEO G. CESARE - M.VALGIMIGLI A. SERPIERI I.T.T. M. POLO

RINGRAZIAMENTI

1. LO STUDIO HBSC ITALIA 2018 E IL CAMPIONE REGIONALE

INTRODUZIONE

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

[Kleinert S. et al.; Lancet. 2016¹]

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

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

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

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

METODOLOGIA

POPOLAZIONE IN STUDIO

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

MODALITA' DI CAMPIONAMENTO

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

La numerosità campionaria pianificata è di 1.200 soggetti per fascia di età; tale numerosità è stata maggiorata del 5% per la fascia di età dei 13enni e del 15% per la fascia di età dei 15enni al fine di considerare la presenza in queste fasce di età di

eventuali alunni ripetenti. Le numerosità ottenute sono state poi maggiorate del 10% in tutte le fasce di età per considerare i tassi di non-rispondenza attesa degli alunni in base alle rilevazioni precedenti al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza attesa dello 0,5 per una variabile binomiale, del 3,5% con I.C. del 95%. E' stato inoltre introdotto, per le regioni che ne hanno fatto richiesta, un sovracampionamento.

QUESTIONARI PER LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI E PROCEDURE DI ANALISI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VALUTAZIONE DEL COMITATO ETICO DELL'ISS E PRIVACY

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

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

La versione definitiva del protocollo e dei questionari adottati nel 2018 sono stati presi in esame e valutati positivamente dal Comitato Etico dell'ISS nella seduta del 20 novembre 2017.

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE REGIONALE

In Regione Emilia-Romagna sono state campionate 110 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 64 classi per la scuola secondaria di II grado (Classe II), per un totale di 174 classi. Considerando anche le eventuali classi di riserva utilizzate, hanno restituito i questionari compilati 171 classi con una rispondenza complessiva del 98,3% (tabella 1.1). La buona partecipazione delle classi campionate, oltre a garantire la rappresentatività del campione, conferma l'efficacia delle fasi preparatorie dell'indagine e la positiva sinergia tra il settore scolastico e quello della salute.

Tabella 1.1 Rispondenza per classe (%)

	N° classi campionate	N° di classi che hanno compilato il questionario	Percentuale di rispondenza (%)
Classe I sec. I grado	54	53	98,1
Classe III sec. I grado	56	55	98,2
Classe II sec. II grado	64	63	98,4
Totale	174	171	98,3

Il campione è costituito da un totale di 3.139 studenti di cui: il 37,2% di 11 anni, il 35,8% di 13 anni ed il 27% di 15 anni (tabella 1.2). Tra i 15enni ci sono più ragazze (56,9%) rispetto ai ragazzi (43,1%).

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

	Maschi (%)	Femmine (%)
11 anni	51,0	49,0
13 anni	48,3	51,7
15 anni	43,1	56,9
Totale	47,9	52,1

Circa il 5,1% dei ragazzi risulta nato all'estero con una maggiore prevalenza nella fascia d'età 15 anni (figura 1).

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



Nella tabella seguente è riportata la provenienza dei genitori degli studenti campionati.

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

	%
Entrambi i genitori nati in Italia	76,5
Almeno un genitore nato all'estero	8,5
Entrambi i genitori nati all'estero	15,0

La maggior parte dei ragazzi ha entrambi i genitori di nazionalità italiana (76,5%), l'8,5% degli adolescenti dichiara di avere un genitore di altra nazionalità e il 15% riferisce di avere entrambi i genitori nati all'estero.

2. IL CONTESTO FAMILIARE

LA FAMIGLIA

INTRODUZIONE

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

Le trasformazioni che interessano i ragazzi sul piano psico-fisico si accompagnano anche a un cambiamento delle relazioni familiari e amicali^{2,3}.

La famiglia, insieme alla scuola e al mondo dei pari, è l'ambito nel quale gli adolescenti iniziano a costruire la propria identità personale e il proprio ruolo sociale. Attraverso la ridefinizione dei rapporti con i genitori e, contemporaneamente, ad un più intenso investimento nelle relazioni amicali, avviano una progressiva acquisizione di autonomia con precipue componenti affettive, ideative e sociali⁴.

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

LA STRUTTURA FAMILIARE

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

In termini di cambiamenti della struttura familiare si possono annoverare la diminuzione della numerosità dei componenti della famiglia, l'aumento delle famiglie monogenitoriali (single), la diminuzione delle famiglie allargate o estese (con nonni o altri parenti) che un tempo erano una risorsa mentre oggi nascono dalle necessità, spesso di salute, dei componenti più anziani e infine la crescita di nuove tipologie familiari: in particolare le famiglie mono-genitoriali e le famiglie ricostituite⁵.

Secondo i dati ISTAT (ISTAT, Popolazione e famiglie 2018⁶), circa il 16% delle famiglie italiane sono monogenitoriali. Anche in Italia, si è ormai compiuto il passaggio dalla vecchia monogenitorialità, originata dalla vedovanza, alla nuova monogenitorialità derivante dalla rottura volontaria dell'unione coniugale e dalle nascite al di fuori del matrimonio o da madri single.

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

Questi cambiamenti, che si intrecciano con le relazioni interpersonali, hanno un forte impatto sullo sviluppo psico-fisico dei ragazzi sia nella fase dell'infanzia che in quella dell'adolescenza⁷. Studiare la famiglia nei suoi diversi aspetti, strutturali e relazionali, diventa quindi quanto mai attuale.

Numerosi studi sono stati condotti per valutare se i bambini che vivono con un solo genitore, o i cui genitori abbiano attraversato il divorzio ed eventualmente si siano risposati, presentino un diverso livello di benessere, rispetto a bambini provenienti da famiglie cosiddette tradizionali. La letteratura esistente ha già evidenziato come la struttura familiare sia correlata con il benessere psicologico dei genitori^{8,9} o come il

cambiamento della struttura familiare abbia delle conseguenze anche di tipo economico¹⁰.

Riguardo a questo ultimo punto, è stata osservata una forte associazione tra basso livello socio-economico e salute psichica dei bambini¹¹, e come l'instabilità familiare in generale sia strettamente legata con lo sviluppo dei rapporti sociali dei ragazzi¹².

Diversi autori hanno però messo in discussione queste relazioni, sostenendo che lo svantaggio diventa reale soltanto quando a questa condizione se ne uniscono altre, come l'isolamento dal contesto sociale e dalle altre famiglie, oppure uno stato di conflittualità permanente o l'esistenza di problemi economici^{13,14}.

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

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

Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare (tabella 2.1): le coppie con figli rappresentano la tipologia quantitativamente più rilevante; le famiglie monogenitoriali rappresentano il 14,4% dei nuclei familiari di cui il 12,6% composti da donne. Nel 3% dei casi i ragazzi vivono all'interno di famiglie "ricostituite" che possono essere più o meno complesse e appaiono caratterizzate da una certa fragilità. Solo nell'1,3% dei casi i ragazzi hanno indicato di non vivere con i genitori ma in altra sistemazione senza genitori o nonni.

Tabella 2.1 Tipologia di famiglia (%)

	%
Madre e padre (no altri adulti)	81,3
Solo madre	12,7
Solo padre	1,7
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	3,0
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	1,3
Totale	100

Come si evince dalla tabella 2.2, più della metà del campione (54,6%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo 1 ragazzo su 4 ha due o più fratelli. I figli unici sono rappresentati dal 18,8%.

Tabella 2.2 Fratelli e sorelle (%)

	%
Figli unici	18,8
1 fratello o sorella	54,6
2 o più fratelli o sorelle	26,6
Totale	100

LA QUALITÀ DELLE RELAZIONI CON I GENITORI

La natura e la qualità delle relazioni che i ragazzi instaurano con i genitori, durante l'adolescenza, influiscono in misura rilevante sui loro comportamenti di salute e sul benessere percepito. Molti studi hanno dimostrato che la comunicazione familiare è un indicatore della capacità dei genitori di aiutare i loro figli adolescenti ad affrontare positivamente le difficoltà che possono incontrare^{15,16}, come la pressione scolastica, le relazioni con i pari, le aspettative e i cambiamenti psico-fisici.

È stato osservato che la qualità della relazione con i genitori è associata alla propensione ad adottare comportamenti di salute a rischio. Ad esempio, avere una relazione difficile con la madre risulta associato ad una maggiore propensione all'abitudine al fumo e, al consumo frequente di alcol e di altre sostanze^{14,17}.

Una buona comunicazione con la figura paterna può avere un effetto positivo sul benessere percepito^{13,18}. In particolare, negli adolescenti con una comunicazione positiva con il padre si osserva una minore incidenza di sintomi depressivi,¹⁹ comportamenti antisociali^{20,21} e comportamenti di rischio per la salute^{22,23}, una migliore autostima²⁴ e meno problemi scolastici²². Nello studio HBSC, la comunicazione familiare è stata indagata chiedendo ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa ad aspetti che li preoccupavano con le persone con cui vivono (madre, padre, patrigno o matrigna). Le modalità di risposta alla domanda "Quanto è facile per te parlare di cose che ti preoccupano veramente" sono distribuite su una scala di tipo ordinale da "molto facile" a "non ho o non vedo mai questa persona". Nelle tabelle 2.3 e 2.4 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi riferiscono rispetto alla facilità di comunicare sia con il padre che con la madre.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto facile	33,2	21,1	13,1
Facile	34,6	36,6	32,9
Difficile	21,3	26,1	30,4
Molto difficile	8,4	12	18,1
Non ho o non vedo mai questa persona	2,5	4,2	5,5
Totale	100	100	100

Tabella 2.4: Quanto è facile per te parlare con tua **madre** di cose che ti preoccupano veramente? per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto facile	51,4	35,5	24,6
Facile	33,6	38,5	43,4
Difficile	10,7	17,8	23,4
Molto difficile	3,5	7,3	7,7
Non ho o non vedo mai questa persona	0,8	0,9	0,9
Totale	100	100	100

Confrontando le due tabelle (2.3 e 2.4) appare più difficile per i ragazzi parlare delle proprie preoccupazioni con il padre che con la madre, per ogni età.

Se si prende in considerazione il rapporto genitori/figli rispetto al genere, si osservano differenze in tutte le età nella comunicazione con il padre e la madre (figura 2.1 e 2.2): la comunicazione con il padre è facile/molto facile più frequentemente per i ragazzi rispetto alle ragazze, mentre nella comunicazione con la madre non ci sono forti differenze tra i due sessi. In generale, le difficoltà nel parlare delle proprie preoccupazioni aumentano all'aumentare dell'età.

Rispetto alle analisi del 2014, si osserva un gap meno forte per genere circa la facilità di dialogo con il padre e, nello specifico, vi è un calo della percentuale di maschi che presentano difficoltà a comunicare.

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

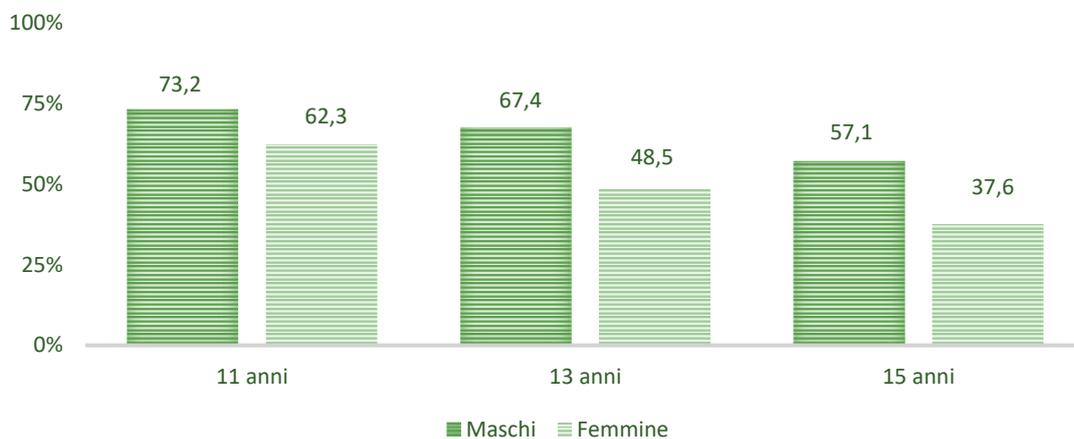
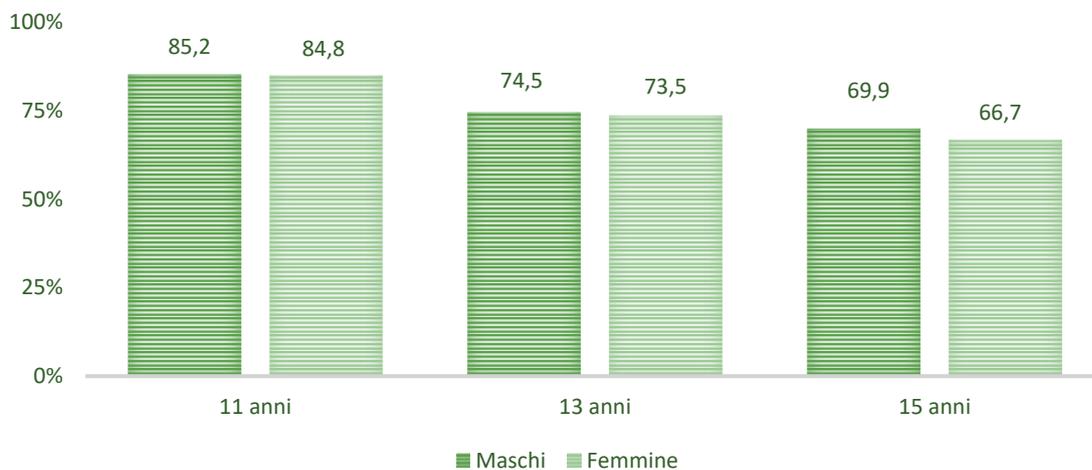


Figura 2.2 Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre, per genere ed età (%)



LO STATUS SOCIO-ECONOMICO FAMILIARE

La condizione socio-economica familiare è un'altra dimensione che influenza fortemente la salute dei ragazzi²⁵. Numerosi studi hanno dimostrato che il livello socio-economico influenza positivamente la qualità delle relazioni con i genitori^{26,27} anche in maniera indiretta. È stato infatti osservato che il livello socio-economico è un mediatore della relazione tra la struttura familiare e il benessere psicologico dei ragazzi^{12,28}.

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

- status economico (reddito): il primo indicatore è relativo al livello dei consumi, che viene assunto come proxy per valutare il reddito (in quanto quest'ultimo è difficilmente conosciuto e definito dai ragazzi). Si cerca dunque di valutare il benessere economico oggettivo, o livello di agiatezza, attraverso la rilevazione della presenza di beni comuni con lo strumento della scala FAS (*Family Affluence Scale*, scala di agiatezza/ricchezza familiare)²⁹. Le risposte sono state sommate e i punteggi totali del FAS sono stati divisi in tre gruppi (basso, medio, alto);
- status sociale (istruzione): il secondo indicatore si riferisce al livello di istruzione dei genitori;
- status professionale (occupazionale): il terzo indicatore si riferisce all'occupazione dei genitori.

A questi indicatori, si aggiunge un quarto elemento di valutazione relativo alla percezione che i ragazzi hanno dello stato di benessere della propria famiglia; ai ragazzi viene infatti chiesto di indicare quanto pensino stia bene la propria famiglia dal punto di vista economico. Le modalità di risposta a questa domanda sono distribuite su una scala ordinale da *“Molto bene”* a *“Per niente bene”*.

Nella tabella 2.5 è riportata la distribuzione delle famiglie secondo il livello socio-economico.

Tabella 2.5 Status socio-economico misurato secondo la Family Affluence Scale (da 'Basse possibilità di consumo' ad 'Alte possibilità di consumo') (%)

Family Affluence Scale	%
Basso	21,4
Medio	49,7
Alto	28,9
Totale	100

Circa 1 famiglia su 3 si colloca nella fascia di “alta possibilità di consumo” (28,9%), mentre il 49,7% è nella fascia di “media possibilità di consumo” e il 21,4% è nella fascia di “basse possibilità di consumo”.

In tabella 2.6 è invece riportata la distribuzione del livello di istruzione dei genitori dichiarato dai ragazzi intervistati.

Tabella 2.6 Livello di istruzione del padre e della madre dichiarato dai ragazzi, per età (%)

PADRE	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Licenza elementare	0,9	2,0	1,2
Licenza media	8,0	16,2	19,4
Scuola professionale	6,7	11,8	14,4
Maturità	19,5	31,3	33,5
Laurea	21,7	22,6	20,8
Non so	43,2	16,1	10,7
MADRE			
Licenza elementare	0,7	2,0	0,6
Licenza media	5,1	13,2	12,3
Scuola professionale	4,5	7,6	11,9
Maturità	22,6	35,7	42,3
Laurea	30,9	28,3	26,4
Non so	36,2	13,2	6,5

Per quanto riguarda il livello d'istruzione dei genitori, si osserva una prevalenza di titoli di studio medio/alto (maturità-laurea) nelle madri rispetto ai padri. Risulta alta anche la percentuale di ragazzi undicenni che non conoscono il titolo di studio dei propri genitori.

CONCLUSIONI

Già da diversi anni le teorie sulle responsabilità familiari nella crescita cosiddetta "sana" dei figli sono diventate meno rigide e più complesse perché sono stati presi in considerazione altri fattori ambientali che incidono sulla vita degli adolescenti.

Il quadro di riferimento è mutato, oggi l'educazione familiare ha abbandonato la caratterizzazione normativa a favore di una marcata dimensione relazionale connotata da forte affettività, con l'aggiunta di una componente sociale che sembra avere un ruolo altrettanto importante nelle dinamiche evolutive degli adolescenti, come confermano le più recenti ricerche quantitative e qualitative condotte a livello locale.

Da quanto si rileva dalle tabelle 2.3. e 2.4 la famiglia continua ad essere considerata un riferimento importante, prime fra tutti le madri (85%), seguite dai padri (67%), anche se la frequenza diminuisce sensibilmente di circa un 20% con la crescita. Tale posizionamento è confermato anche dalla maggioranza dei ragazzi intervistati nella ricerca "Essere adolescenti in Emilia-Romagna" (2019-2020) che pone al secondo posto gli amici che, per usare le parole di Gustavo Pietropolli Charmet, in età adolescenziale rappresentano una seconda famiglia "sociale". Quindi, il complesso delle relazioni imprescindibili permane quello prossimale, che garantisce protezione e rappresenta un porto sicuro.

Un ulteriore elemento che trova rispondenza in altre ricerche è che al crescere dell'età diminuisce l'intensità della relazione con le figure genitoriali che in particolare, risulta quasi inesistente per un 5,5 % degli intervistati quindicenni nei rapporti con la figura paterna. (v. tab.2.3)

Oltre a questo dato occorre prestare grande attenzione al livello economico del nucleo familiare che per più di un 20% degli intervistati risulta basso e che, presumibilmente, rischia di essersi ulteriormente aggravato durante il periodo pandemico. (v. tab. 2.5)

A completamento del quadro individuato si possono aggiungere ulteriori dati per rappresentare l'importanza delle figure genitoriali e in generale del mondo adulto. Nella ricerca citata "Essere adolescenti in Emilia Romagna", in epoca pre-pandemica era stato chiesto ai ragazzi cosa avrebbero voluto maggiormente da parte degli adulti di riferimento e si evidenziava chiaramente che il campione, da un lato ricercava consigli e aiuto per risolvere problemi, ma dall'altro esprimeva il desiderio di ottenere un riconoscimento effettivo in termini di rispetto e di fiducia.

Anche nella nuova ricerca regionale "Noi adolescenti al tempo della pandemia" sugli effetti della pandemia sulle giovani generazioni, è stato affrontato il tema degli adulti, non in generale ma in particolare, ovvero genitori e insegnanti, chiedendo che tipo di considerazione i ragazzi percepiscono da queste figure. La considerazione percepita dal campione da parte di insegnanti e genitori non risulta molto in linea con la richiesta degli adolescenti di poter esercitare a pieno titolo i propri diritti di cittadinanza. I ragazzi percepiscono che per un'alta percentuale di docenti (37%) sono considerati soprattutto come svogliati e più di 1 genitore su 4 (25,9%) viene percepito allineato su questa posizione. Il campione "rincarica la dose" dichiarando un "sentire negativo" da parte di insegnanti e genitori sulla propria serietà e sul proprio senso di responsabilità (21,8% docenti e 14,1% dei genitori).

A partire da questa domanda sono stati creati due cluster per insegnanti e genitori, in base alle caratteristiche principali del giudizio percepito dai ragazzi. Il campione di intervistati che coglie una certa fiducia da parte dei genitori rispetto al senso di responsabilità, volontà, intelligenza e determinazione, si è impegnato maggiormente nello studio e in altre attività. In particolare: "stare senza far niente" è aumentato durante la pandemia del 40,1% per chi percepisce alta considerazione e del 57,3% per chi ritiene che i propri genitori non ripongano fiducia nelle loro capacità. Contemporaneamente, i ragazzi che rientrano nel primo cluster (alta considerazione) si sono sentiti meno soli e hanno riscontrato meno tensione familiare di quanto sia avvenuto per chi rientra nel cluster dei genitori che nutrono una scarsa considerazione verso i figli.

L'adolescenza è una straordinaria occasione trasformativa e pone grandi sfide: il processo separativo dalle rappresentazioni infantili dei propri genitori, la spinta a lavorare mentalmente su un corpo con nuove dotazioni, la possibilità di nascere socialmente sono straordinarie occasioni di nuovi investimenti. Le modalità attraverso le quali gli adulti significativi e le istituzioni si rivolgono all'adolescente e alle trasformazioni in atto, lo sguardo di ritorno che offrono e le iniziative attraverso le quali intendono sostenerlo, svolgono quindi una funzione decisiva.

Riferimenti bibliografici

Piano regionale pluriennale per l'adolescenza, 2018/2020, Regione Emilia-Romagna
Essere adolescenti in Emilia-Romagna 2019-2020, Regione Emilia-Romagna
Noi adolescenti al tempo della pandemia, 2021, Regione Emilia-Romagna (di prossima pubblicazione)

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- ² Sawyer SM, Affi RA, Bearinger LH, Blakemore S, Dick B, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012, 378(9826): 1630-1640
- ³ Santrock, J.W. (2014). *Adolescence* (15th Edition). New York, NY: McGraw-Hill Education
- ⁴ 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
- ⁵ 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
- ⁶ ISTAT (2018). *Popolazione e Famiglie Anno 2018*. Roma, ISTAT.
- ⁷ 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
- ⁸ 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
- ⁹ 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
- ¹⁰ Mazzucco, S., Mencarini, L. & Rettaroli, R. (2006). Similarities and differences between two cohorts of young adults in Italy: Results of a CATI survey on transition to adulthood. *Demographic Research*, 15, 105-146
- ¹¹ Dashiff, C., W., Di Micco, B., Myers and K., Sheppard. 2009. "Poverty and Adolescent Mental Health." *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22: 23-32
- ¹² Cavanagh, S. E., and A. C. Huston. 2008. "The Timing of Family Instability and Children's Social Development." *Journal of Marriage and Family*, 70 (5): 1258-1270
- ¹³ Levin KA, Currie C. Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: a cross-sectional multilevel analysis. *Health Educ*. 2010;110(3):152-68
- ¹⁴ Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- ¹⁵ Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.
- ¹⁶ Cava MJ, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol* 2014; 17:E98
- ¹⁷ Gutman, L. M., Eccles, J. S., Peck, S., & Malanchuk, O. (2011). The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(1), 119-128
- ¹⁸ Gallarin M, Alonso-Arbiol I. Parenting practices, parental attachment and aggressiveness in adolescence: a predictive model. *J Adolesc*. 2012;35(6):1601-10
- ¹⁹ Demidenko N, Manion I, Lee CM. Father-daughter attachment and communication in depressed and nondepressed adolescent girls. *J Child Fam Stud*. 2015;24:1727-34.
- ²⁰ 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.
- ²¹ 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
- ²² Small ML, Morgan N, Bailey-Davis L, Maggs JL. The protective effects of parent-college student communication on dietary and physical activity behaviors. *J Adolesc Health* 2013;53(2):300-2.
- ²³ Rostad WL, Silverman P, McDonald MK. Daddy's little girl goes to college: an investigation of females' perceived closeness with fathers and later risky behaviors. *J Am Coll Health*. 2014;62(4):213-20
- ²⁴ Bulanda RE, Majumdar D. Perceived parent-child relations and adolescent self-esteem. *J Child Fam Stud*. 2009;18(2):203-12. 10. Cava M-J, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol*. 2014;17
- ²⁵ Elgar FJ, Britt McKinnon, Torbjørn Torsheim, Christina Warrer Schnohr, Joanna Mazur, Franco Cavallo, Candace Currie (2016) Patterns of Socioeconomic Inequality in Adolescent Health Differ According to the Measure of Socioeconomic Position, *Social Indicators Research* 2016, Volume 127, Issue 3, pp 1169-1180
- ²⁶ 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
- ²⁷ Hoskins D, (2014), Consequences of Parenting on Adolescent Outcomes, *Societies* 2014, 4, 506-531
- ²⁸ 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
- ²⁹ Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. Indicators of socio-economic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-Aged Children Survey. *Health Education Research*. 1997;12(3):385-397

3. L'AMBIENTE SCOLASTICO

INTRODUZIONE

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

Il contesto scolastico può agire infatti supportando l'adolescente nel suo percorso di crescita, rappresentando una fonte significativa di sostegno sociale (soprattutto rispetto alle relazioni che si instaurano con coetanei e insegnanti) e favorendo l'acquisizione di competenza, autonomia e capacità di coinvolgimento. Inoltre, un contesto accogliente e di supporto è in grado di stimolare l'indipendenza dell'individuo e la sua partecipazione ai processi decisionali¹.

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

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

STRUTTURA SCOLASTICA, ORGANIZZAZIONE INTERNA E PROMOZIONE DEL BENESSERE

Le caratteristiche strutturali e organizzative della scuola sono in grado di influenzare il benessere e l'adattamento dell'adolescente². È stato chiesto ai dirigenti scolastici di rispondere ad alcune domande che potessero evidenziare le caratteristiche della scuola in termini di aspetti strutturali e organizzativi e in termini di misure di promozione alla salute adottate, per poter accostare queste informazioni a quelle rilevate dagli studenti, favorendo una miglior comprensione delle differenze negli esiti di salute e comportamenti ad essa associati dei ragazzi.

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

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

	Completamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Completamente in disaccordo
Il cortile è in buone condizioni	9,4	51,9	27,4	7,6
La palestra è in buone condizioni	8,5	53,7	18,9	6,6
I laboratori didattici sono attrezzati	13,3	49,5	25,7	2,9
Le classi soddisfano i bisogni di insegnanti e alunni	6,6	62,9	23,8	4,8
La scuola necessita di restauro	19,4	47,5	24,3	6,8

La lettura dei dati presenti in tabella 3.1 suggerisce interessanti spunti di riflessione rispetto alla situazione strutturale degli istituti d'istruzione coinvolti nell'indagine: il

47,5% dei dirigenti scolastici si dichiara 'd'accordo' sulla necessità di sottoporre la propria scuola a restauri, ed il 6,6% 'completamente d'accordo' sull'adeguatezza delle classi nel soddisfare bisogno di insegnanti e alunni.

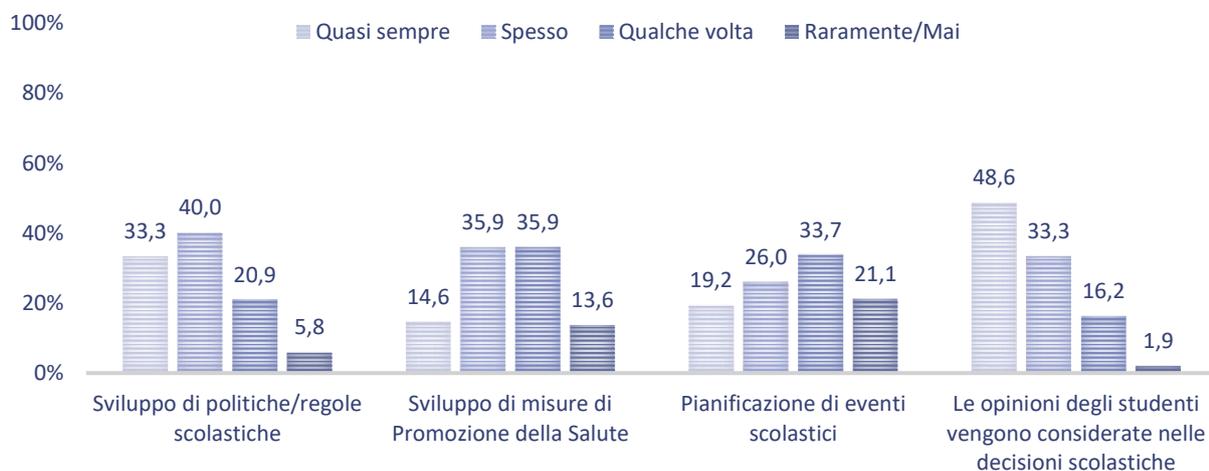
Il questionario rivolto ai Dirigenti scolastici ha permesso di esplorare anche le eventuali attività di promozione alla salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo e l'acquisizione di competenze in aree significative per il benessere (figura 3.1).

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



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

Figura 3.2 Frequenza del coinvolgimento degli studenti in alcuni aspetti dell'organizzazione scolastica (%)



La lettura dei dati presenti in figura 3.2 suggerisce un forte coinvolgimento degli studenti nello sviluppo di politiche o regole scolastiche (33,3% quasi sempre; 40% spesso) insieme ad una pressoché totale considerazione delle opinioni degli studenti nelle decisioni che competono la scuola (48,6% quasi sempre; 33,3% spesso).

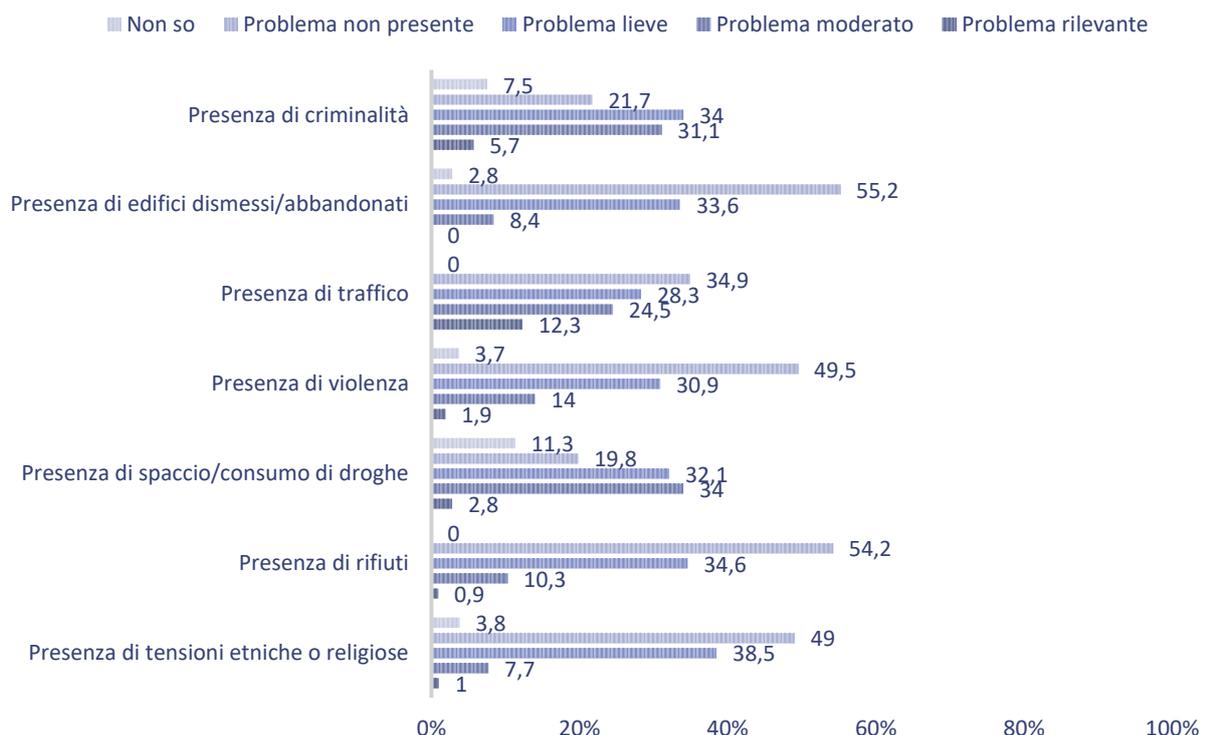
Dalle risposte al questionario (tabella 3.2) emerge che, nella maggior parte dei casi, non esistono cassette per i suggerimenti (88,8%) o modalità informatiche che possano convogliare le eventuali lamentele (87,6%), mentre una prassi spesso seguita (nel 48% dei casi) è quella di svolgere indagini sugli studenti. L'istituzione si mostra però molto disponibile all'accoglienza degli studenti nelle ore d'ufficio (89,2 %).

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

	Cassetta suggerimenti	Home page, forum, blog	Ore ufficio	Indagini studenti
Si	11,2	12,4	89,2	48
No	88,8	87,6	10,8	52
Totale	100	100	100	100

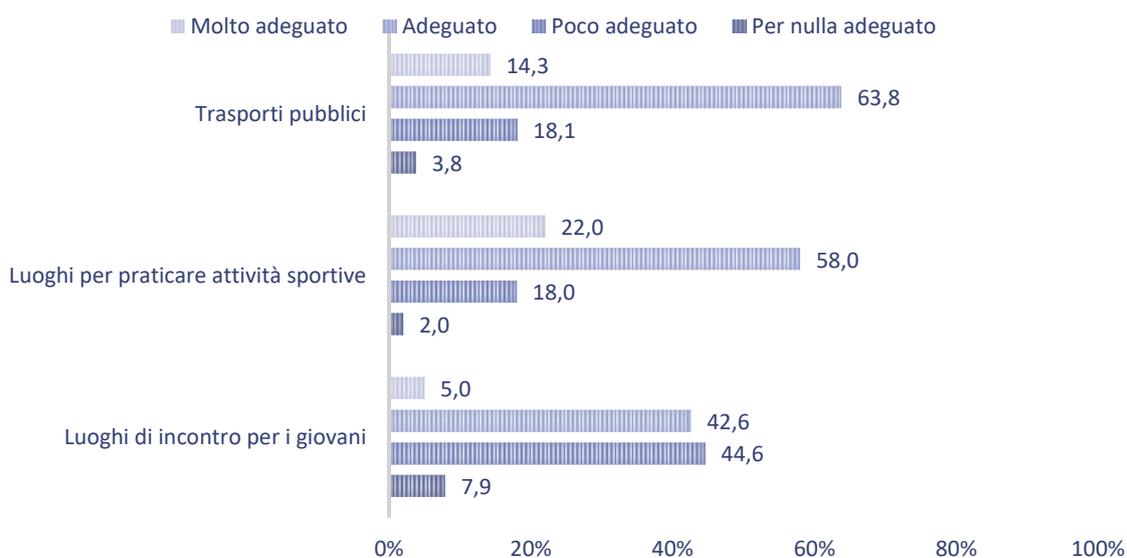
I dirigenti scolastici hanno, inoltre, potuto esprimere un giudizio circa la percezione, in termini di rilevanza, di alcune problematiche dell'area in cui è situata la scuola (figura 3.3) e dell'adeguatezza del quartiere in cui si trova la scuola (figura 3.4).

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



Il problema più importante è risultato essere la presenza di edifici dismessi/abbandonati, ritenuto rilevante dall'8,5% dei dirigenti scolastici e moderato dal 34% degli stessi. Per importanza e gravità seguono le trasgressioni legate alla presenza di criminalità e allo spaccio/consumo di droghe.

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



Il quartiere in cui opera la scuola appare abbastanza adeguato quale luogo per praticare attività sportive e sufficientemente adeguato per i trasporti pubblici (il 63,8% degli intervistati risponde 'adeguati', il 18,1% 'poco adeguati'; il 3,8% 'per nulla adeguati'); un po' in contrasto le opinioni circa l'appropriatezza del quartiere come luogo di incontro per i giovani.

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

Tabella 3.3 Valutazione delle attività e delle manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola (%)

	Poche iniziative culturali	Mancanza punti di ritrovo	Molte associazioni che operano nel sociale
Completamente in disaccordo	2,0	3,0	3,9
In disaccordo	24,8	23,8	8,9
Abbastanza in disaccordo	12,9	18,8	14,9
Né in accordo né in disaccordo	17,8	16,8	12,9
Abbastanza d'accordo	21,8	18,8	30,7
D'accordo	14,8	15,8	25,7
Completamente d'accordo	5,9	3,0	3,0

Alla richiesta di valutare le attività e le manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola, ad esempio, il 5,9% dei dirigenti è completamente d'accordo nel dichiarare che mancano nel quartiere iniziative culturali e il 15,8%, invece, che mancano punti di ritrovo per i giovani. Al contempo, la maggior parte dei dirigenti è d'accordo sulla presenza di molte associazioni che operano nel sociale (30,7% abbastanza d'accordo e 25,7% d'accordo).

RAPPORTO CON GLI INSEGNANTI

La qualità del rapporto con gli insegnanti è considerata una delle componenti che maggiormente contribuisce all'adattamento scolastico dell'adolescente³⁻⁴.

Una relazione positiva con i propri insegnanti è associata ad un maggior utilizzo di strategie di coping attivo a scuola¹, è predittiva di un migliore adattamento comportamentale e scolastico⁵⁻⁶, ed influenza il successo scolastico⁷⁻⁸.

Alcuni studi hanno inoltre evidenziato come una relazione positiva con gli insegnanti contribuisca a contenere i comportamenti aggressivi⁹ e rappresenti 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".

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto d'accordo	18,0	16,9	6,9
D'accordo	37,0	38,0	27,2
Né in accordo né in disaccordo	34,5	32,5	44,3
Non d'accordo	7,8	9,7	15,1
Per niente d'accordo	2,7	2,9	6,5

Tabella 3.5 Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "Ho molta fiducia nei miei insegnanti", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto d'accordo	40,2	20,8	8,7
D'accordo	36,5	38,9	31,0
Né in accordo né in disaccordo	16,6	28,2	37,5
Non d'accordo	4,8	8,3	16,5
Per niente d'accordo	1,9	3,8	6,3

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto d'accordo	51,9	32,9	19,4
D'accordo	35,6	41,6	45,0
Né in accordo né in disaccordo	9,9	18,7	24,5
Non d'accordo	2,0	5,0	8,0
Per niente d'accordo	0,6	1,8	3,1

Mentre la fascia di ragazzi più giovane (11 anni) è per la maggioranza 'molto d'accordo' con la prima affermazione, tale percezione diminuisce con l'avanzare dell'età. I ragazzi di 13 e 15 anni, infatti, sono perlopiù semplicemente 'd'accordo' e, in percentuali minori, 'né d'accordo né in disaccordo' oppure non 'd'accordo'.

Nella figura 3.5 si può cogliere a colpo d'occhio come il grado di "accordo" o "molto d'accordo" con le singole affermazioni riportate nelle tabelle precedenti sia differente nelle diverse età considerate.

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



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

RAPPORTO CON I COMPAGNI DI CLASSE

Il rapporto con i pari 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 aumentare il coinvolgimento e la partecipazione ad attività scolastiche¹⁴ e favorire lo sviluppo di comportamenti socialmente adeguati e l'impegno scolastico¹⁵.

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto d'accordo	28,8	17,4	15,7
D'accordo	43,3	39,8	46,3
Né in accordo né in disaccordo	20,1	28,5	23,8
Non d'accordo	5,9	10,8	10,7
Per niente d'accordo	1,9	3,5	3,5

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto d'accordo	43,2	28,4	25,9
D'accordo	33,8	41,6	44,2
Né in accordo né in disaccordo	15,5	18,8	20,5
Non d'accordo	4,1	7,1	5,5
Per niente d'accordo	3,4	4,1	3,9

Come si evince dalla lettura della tabella 3.7, ad essere più propositivi con l'affermazione "La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile" sono gli undicenni (28,8% molto d'accordo e 43,3% d'accordo), a seguire troviamo i quindicenni che hanno mostrato un grado di accordo complessivo pari al 62% e, infine, i tredicenni con il 57,2%. In tabella 3.8 emerge che la maggior parte dei ragazzi dichiara di sentirsi accettato dai propri compagni (molto d'accordo, d'accordo), pur notandosi un decremento nel passaggio dagli 11 (77%) ai 15 anni (70,1%).

Il grado di accettabilità da parte dei propri compagni è differente tra i maschi e le femmine (figura 3.6 e 3.7). Ad avere percezioni più negative sono le ragazze, soprattutto relativamente all'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono".

Rispetto ai dati del 2014, complessivamente, si osservano rapporti più propositivi verso i propri compagni di classe, in particolar modo per quanto riguarda l'accordo con l'affermazione: "La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile".

Figura 3.6 Frequenza di coloro che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: "la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile", per età e genere (%)

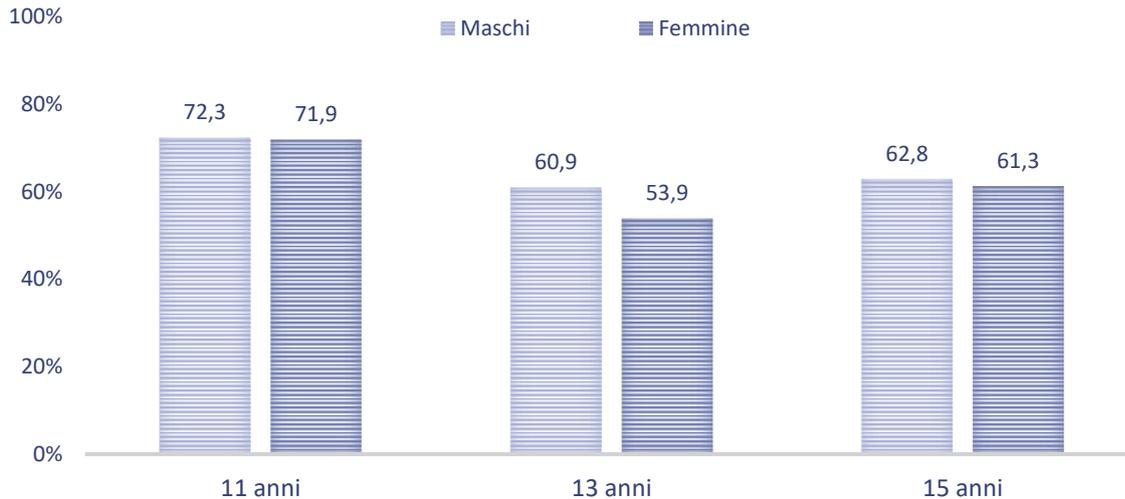
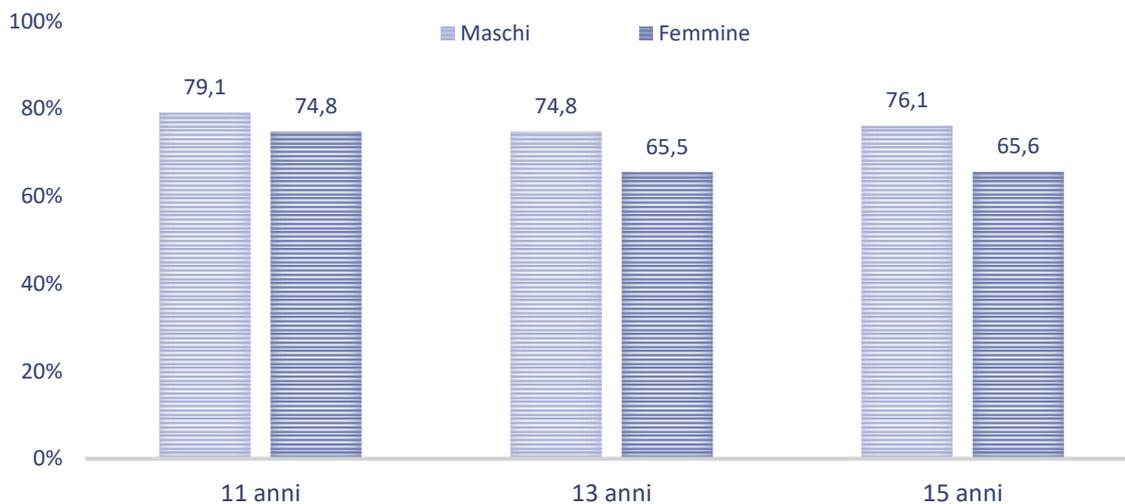


Figura 3.7 Frequenza di coloro che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: "i miei compagni mi accettano per quello che sono": per età e genere (%)



BULLISMO E CYBERBULLISMO

Il recente report dell'Unesco¹⁶ che descrive il fenomeno del bullismo in 71 paesi del mondo dice che l'Italia è tra i paesi a minore prevalenza ed è nel gruppo di quelli con trend in riduzione. Il fenomeno è maggiormente rappresentato nelle fasce d'età più giovani e si manifesta in modo differente tra i due generi: manifestazioni più frequentemente di tipo fisico nei maschi e di tipo verbale e psicologico nelle ragazze¹⁶. Per quel che riguarda il fenomeno del cyber bullismo, ancora poco esplorato, in un recente lavoro che ha coinvolto 7 paesi tra cui l'Italia, il fenomeno sembra essere in aumento¹⁷. Non vengono descritte differenze di genere per gli atti legati alla diffusione di foto o di immagini mentre il genere femminile risulta essere più esposto di quello maschile per gli episodi legati all'utilizzo e la diffusione di messaggi di testo. Il cyberbullismo, a differenza del bullismo, sembra aumentare al crescere dell'età probabilmente in parte a causa della maggiore disponibilità di mezzi tecnologici nei ragazzi più grandi. La letteratura sottolinea come non sia ancora possibile discutere se esista una correlazione tra bullismo in riduzione, e cyberbullismo in aumento e se quest'ultimo sia un fenomeno nuovo e indipendente oppure la transizione del bullismo¹⁸.

Un clima positivo tra pari e buone relazioni con le figure adulte di riferimento, soprattutto insegnanti, riducono la probabilità di accadimento di atti lesivi e risultano quindi un forte fattore protettivo¹⁸. Le dinamiche relazionali che i ragazzi costruiscono a scuola e nelle attività strutturate al di fuori della scuola sono un ulteriore elemento protettivo¹⁶.

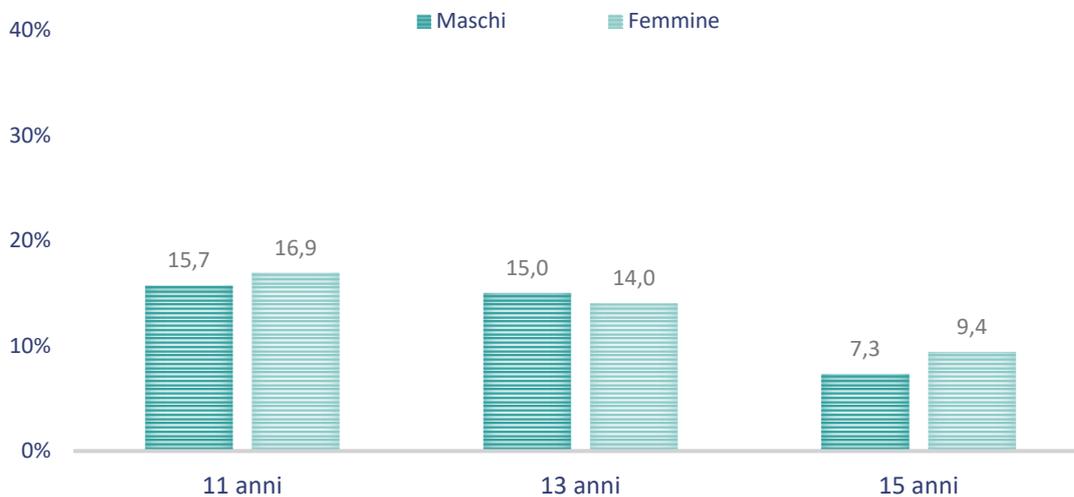
L'HBSC ha approfondito il tema del bullismo e delle relazioni violente chiedendo ai ragazzi con quale frequenza avessero subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. La modalità di risposta si distribuisce su una scala a 5 punti da "Mai" a "Più volte alla settimana" (tabella 3.9).

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Non sono stato oggetto di bullismo	83,7	85,5	91,5
Una o due volte	10,5	9,3	5,7
Due o tre volte al mese	2,3	2,4	1,1
Circa una volta alla settimana	1,2	1,3	0,8
Più volte alla settimana	2,3	1,5	0,9

La maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha subito episodi di bullismo. Il fenomeno, quando presente, interessa maggiormente le ragazze rispetto ai ragazzi e gli undicenni (figura 3.8).

Figura 3.8 Frequenza di coloro che dichiarano di aver subito almeno un atto di bullismo negli ultimi 2 mesi, per età e genere (%)



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

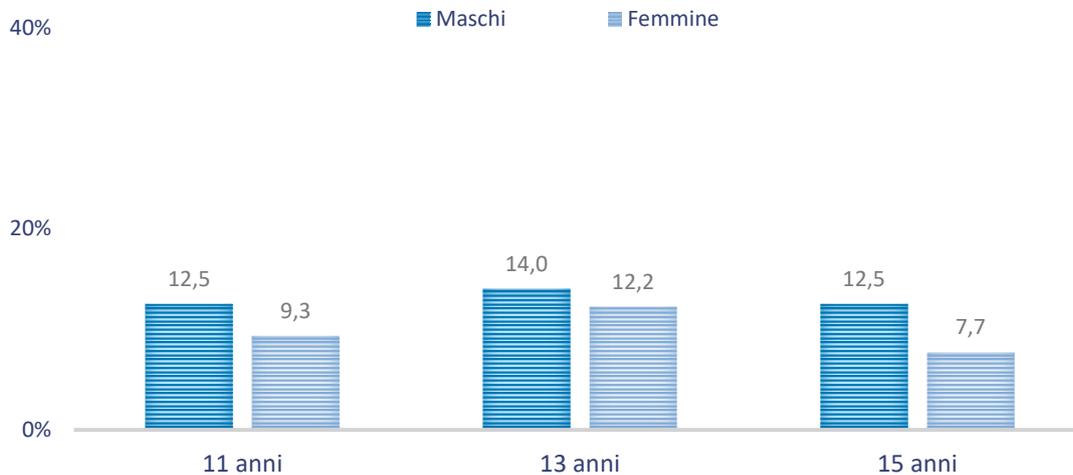
Tabella 3.10 Quante volte hai partecipato ad atti di bullismo contro un tuo pari negli ultimi due mesi, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Non ho fatto il bullo con un compagno	89,1	86,9	90,2
Una o due volte	8,6	9,7	7,1
Due o tre volte al mese	0,7	2,3	1,8
Circa una volta alla settimana	0,8	0,6	0,4
Più volte alla settimana	0,8	0,5	0,5

Nella tabella 3.10 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno.

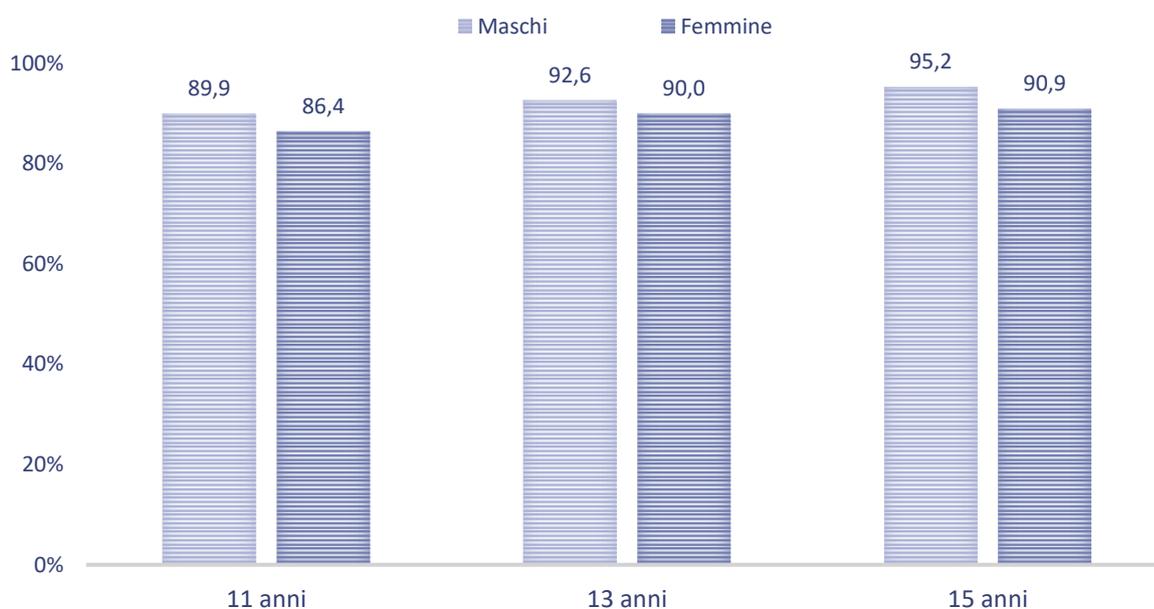
Nella figura 3.9 si può evincere come ad attuare maggiormente atti di bullismo sono i ragazzi, con differenze non rilevanti per quanto riguarda l'età.

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



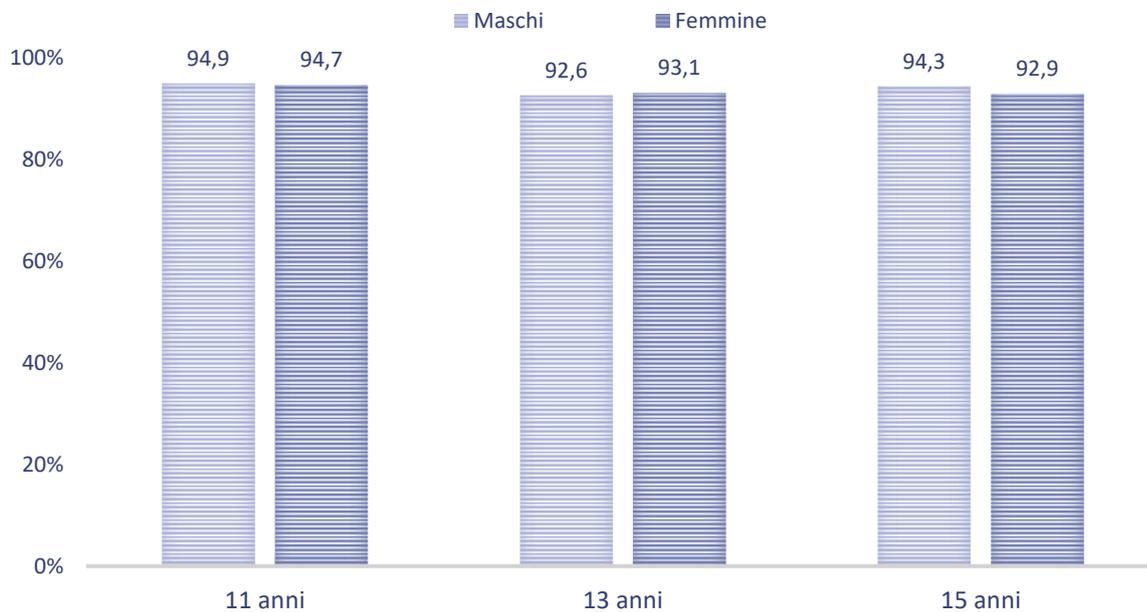
Il cyberbullismo, una forma di bullismo condotto attraverso strumenti telematici (ad esempio tramite internet), è stato oggetto dell'indagine 2018. Anche in questo caso, attraverso due domande specifiche, è stato chiesto ai ragazzi se hanno subito e/o partecipato ad azioni di cyberbullismo (figura 3.10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

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



Nella figura 3.10 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha subito azioni di cyberbullismo.

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



Nella figura 3.11 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha praticato azioni di cyberbullismo.

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	67,4	63,6	75,9
Una volta	17,7	19,6	14,5
Due volte	6,4	7,2	5,6
Tre volte	2,1	3,5	1,9
Quattro volte o più	6,4	6,1	2,1

La tabella mostra come un'elevata percentuale degli studenti intervistati dichiarò di essere stato coinvolto in colluttazioni violente; in media, circa uno studente su tre dichiara di essersi azzuffato/picchiato con qualcuno, percentuale ancora più elevata tra i tredicenni.

LA SCUOLA

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

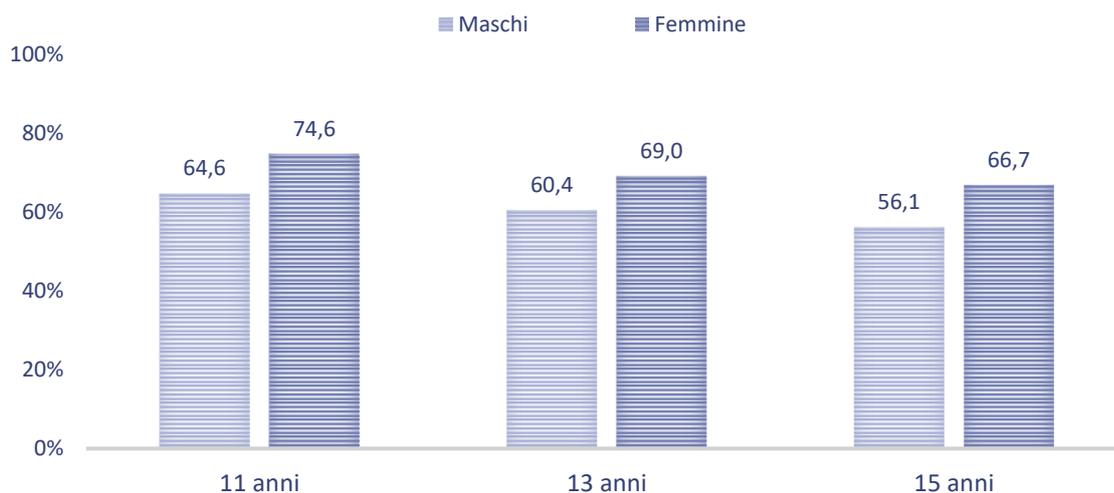
In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità di risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente". In tabella 3.12 si possono osservare le risposte relative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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mi piace molto	17,3	11,7	9,6
Abbastanza	52,2	53,2	52,5
Non tanto	21,1	26,7	28,0
Non mi piace per nulla	9,4	8,4	9,9

In figura 3.12 è invece possibile notare le differenze di genere circa le risposte "mi piace molto/abbastanza" la scuola.

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



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

Facendo un paragone con i valori ottenuti nel 2014, si evidenzia un comportamento più positivo nei confronti della scuola da parte dei ragazzi del campione del 2018.

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

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Per niente	6,8	4,9	4,0
Un po'	45,0	35,7	26,5
Abbastanza	30,4	38,8	37,1
Molto	17,8	20,6	32,4

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

	11 anni (%)		13 anni (%)		15 anni (%)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Per niente	7,2	6,4	7,2	2,7	7,3	1,5
Un po'	44,3	45,6	36,9	34,7	32,5	21,9
Abbastanza	29,1	31,8	38,1	39,4	39,5	35,2
Molto	19,4	16,2	17,8	23,2	20,7	41,4

Esaminando le risposte relative alla domanda "quanto ti senti stressato da tutto il lavoro che devi fare per la scuola?" è risultato che lo stress viene percepito maggiormente al crescere dell'età e colpisce soprattutto le ragazze rispetto ai ragazzi.

CONCLUSIONI

Il Questionario per i Dirigenti scolastici evidenzia che la maggior parte dei Dirigenti delle Scuole della Regione Emilia-Romagna ritiene adeguate la condizione di palestre, cortili, nonché la dotazione dei laboratori, considerando le classi adeguate a soddisfare i bisogni. Tra le condizioni del contesto, che vengono segnalate come maggiormente problematiche, emergono lo spaccio/consumo di droghe e la presenza di criminalità. Questi 2 problemi sono considerati moderati/rilevanti da circa il 36% degli intervistati.

Ancora: emergono come preoccupanti sia il traffico che la presenza di edifici dismessi. Il quartiere, in cui ha sede la scuola, è ritenuto piuttosto adeguato per quanto riguarda trasporti pubblici e luoghi per attività sportive, mentre per oltre un Dirigente su due non sono sufficientemente numerosi i luoghi d'incontro per i giovani.

Per quanto riguarda il rapporto con gli insegnanti si conferma quanto osservato anche nella precedente rilevazione: all'aumentare dell'età diminuisce la quota di studenti che ha fiducia nei propri insegnanti e si sente accettato.

I dati raccolti evidenziano un buon grado di accettazione dei compagni che si mantiene in tutte le fasce di età superiore al 65% pur con differenze di genere con i maschi caratterizzati da una maggiore percezione positiva del grado di accettazione.

Complessivamente, i risultati che descrivono la relazione tra gli studenti emiliano-romagnoli e la scuola sono incoraggianti e mostrano che la maggior parte di essi ha buone relazioni con insegnanti, compagni e con la scuola, in generale. Molti sono però gli interventi possibili per ridurre i fattori di rischio emersi, come la mancanza di fiducia nei confronti dei propri docenti, la presenza di atti di bullismo e il mancato apprezzamento della scuola da parte di alcuni studenti. Interventi che consentono l'utilizzo di metodi di insegnamento di tipo collaborativo e un clima scolastico democratico hanno la potenzialità di promuovere relazioni positive con gli insegnanti, con i compagni e con la scuola nel suo complesso, favorendo situazioni di benessere tra i ragazzi.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- ¹Zimmer-Gembeck M.J., Locke E.M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16.
- ²Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- ³Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *Am J Community Psychol*. 2007;39:177-90.
- ⁴Longobardi C, Prino LE, Marengo D, Settanni M. Student-Teacher Relationships As a Protective Factor for School Adjustment during the Transition from Middle to High School. *Front Psychol*. 2016; 23;7:1988.
- ⁵Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Dev*. 2001;72:625-38.
- ⁶ Wang C, Hatzigianni M, Shahaeian A, Murray E, Harrison LJ. The combined effects of teacher-child and peer relationships on children's social-emotional adjustment. *J Sch Psychol*. 2016;59:1-11.
- ⁷Graziano PA, Reavis RD, Keane SP, Calkins SD. The Role of Emotion Regulation and Children's Early Academic Success. *J Sch Psychol*. 2007;45:3-19.
- ⁸Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*. 2001;72:625–638.
- ⁹Hughes JN, Cavell TA, Jackson T. Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: a prospective study. *J Clin Child Psychol*. 1999;28:173-84.
- ¹⁰de Jong EM, Koomen HMY, Jellesma FC, Roorda DL. Teacher and child perceptions of relationship quality and ethnic minority children's behavioral adjustment in upper elementary school. *J Sch Psychol*. 2018;70:27-43.
- ¹¹Dudovitz RN, Chung PJ, Wong MD. Teachers and Coaches in Adolescent Social Networks Are Associated With Healthier Self-Concept and Decreased Substance Use. *J Sch Health*. 2017;87:12-20.
- ¹²Lemma P, Borraccino A, 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.
- ¹³Zettergren P. School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *Br J Educ Psychol*. 2003;73:207-21.
- ¹⁴Lynch AD, Lerner RM, Leventhal T. Adolescent academic achievement and school engagement: An examination of the role of school-wide peer culture. *Journal of Youth and Adolescence*. 2013;42:6–19.
- ¹⁵van Rijsewijk LGM, Oldenburg B, Snijders TAB, Dijkstra JK, Veenstra R. A description of classroom help networks, individual network position, and their associations with academic achievement. *PLoS One*. 2018;13:e0208173.
- ¹⁶ UNESCO. (2019). Behind the numbers: Ending school violence and bullying. Paris.
- ¹⁷Dalla 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)
- ¹⁸Mascheroni, G. & Cuman, A. (2014). Net Children Go Mobile: Final report. Deliverables D6.4 & D5.2. Milano: Educatt.

4. SPORT E TEMPO LIBERO

INTRODUZIONE

L'attività fisica regolare aiuta a prevenire e curare le malattie non trasmissibili come le patologie cardiache, ictus, diabete, cancro, ipertensione. Aiuta a prevenire anche l'eccesso ponderale e può contribuire a migliorare la salute mentale, la qualità della vita e il benessere degli individui¹.

Ridurre i livelli di inattività fisica è una strategia fondamentale per diminuire il carico delle malattie, come indicato nel "*Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*"² dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS); per raggiungere questo ambizioso obiettivo è necessario prendere atto del fatto che i principali determinanti dell'inattività fisica sono associati a cambiamenti sociali e ambientali, come la tecnologia, la globalizzazione e l'urbanizzazione, che stanno trasformando il modo in cui le persone vivono, lavorano, viaggiano e si divertono, incrementando i livelli di 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. 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 probabilmente dovuto al fatto che la sedentarietà sottrae tempo all'attività fisica; alcuni studi hanno, infatti, dimostrato una riduzione del rischio di mortalità quando si sostituisce il tempo impiegato in attività sedentarie con una sessione di attività fisica di pari durata⁶.

Lo stare seduti "*sitting time*" viene considerato un marker del profilo "sedentario" e comprende tutta una serie di attività quali: guardare la TV, stare al computer, stare seduti a leggere o a lavorare, ecc⁷.

Occorre, tuttavia, precisare che un comportamento sedentario è un'attività che comporta una bassa spesa energetica⁸ e non deve essere definito come il mancato raggiungimento dei livelli raccomandati di attività fisica; un individuo, infatti, può trascorrere una grande quantità di tempo in un comportamento sedentario e soddisfare comunque le linee guida per l'attività fisica da moderata a vigorosa⁹.

Promuovere uno stile di vita attivo sin dall'età evolutiva diventa indispensabile e prioritario se si vuole rallentare lo sviluppo di processi patologici a lungo termine e creare abitudini sane per tutta la vita^{10,11}.

Attualmente, il primo Piano d'azione globale per promuovere l'attività fisica - *More active people for a healthier world* – dell'OMS risponde alla richiesta dei governi di avere linee guida aggiornate sulle politiche efficaci per aumentare l'attività fisica in tutta la popolazione e, specialmente, nei gruppi più a rischio come le donne adulte e gli adolescenti¹².

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

L'ATTIVITA' FISICA

Secondo l'OMS, per i giovani (5-17 anni) i livelli raccomandati di attività fisica includono il gioco, lo sport, i trasporti, la ricreazione, l'educazione fisica, nel contesto delle attività di famiglia, scuola e comunità, in modo da accumulare quotidianamente almeno 60 minuti di attività motoria moderata-intensa¹³.

La partecipazione ad attività motorie, ricreative e sportive, al contrario di televisione e computer, rappresenta, tra i comportamenti messi in atto dai ragazzi, una tra le risorse più importanti per migliorarsi, superare i propri limiti, divertirsi, costruire nuove amicizie e crescere in salute^{14,15}. La pratica sportiva consente, infatti, di attuare processi di

socializzazione, identificazione e strutturazione del carattere, migliora l'autostima ed accresce le competenze relazionali interpersonali, serve ad acquisire una ampia serie di competenze e abilità che non riguardano solo la motricità ma che sono utilissime per la vita futura¹⁶. È infatti ampiamente dimostrato che i benefici più evidenti che derivano ad un giovane dal praticare un'attività motoria regolare si manifestano non solo nello sviluppo fisico ma anche nel comportamento sociale e nell'autonomia^{17,18}. Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda "negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno"; in tabella 4.1 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi per età.

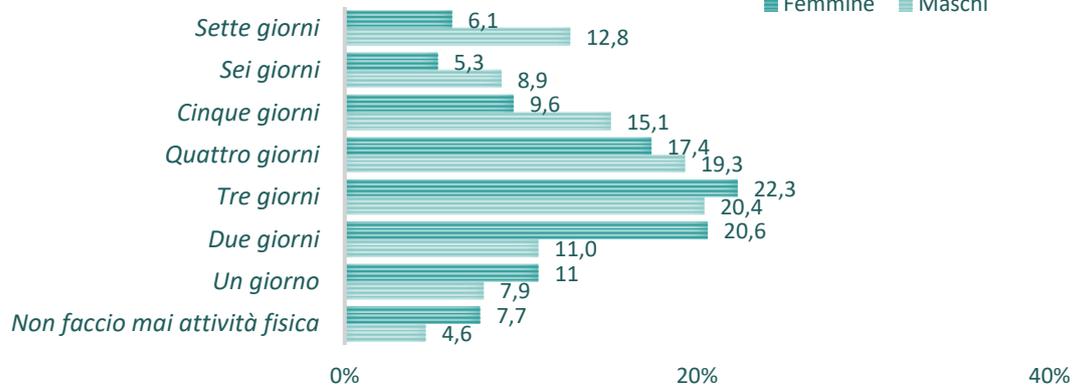
Tabella 4.1 "Nell'ultima settimana quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Non faccio mai attività fisica	3,5	6,9	9,2
Un giorno	6,6	9,5	13,5
Due giorni	16,8	13,5	18,2
Tre giorni	23,0	21,6	18,8
Quattro giorni	18,9	19,6	15,7
Cinque giorni	13,1	12,1	11,3
Sei giorni	7,6	7,2	6,1
Sette giorni	10,5	9,6	7,2

Osservando la tabella 4.1, si nota che il 3,5% dei ragazzi di 11 anni, il 6,9% dei ragazzi di 13 anni ed il 9,2% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 55%, in tutte e tre le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e complessivamente solo il 16% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana).

In figura 4.1, invece, si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi per genere. Si evince che, nel complesso, ad essere più attivi fisicamente sono i ragazzi; ad esempio, il 12,8% dei ragazzi contro il 6,8% delle ragazze svolge attività fisica ogni giorno della settimana per almeno 60 minuti.

Figura 4.1 Frequenza di attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere (%)



Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, al di fuori dell'orario scolastico, facessero esercizio fisico intenso tale da rimanere senza fiato o sudare, per individuare le differenze con un'attività fisica moderata. In tabella 4.2 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi per età a tale domanda.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Ogni giorno	11,6	8,7	5,5
Da 4 a 6 volte a settimana	20,4	23,4	21,7
2-3 volte a settimana	44,9	39,1	36,4
Una volta a settimana	10,8	13,9	16,5
Una volta al mese	2,0	5,3	6,5
Meno di una volta al mese	3,5	3,5	4,7
Mai	6,8	6,1	8,7

Osservando la tabella 4.2, si nota che il 6,8% dei ragazzi di 11 anni, il 6,1% dei ragazzi di 13 anni e l'8,7% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica intensa, mentre la maggior parte del campione, circa il 40%, in tutte e tre le fasce di età, dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana.

COMPORAMENTI SEDENTARI

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

Nei bambini e negli adolescenti, esiste una forte relazione, supportata da molteplici evidenze, tra il comportamento sedentario (principalmente “screen time”) e l'obesità²⁴. Alcuni studi hanno, inoltre, trovato un'associazione tra il comportamento sedentario e i livelli di pressione arteriosa e il colesterolo totale, ma anche con l'autostima, i problemi di comportamento sociale, l'idoneità fisica e il rendimento scolastico²⁴.

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

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

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

L'*American Academy of Pediatrics* affida ai genitori l'importante compito di educare i propri figli ad un uso consapevole e limitato dei diversi media²⁷. I bambini e gli adolescenti di oggi vivono immersi nei media: dalla TV ai media interattivi, quali i social e i videogiochi. L'utilizzo globale dei media tra gli adolescenti ha continuato a crescere negli ultimi dieci anni, aiutato dal recente aumento dell'uso del telefono cellulare; circa tre quarti degli adolescenti oggi possiedono uno smartphone, che consente l'accesso a Internet, streaming TV/video e “app” interattive, e circa un quarto si definisce “costantemente connesso” a Internet²⁸.

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

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	6,9	4,3	4,3
Circa mezz'ora	20,4	12,0	11,1
Circa un'ora	29,5	26,9	25,5
Circa 2 ore	22,8	27,8	30,5
Circa 3 ore	11,5	16,8	14,6
Circa 4 ore	4,0	5,8	8,2
Circa 5 ore o più	4,9	6,4	5,8

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	4,7	3,9	5,6
Circa mezz'ora	11,3	8,9	7,5
Circa un'ora	21,2	15,1	17,1
Circa 2 ore	23,7	25,1	23,6
Circa 3 ore	16,6	17,9	18,6
Circa 4 ore	8,9	13,7	13,4
Circa 5 ore o più	13,6	15,4	14,2

In generale, si osserva come durante i giorni di scuola il tempo passato davanti alla TV per la maggior parte dei ragazzi (rispettivamente il 52,3% degli undicenni il 54,7% dei tredicenni ed il 56% dei più grandi) si aggira tra una/due ore giornaliere. Durante il fine settimana non si evincono sostanziali cambiamenti nella frequenza d'uso della televisione/DVD/altre forme di intrattenimento su schermo.

Nelle tabelle 4.5 e 4.6 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.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	16,4	19,4	23,7
Circa mezz'ora	26,9	19,0	19,8
Circa un'ora	24,3	21,7	23,0
Circa 2 ore	15,8	18,0	14,9
Circa 3 ore	7,8	11,0	8,6
Circa 4 ore	4,4	4,6	4,2
Circa 5 ore o più	4,4	6,3	5,8

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	11,8	16,8	24,3
Circa mezz'ora	18,0	14,3	14,7
Circa un'ora	22,6	16,9	16,5
Circa 2 ore	18,7	17,3	16,6
Circa 3 ore	11,9	13,2	11,2
Circa 4 ore	5,8	8,3	6,4
Circa 5 ore o più	11,2	13,2	10,3

Solo il 15,8% dei giovani a 11 anni, il 18% a 13 anni ed il 14,9% dei più grandi dichiara di usare per circa 2 ore computer/console/tablet/smartphone e altri device durante i giorni di scuola; di contro, durante il fine settimana, le prevalenze sono rispettivamente 18,7% a 11 anni, 17,3% a 13 anni e 16,6% a 15 anni. In generale, la frequenza più elevata del tempo dedicato dagli adolescenti a questi device si osserva durante il fine settimana.

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

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

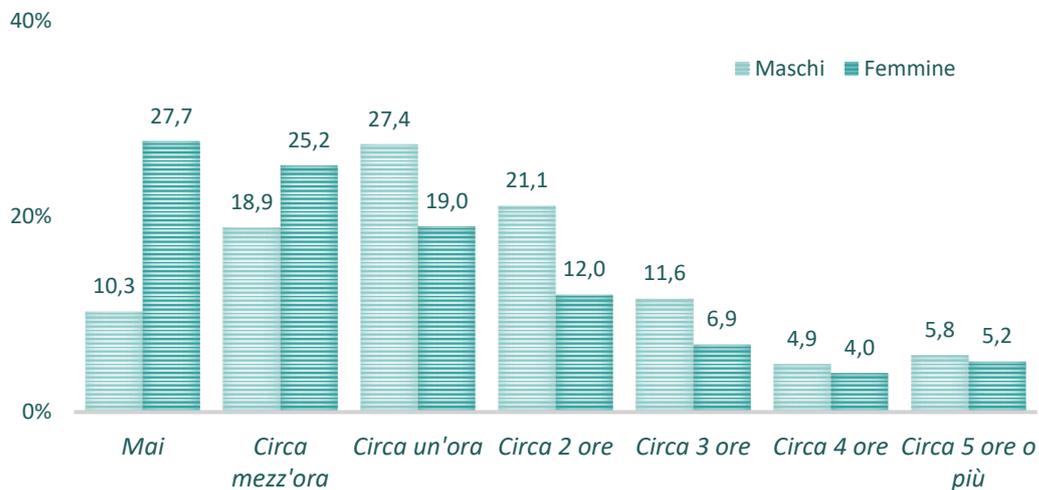


Figura 4.2 Frequenza del tempo dedicato durante il fine settimana all'utilizzo di computer/console/tablet/smatphone, per genere (%)



Per quel che riguarda le differenze di genere, si osserva una spiccata preferenza dei ragazzi, rispetto alle coetanee, per i diversi device. Sono infatti solo poco più del 9% dei maschi a dichiarare di non utilizzarli mai, contro più del 26% delle ragazze (percentuali medie delle ore trascorse durante la settimana e nel week-end).

CONCLUSIONI

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità i ragazzi fino a 17 anni dovrebbero fare almeno 60 minuti di attività fisica al giorno e 3 sessioni a settimana di attività fisica intensa per godere di livelli ottimali di fitness cardiorespiratoria e muscolare, salute cardiocircolatoria (pressione arteriosa, lipidi e glucosio ematico, sensibilità all'insulina), massa ossea, funzioni cognitive (funzioni esecutive e rendimento scolastico) e la salute mentale (riduzione dei sintomi di depressione), nonché per ridurre la massa grassa.

I risultati dell'indagine HBSC in Emilia-Romagna mostrano che solo una piccola parte dei giovani tra gli 11 e i 15 anni della Regione Emilia-Romagna raggiunge questo livello di attività fisica: il 10,5% degli undicenni, il 9,6% dei tredicenni e il 7,2% dei quindicenni. Inoltre, solo il 32% circa dei ragazzi di 11 e 13 anni e il 27% dei ragazzi di 15 anni raggiunge il livello raccomandato di 3 sessioni a settimana di attività intensa. Al di sotto dei livelli raccomandati l'attività fisica svolta determina comunque un parziale beneficio per la salute, tuttavia una quota non trascurabile di giovani (3,5 a 11 anni, 6,9% a 13 anni e 9,2% a 15 anni) riferisce di non svolgere mai alcun tipo di attività fisica.

Sebbene non sia stato identificato un cut-off ottimale ci sono ormai sufficienti evidenze per affermare che, indipendentemente dal volume di attività fisica svolto, il tempo trascorso dagli adolescenti in attività sedentarie, come guardare la TV o utilizzare i tablet, è associato a una maggiore massa grassa, peggior fitness e salute cardiovascolare, comportamenti e modalità di socializzazione inadeguati e ridotta durata del sonno.

In Emilia-Romagna una quota importante di adolescenti trascorre più di tre ore davanti alla televisione e più di tre ore utilizzando smartphone, tablet e computer, senza che sia documentabile un chiaro trend in aumento o in diminuzione rispetto all'età.

È particolarmente significativo osservare che, tra i giovani dell'Emilia-Romagna, i livelli di attività fisica diminuiscono durante l'arco di vita compreso tra gli 11 e i 15 anni, preparando il terreno al consolidamento di un comportamento a rischio destinato a mostrare un'alta prevalenza nell'età adulta. I dati suggeriscono pertanto la necessità di maggiore attenzione alla pianificazione di interventi che riducano la transizione da uno stile di vita attivo a uno più sedentario durante l'età adolescenziale. I setting più promettenti per raggiungere i ragazzi sono probabilmente l'associazionismo sportivo, attraverso strategie che limitino il fenomeno dell'abbandono delle attività motorie e sportive organizzate, e la scuola. La sostituzione di altre forme di attività fisica con altre più tipiche dell'età adulta, come la mobilità attiva e l'attività motoria autonoma in spazi pubblici, rappresenta un'altra possibile strategia di intervento.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- ¹ Global recommendations on physical activity for health: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1
- ² Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
- ³ 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 Biddle S.J., Gorely T, Marshall S.J, Murdey I, Cameron N. (2004). Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 124:29–33
- ⁹ Pate RR, Mitchell JA, Byun W, Dowda M. Sedentary behaviour in youth. *Br J Sport Med* 2011; 45: 906–913
- ¹⁰ Rowland TW. Physical Activity, Fitness and Children. In Bouchard C, Blair SN, Haskell W. *Physical Activity and Health*. Human Kinetics. 2007.
- ¹¹ 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
- ¹² More active people for a healthier world: <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>
- ¹³ WHO (2010). Global strategy on diet, physical activity and health: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>
- ¹⁴ Liu M, Wu L, Ming Q. How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10(8):e0134804.
- ¹⁵ Rodriguez-Ayllon M, Cadenas-Sánchez C, Estévez-López F et al. Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*. 2019
- ¹⁶ Eime RM, Young JA, Harvey JT, et al. A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013;15:10-98.
- ¹⁷ EU Working Group “Sport and Health” (2008). EU Physical Activity Guidelines: <http://www.eufic.org/article/en/artid/Guidelines-physical-activity/>
- ¹⁸ 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
- ¹⁹ 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
- ²⁰ 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
- ²¹ 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.
- ²² 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.
- ²³ 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
- ²⁴ 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.
- ²⁵ Rollo S, Gaston A, Prapavessis H. Cognitive and motivational factors associated with sedentary behavior: a systematic review. *AIMS Public Health*. 2016. 10.3934/publichealth.2016.4.956.
- ²⁶ Katzmarzyk PT. Physical activity, sedentary behavior, and health: paradigm paralysis or paradigm shift? *Diabetes*. 2010;59(11):2717-25.
- ²⁷ <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/American-Academy-of-Pediatrics-Announces-New-Recommendations-for-Childrens-Media-Use.aspx>

²⁸ Lenhart A. Teens, Social Media & Technology Overview 2015. Washington, DC: Pew Internet and American Life Project; 2015.

²⁹ COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. Media Use in School-Aged Children and Adolescents. Pediatrics. 2016 Nov;138(5)

³⁰ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325147/WHO-NMH-PND-2019.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5. ABITUDINI ALIMENTARI E STATO NUTRIZIONALE

INTRODUZIONE

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

L'alimentazione ha, dunque, un forte impatto sulla salute nel corso di tutta la vita in quanto condiziona lo stato fisico corrente dell'individuo, ma anche la possibilità di sviluppare, nel tempo, patologie cronico degenerative come cancro, diabete, malattie cardiovascolari e obesità^{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. Un giovane con un sano stile di vita avrà maggiori possibilità di divenire un adulto sano il quale, a sua volta, avrà più probabilità di vivere l'età senile in buona efficienza fisica con ovvi vantaggi per i cittadini stessi e per il Sistema Sanitario.

Nei giovani, in particolare durante l'adolescenza, il processo di cambiamento o di consolidamento di comportamenti favorevoli alla salute risulta fondamentale essendo questa un'età in cui, all'esigenza di mantenere uno stato di buona salute, si aggiunge quella di favorire una crescita sana in un momento di trasformazioni fisiche ed emotive. I comportamenti alimentari degli adolescenti sono influenzati da diversi fattori correlati e la famiglia è stata segnalata come uno dei principali fattori determinanti^{9,10,11}; i genitori, infatti, possono modellare il comportamento alimentare dei loro figli fornendo alimenti sani a casa^{12,13} e incoraggiando scelte alimentari salutari¹⁴. Anche l'ambiente scolastico così come l'influenza tra pari possono condizionare le scelte alimentari di un adolescente¹⁵.

L'OMS nel 2018 ha prodotto una fact sheet ad hoc che fornisce una serie di raccomandazioni per una dieta sana in tutte le fasce della popolazione e individua una serie di azioni che sinergicamente possono portare ad un miglioramento dell'offerta alimentare¹⁶. La dieta, infatti, si evolve nel tempo ed essendo influenzata da molti determinanti sociali ed economici, necessita di interventi multisettoriali ad esempio nell'ambito della governance, dell'agricoltura e dell'industria.

Nella prima parte del capitolo vengono presentati i risultati relativi ad alcune abitudini alimentari dei ragazzi, con particolare riferimento alla colazione e alla variabilità della dieta in termini di alimenti fortemente raccomandati, quali frutta e verdura, e alimenti sconsigliati, quali dolci e bevande zuccherate¹⁷.

La seconda parte del capitolo è invece dedicata allo stato ponderale dei ragazzi; HBSC raccoglie i dati auto-riferiti su peso e statura¹⁸, tramite i quali viene calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) e successivamente definito lo stato di: sottopeso, normopeso, sovrappeso e obeso utilizzando i valori soglia dell'International Obesity Task Force (IOTF) desunti da Cole et al.^{19,20}; per i confronti internazionali le curve dell'OMS²¹. L'Indice di Massa Corporea (IMC) di bambini, adolescenti e adulti, pur rimanendo elevato, sembra aver subito in alcuni Paesi ad alto reddito un arresto della crescita (plateau); al contrario, in alcune regioni asiatiche, è in continuo aumento²². Questa fase di plateau non deve, tuttavia, distogliere l'attenzione dal problema dell'obesità, soprattutto quella dei giovani, che rappresenta un fattore di rischio per una serie di morbosità in età adulta con ripercussioni notevoli anche sulla sfera psicologica dell'individuo.

Il capitolo si chiude con un focus sull'igiene del cavo orale proprio perché sono molte le patologie legate ad una igiene non corretta stabilitasi nell'infanzia e nell'adolescenza²³; anche in questo caso, un monitoraggio della diffusione di abitudini

di igiene orale nella popolazione giovanile può indicare quali sono le esigenze educative più urgenti in termini di prevenzione. Recenti studi suggeriscono, infatti, che il consumo di alimenti e bevande zuccherate è un chiaro fattore di rischio per la salute orale, in particolare: la carie dentale e l'infiammazione gengivale sono risultate correlate ad una dieta ad alto contenuto di zuccheri mentre, l'erosione dentale e il trauma dentale sono stati più comunemente associati al consumo di bevande zuccherate ²⁴.

FREQUENZA E REGOLARITA' DEI PASTI

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

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

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	16,5	21,4	25,4	20,7
Un giorno	4,0	4,6	3,4	4,0
Due giorni	3,2	3,4	5,6	3,9
Tre giorni	5,0	5,6	5,1	5,3
Quattro giorni	5,4	5,6	5,5	5,5
Cinque giorni	65,9	59,4	55,0	60,6

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Non faccio mai colazione il fine settimana	6,5	7,8	7,1	7,1
Di solito faccio colazione uno solo tra i giorni del fine settimana (o sabato o domenica)	15,2	20,8	29,2	21,1
Di solito faccio colazione sia il sabato che la domenica	78,3	71,4	63,7	71,8

Ben più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione entrambi i giorni del fine settimana, ma il consumo diminuisce al crescere dell'età.

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
No	8,2	7,4	6,7	7,5
Solo a metà mattina	11,3	12,2	12,4	11,9
Solo nel pomeriggio	30,1	29,1	26,0	28,6
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	50,4	51,3	54,9	52,0

Il 52% dei ragazzi ha l'abitudine di consumare uno spuntino sia la mattina che il pomeriggio, con frequenza maggiore tra i ragazzi di 13 e 15 anni. Circa il 40% dei ragazzi consuma la merenda una volta al giorno, mattina o pomeriggio. Non si evidenziano particolari differenze tra le classi di età.

Si evidenziano abitudini più sane nel campione del 2018 rispetto a quello del 2014, in quanto vi è un minor numero di ragazzi che salta la colazione e, al contempo, una maggiore percentuale di chi invece fa uno spuntino sia a metà mattina che nel pomeriggio.

Nel 2018 è stata introdotta una nuova domanda con la finalità di rilevare la frequenza del consumo dei pasti insieme in famiglia. Nella tabella 5.4 sono riportate le frequenze riferite al numero di pasti consumati insieme alla famiglia durante la settimana per le diverse classi di età.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Ogni giorno	50,2	53,4	48,9	51,0
La maggior parte dei giorni	38,1	38,7	41,0	39,1
Circa una volta alla settimana	7,7	5,2	6,9	6,6
Meno di una volta alla settimana	2,0	1,5	1,7	1,7
Mai	2,0	1,2	1,5	1,6

Il 50,2% degli undicenni, il 53,4% dei tredicenni e il 48,9% dei quindicenni consuma pasti con la propria famiglia "ogni giorno"; le frequenze sono simili nelle diverse classi di età. Anche per le altre categorie di consumo non si evidenziano particolari differenze.

CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

Le linee guida nazionali e internazionali sulla sana alimentazione¹⁷ consigliano di assumere 5 porzioni al giorno di frutta e/o verdura in quanto garantiscono l'apporto di

acqua, fibre, vitamine e sali minerali, importanti per una sana alimentazione. 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.)²⁸.

Ai ragazzi coinvolti nell'indagine è stato dunque chiesto di indicare la frequenza settimanale del consumo di frutta e verdura al fine di delinearne il consumo abituale (tabella 5.5).

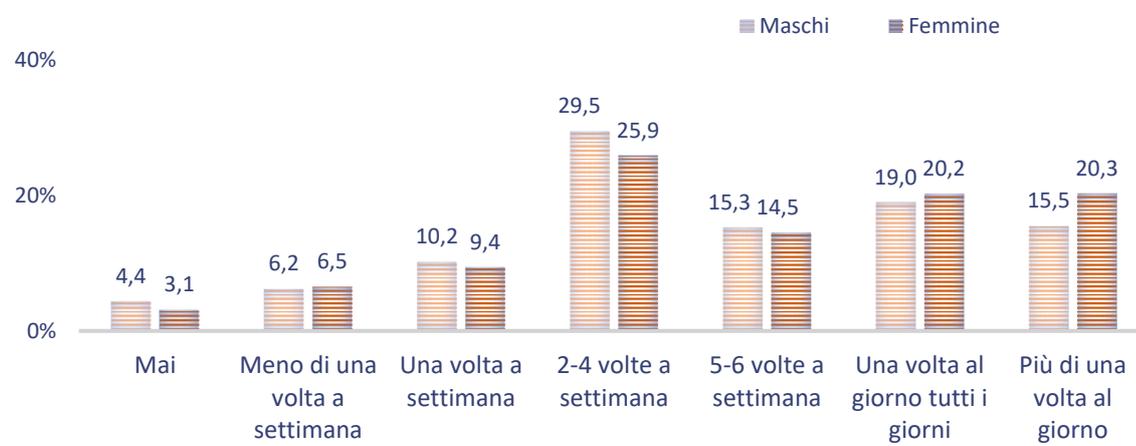
Tabella 5.5 "Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	3,9	3,1	4,3	3,7
Meno di una volta a settimana	6,0	6,8	6,3	6,4
Una volta a settimana	8,6	10,4	10,6	9,8
Tra 2 e 4 giorni a settimana	27,0	28,3	27,7	27,6
Tra 5 e 6 giorni a settimana	15,3	13,2	16,4	14,9
Una volta al giorno tutti i giorni	20,7	19,0	19,1	19,6
Più di una volta al giorno	18,5	19,2	15,6	18,0

Complessivamente il consumo di frutta con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie "Tra 2 e 4 giorni a settimana" e "Una volta al giorno tutti i giorni". In generale, non si evidenziano sostanziali differenze tra le classi di età.

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

Figura 5.1 Frequenza del consumo di frutta, per genere (%)



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di frutta sono generalmente sovrapponibili. Considerando le varie categorie di consumo una percentuale lievemente maggiore si evidenzia nelle femmine.

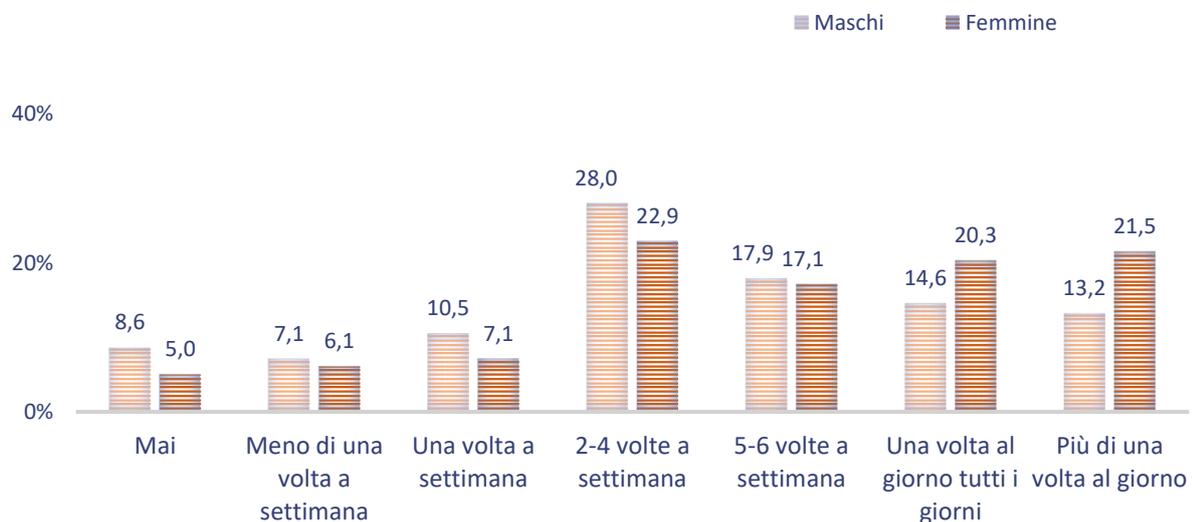
Tabella 5.6 “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	8,6	6,3	4,8	6,7
Meno di una volta a settimana	5,8	7,4	6,6	6,6
Una volta a settimana	10,0	8,5	7,4	8,7
Tra 2 e 4 giorni a settimana	23,6	25,5	27,4	25,3
Tra 5 e 6 giorni a settimana	16,5	18,4	17,6	17,5
Una volta al giorno tutti i giorni	19,7	15,3	17,6	17,6
Più di una volta al giorno	15,8	18,6	18,6	17,6

Complessivamente il consumo di verdura con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie “Tra 2 e 4 giorni a settimana” con una percentuale maggiore nei quindicenni.

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

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



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di verdura sono generalmente sovrapponibili. Percentuali leggermente maggiori si denotano per le ragazze (il 41,8% mangia verdura una/più volte al giorno contro il 27,8% dei ragazzi).

CONSUMO DI DOLCI E BEVANDE GASSATE

L'assunzione di grassi e zuccheri in eccesso è un'abitudine sempre più diffusa, in buona parte dovuta al consumo di prodotti dell'industria alimentare che contengono quantità notevoli di tali nutrienti ^{29,30}.

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	2,9	3,1	2,7	2,9
Meno di una volta a settimana	10,3	7,7	6,6	8,3
Una volta a settimana	15,1	13,1	13,1	13,9
Tra 2 e 4 giorni a settimana	29,7	27,4	29,3	28,8
Tra 5 e 6 giorni a settimana	14,8	19,0	17,7	17,1
Una volta al giorno tutti i giorni	15,2	16,9	18,4	16,7
Più di una volta al giorno	12,0	12,8	12,2	12,3

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	17,5	15,2	18,1	16,8
Meno di una volta a settimana	24,2	20,7	21,0	22,1
Una volta a settimana	23,4	25,8	22,4	24,0
Tra 2 e 4 giorni a settimana	18,4	19,0	23,0	19,8
Tra 5 e 6 giorni a settimana	6,3	8,1	6,5	7,0
Una volta al giorno tutti i giorni	4,1	4,3	3,2	4,0
Più di una volta al giorno	6,1	6,9	5,8	6,3

In generale, il consumo settimanale di dolci risulta maggiore rispetto al consumo di bevande con zucchero (il 29% mangia dolci una/più volte al giorno contro il 10,3% che invece fa un consumo di bevande zuccherate). Per quanto riguarda le classi di età generalmente i consumi risultano sovrapponibili.

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	17,4	13,0	13,0	14,6
Meno di una volta a settimana	17,1	17,0	17,5	17,1
Una volta a settimana	21,0	23,1	24,4	22,7
Tra 2 e 4 giorni a settimana	23,6	30,3	29,2	27,6
Tra 5 e 6 giorni a settimana	12,0	11,1	10,5	11,3
Una volta al giorno tutti i giorni	4,9	2,7	3,7	3,8
Più di una volta al giorno	4,0	2,8	1,7	2,9

Il 27,5% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre il 14,6% dichiara di non assumerli mai; solamente il 17,9% li mangia tra 5 e 6 giorni a settimana o più.

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

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

	11 anni (%)		13 anni (%)		15 anni (%)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Frutta	37,0	41,4	33,7	42,5	31,7	37,0
Verdura	31,9	39,3	23,2	44,0	28,3	42,2
Legumi	9,7	8,2	4,9	6,0	4,8	5,9
Cola o altre bibite zuccherate/gassate	10,9	9,6	15,0	7,8	13,8	5,3
Snack salati	12,2	17,2	14,0	18,0	13,3	15,6
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.)	18,8	15,6	16,0	12,8	17,1	10,2
Cereali (pane, pasta, riso)	50,9	53,8	59,7	62,0	66,3	56,9
Dolci (merendine o dolci di cioccolato)	23,3	31,3	27,6	31,6	31,9	29,6

STATO NUTRIZIONALE

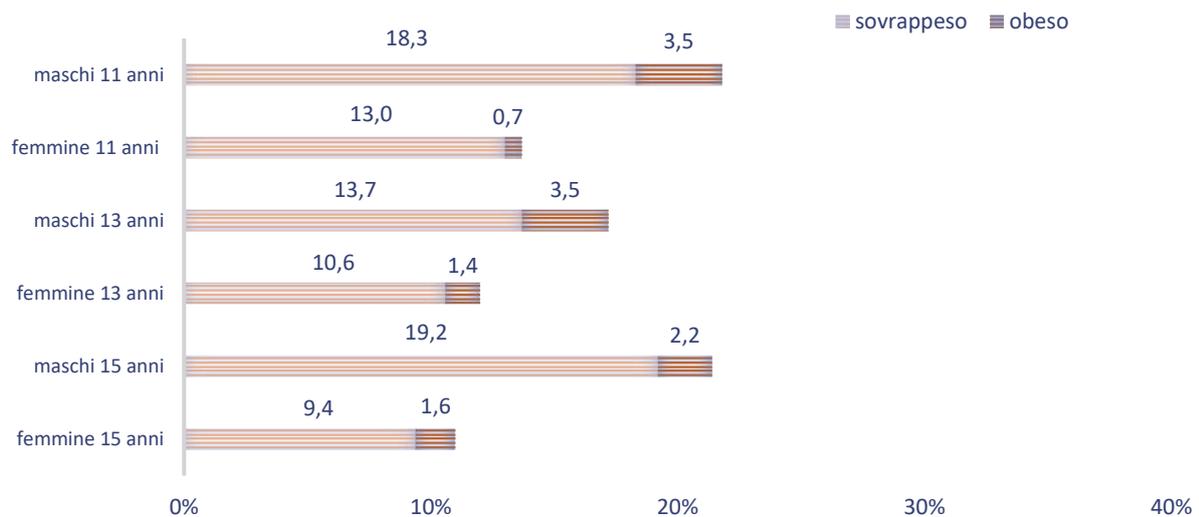
È stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea ($IMC=kg/m^2$) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole¹⁹⁻²⁰ in modo separato per età e sesso. Nella tabella 5.11 sono riportate le frequenze riferite alle classi di età 11, 13 e 15 anni. La figura 5.4, evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per età (11, 13 e 15 anni) e per genere.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Sottopeso	4,1	1,7	2,2	2,7
Normopeso	77,9	83,8	82,3	81,3
Sovrappeso	15,8	12,1	13,6	13,8
Obeso	2,2	2,4	1,9	2,2

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con una percentuale dell'81,3%. I ragazzi sottopeso sono il 2,7%, i sovrappeso sono il 13,8% e gli obesi sono il 2,2%. La percentuale di obesità più alta si registra tra i tredicenni (pari al 2,4%), mentre a presentare un maggior sovrappeso sono gli undicenni (pari al 15,8%).

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



INSODDISFAZIONE CORPOREA

Gli adolescenti spesso riportano dei sentimenti d'insoddisfazione corporea, intesa come un sentimento di scontentezza per forma, peso, altezza o altri aspetti del corpo, causato da una distorsione percettiva/affettiva o da dati oggettivi ³¹. Tale insoddisfazione riguarda principalmente il proprio peso e il percepirsi "troppo grasse/i", indipendentemente dal fatto di essere oggettivamente sovrappeso o meno. Ai ragazzi è stato chiesto di pensare al proprio corpo e di riportare come si vedono tra le seguenti opzioni: (i) decisamente troppo magro, (ii) un po' troppo magro, (iii) più o meno della taglia giusta, (iv) un po' troppo grasso, (v) decisamente troppo grasso. Le risposte decisamente troppo grasso e un po' troppo grasso possono essere aggregate per descrivere il percepire di essere in sovrappeso ³².

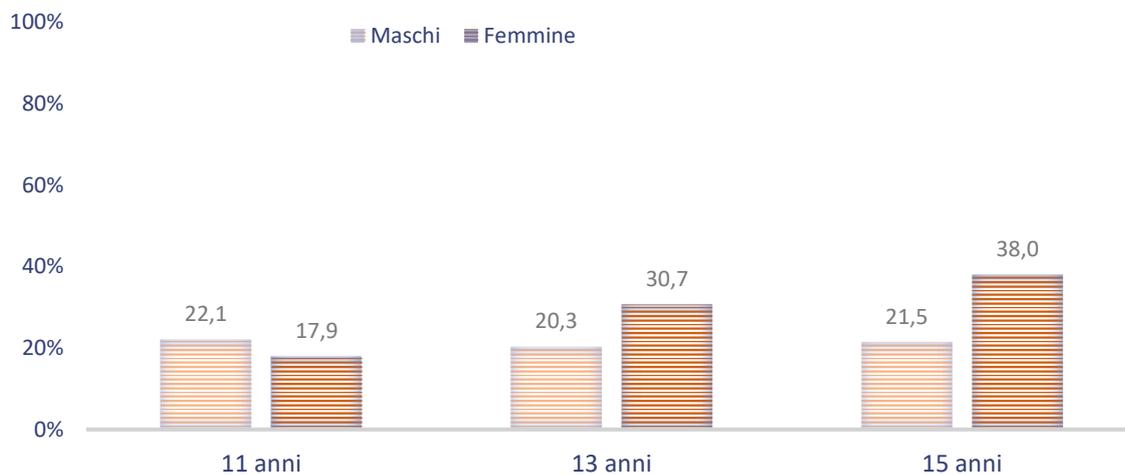
Nella tabella 5.12 sono riportate le frequenze riferite alla percezione del proprio corpo per le classi di età 11, 13 e 15 anni.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Decisamente troppo magro	2,8	1,7	1,5	2,1
Un po' troppo magro	10,9	12,6	9,6	11,1
Più o meno della taglia giusta	66,3	60,0	58,0	61,8
Un po' troppo grasso	18,3	22,4	27,0	22,1
Decisamente troppo grasso	1,7	3,3	3,9	2,9

In generale il 61,8% dei ragazzi si percepisce “più o meno della taglia giusta”, “Un po' troppo grasso” e “Un po' troppo magro” circa il 22,1% e l'11,2% rispettivamente. La percezione negativa della propria corporatura tende a crescere all'aumentare dell'età. Nella figura 5.5 è evidenziata la percentuale dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni che si percepisce in sovrappeso (“Un po' troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso”) distinta per genere.

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



All'aumentare dell'età si accresce la quota di coloro che si percepiscono “grassi o molto grassi”, tale convinzione è maggiore nelle femmine.

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Sottopeso	2,9	6,7	4,8	4,8
Normopeso	11,4	18,1	24,3	17,9
Sovrappeso	53,0	62,3	67,7	61,0
Obeso	88,9	87,0	94,4	90,1

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

	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
Sottopeso	3,8	4,2	4,0
Normopeso	11,2	23,1	17,2
Sovrappeso	46,6	69,6	58,1
Obeso	86,9	95,5	91,2

La maggior parte dei ragazzi che si percepisce “Un po’ troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso” risulta avere un IMC sovrappeso/obeso. Tuttavia, una percentuale non trascurabile (17,9%) di ragazzi normopeso si considera troppo grasso; tale fenomeno aumenta con l’età.

Guardando alla tabella suddivisa per genere, si denota una maggior propensione delle ragazze a considerare il proprio fisico come “troppo grasso”.

Ai ragazzi è stato anche chiesto se nel periodo in cui hanno compilato il questionario fossero a dieta; in tabella 5.14a è possibile consultare quanto dichiarato dai ragazzi, per età, nella tabella 5.14b la distinzione è fatta per genere e, infine, per IMC in tabella 5.14c.

Tabella 5.14a “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
No, il mio peso è quello giusto	50,8	46,2	36,1	45,2
No, ma dovrei perdere qualche chilo	21,8	22,3	28,5	23,8
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	10,7	11,4	10,3	10,8
Sì	16,7	20,1	25,1	20,2

Tabella 5.14b “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?”, per genere (%)

	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
No, il mio peso è quello giusto	49,4	41,3	45,2
No, ma dovrei perdere qualche chilo	21,5	25,9	23,8
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	14,0	7,9	10,8
Sì	15,1	24,9	20,2

Tabella 5.14c “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?”, per IMC (%)

	Sottopeso (%)	Normopeso (%)	Sovrappeso (%)	Obeso (%)	Totale (%)
No, il mio peso è quello giusto	41,8	51,4	15,7	3,7	45,2
No, ma dovrei perdere qualche chilo	4,0	19,5	46,1	45,0	23,8
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	50,2	12,0	0,5	0,0	10,8
Sì	4,0	17,1	37,7	51,3	20,2

In generale, il 45,2% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 23,8% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 20,2% dei ragazzi è a dieta.

Facendo un confronto tra le diverse età, emerge che sono i quindicenni quelli che maggiormente seguono una dieta e che affermano di voler perdere qualche chilo.

Distinguendo per genere, sono perlopiù le ragazze ad affermare di voler perdere qualche chilo o che comunque già seguono una dieta.

La metà dei ragazzi sottopeso ritiene che dovrebbe mettere su qualche chilo, ma al contempo quasi il 42% ritiene giusto il proprio peso; il 51,3% dei ragazzi obesi e il 37,7% dei sovrappeso segue una dieta.

IGIENE ORALE

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Più di una volta al giorno	74,4	74,0	77,7	75,1
Una volta al giorno	21,9	21,5	19,2	21,0
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2,7	3,2	1,8	2,6
Meno di una volta alla settimana	0,8	0,6	0,6	0,6
Mai	0,3	0,8	0,8	0,6

Il 96,1% afferma di lavare i denti una/più volte al giorno, senza differenze evidenti tra le varie età.

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei dati regionali, riguardanti le abitudini alimentari e lo stato nutrizionale dei ragazzi nel periodo adolescenziale, emergono alcune criticità su cui intervenire tenuto conto che corretti stili di vita consentono di favorire benessere e prevenire lo sviluppo di malattie cronico-degenerative.

Solo il 60,6 % dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola e alta è la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione (20%), la loro percentuale aumenta con l'età (16,5% a 11 anni; 21,4% a 13 anni e 25,4% a 15 anni). Il 37,6% dei ragazzi in Emilia-Romagna consuma la frutta "almeno una volta al giorno" e la percentuale tende a diminuire all'aumentare dell'età e nel sesso maschile. e soltanto il 17,6 dei ragazzi consuma verdura "più di una volta al giorno".

Nei ragazzi emiliano romagnoli le abitudini a consumare giornalmente dolci (29%) è stabile, mentre il consumo di bevande zuccherate è il 10,3

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale, in Emilia-Romagna l'81,3 % dei ragazzi è normopeso, la prevalenza di eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) si attesta sul 16%. In particolare, i ragazzi con sovrappeso sono il 13,8% e con obesità il 2,2%. La percentuale di obesità più alta si registra tra i tredicenni (pari al 2,4 %). I ragazzi sottopeso sono il 2,7%.

Il 61,8% degli adolescenti pensa che il proprio corpo "sia della taglia giusta", il 22,1% "grasso o troppo grasso" e circa il 13% si percepisce "magro o troppo magro". All'aumentare dell'età si accresce la quota di ragazzi che si percepiscono "grassi o molto grassi", tale percezione è maggiore nelle femmine.

I risultati dell'indagine dimostrano pertanto che persistono tra gli adolescenti emiliano romagnoli cattive abitudini alimentari che richiedono interventi finalizzati ad aumentare il consumo di alimenti salutari (frutta e verdura) e a ridurre alimenti nocivi per la salute. (snack dolci e salati). Sono emerse inoltre significative informazioni rispetto alla percezione soggettiva che le ragazze, in particolar modo, hanno del proprio corpo ritenuto eccessivamente grasso; si impone perciò la necessità di adottare strategie comunicative che utilizzino strumenti e tecnologie nei contesti in cui gli stessi giovani cercano informazioni. Il gruppo di pari rappresenta inoltre una idonea modalità di approccio per affrontare i temi che riguardano gli stili di vita in quanto l'adolescente è stimolato a sfruttare le relazioni e interazioni sociali per strutturare il senso d'identità e rafforzare valori e modelli.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

¹ World Health Organization. European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014;

² Willett WC, Stampfer MJ. Current evidence on healthy eating. *Annu Rev Public Health* 2013; 34: 77–95

³ Micha R, Shulkin ML, Peñalvo JL, et al. Etiologic effects and optimal intakes of foods and nutrients for risk of cardiovascular diseases and diabetes: systematic reviews and meta-analyses from the Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE). *PLoS One* 2017; 12: e0175149

⁴ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective. Continuous Update Project Expert Report, 2018. <https://www.wcrf.org/dietandcancer> (accessed Feb 19, 2019)

⁵ Katz DL, Meller S. Can we say what diet is best for health? *Annu Rev Public Health*. 2014;35:83-103

⁶ Das JK, Salam RA, Thornburg KL, Prentice AM, Campisi S, Lassi ZS, Koletzko B, Bhutta ZA. Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Ann N Y Acad Sci*. 2017 Apr;1393(1):21-33

⁷Centers for Disease Control and Prevention (2011).Morbidity and Mortality Weekly Report. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6005.pdf>.

- ⁸ GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2019 May 11;393(10184):1958-1972.
- ⁹ Watts A.W., Loth K., Berge J.M., Larson N., Neumark-Sztainer D. No Time for Family Meals? Parenting Practices Associated with Adolescent Fruit and Vegetable Intake When Family Meals Are Not an Option. *J. Acad. Nutr. Diet*. 2017;117:707-714.
- ¹⁰ Salvy S.J., Miles J.N., Shih R.A., Tucker J.S., D'Amico E.J. Neighborhood, family and peer-level predictors of obesity-related health behaviors among young adolescents. *J. Pediatr. Psychol.*
- ¹¹ Ferris K.A., Babskie E., Metzger A. Associations between Food-Related Parenting Behaviors and Adolescents' Engagement in Unhealthy Eating Behaviors: The Role of Nutrition Knowledge. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2017;84:231-246.
- ¹² Loth K.A., MacLehose R.F., Larson N., Berge J.M., Neumark-Sztainer D. Food availability, modeling and restriction: How are these different aspects of the family eating environment related to adolescent dietary intake? *Appetite*. 2016;96:80-86
- ¹³ Hebestreit A., Intemann T., Siani A., De Henauw S., Eiben G., Kourides Y.A., Kovacs E., Moreno L.A., Vedidebaum T., Krogh V., et al. On behalf of the I. Family Consortium. Dietary Patterns of European Children and Their Parents in Association with Family Food Environment: Results from the I. *Nutrients*. 2017;9:126.
- ¹⁴ Hebestreit A., Intemann T., Siani A., De Henauw S., Eiben G., Kourides Y.A., Kovacs E., Moreno L.A., Vedidebaum T., Krogh V., et al. On behalf of the I. Family Consortium. Dietary Patterns of European Children and Their Parents in Association with Family Food Environment: Results from the I. *Nutrients*. 2017;9:126.
- ¹⁵ Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90:282-7.
- ¹⁶ https://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/healthy_diet_fact_sheet_394.pdf?ua=1
- ¹⁷ Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN. Linee guida per una sana alimentazione italiana (http://nut.entecra.it/648/linee_guida.html).
- ¹⁸ Currie C., Samdal O., Boyce W., eds (2001). *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
- ¹⁹ Cole JT, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240-5.
- ²⁰ Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, et al. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007;335(7612):194.
- ²¹ World Health Organization. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. (WHO Technical Report Series; 854)*. Geneva: WHO; 1995.
- ²² NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128 · 9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017; 390(10113):2627-42.
- ²³ Asawa K, Sen N, Bhat N, Tak M, Sultane P, Patil V. Association of sugary foods and drinks consumption with behavioral risk and oral health status of 12- and 15-year-old Indian school children. *J Educ Health Promot*. 2018;7:19.
- ²⁴ Hoyland A., Dye L., Lawton C.L. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutrition Research Reviews*, 22:220-43.
- ²⁵ Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M.(2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5:1396-404.
- ²⁶ Hallström L, Labayen I, Ruiz JR, et al. Breakfast consumption and CVD risk factors in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr* 2013;16(7):1296-305.
- ²⁷ Lazzeri G, Pammolli A, Azzolini E, et al. Association between fruits and vegetables intake and frequency of breakfast and snacks consumption: a cross-sectional study. *Nutr J* 2013;12:123.
- ²⁸ Veronese N, Solmi M, Caruso MG, Giannelli G, Osella AR, Evangelou E, Maggi S, Fontana L, Stubbs B, Tzoulaki I. Dietary fiber and health outcomes: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Am J Clin Nutr*. 2018 Mar 1;107(3):436-444.
- ²⁹ Malik V.S., Popkin B.M., Bray G.A., Despres J.P., Willett W.C., Hu F.B.(2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 33:2477-83.
- ³⁰ Vartanian L.R., Schwartz M.B., Brownell K.D. (2007) Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 97:667-75.
- ³¹ Palmonari A. (a cura di) (2011), *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna.
- ³² Whitehead, R., Berg, C., Cosma, A., Gobina, I., Keane, E., Neville, F., & Kelly, C. (2017). Trends in adolescent overweight perception and its association with psychosomatic health 2002-2014: evidence from 33 countries. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), 204-211.

6. COMPORTAMENTI DI DIPENDENZA

INTRODUZIONE

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

USO DI SOSTANZE

L'iniziazione dei giovani al fumo di tabacco e all'utilizzo di altre sostanze avviene per lo più in epoca adolescenziale e nell'ambito del gruppo che, a questa età, acquisisce sempre maggiore importanza. Ci sono diverse ragioni per cui gli adolescenti decidono di utilizzare sostanze psicotrope incluso il desiderio di provare nuove esperienze, il tentativo di affrontare problemi o di essere socialmente più accettati, o semplicemente rispondere alla pressione dei pari. I preadolescenti e gli adolescenti sono considerati "biologicamente programmati" per la ricerca di nuove esperienze e per l'adozione di comportamenti così come sono impegnati nella costruzione della loro identità. Provare droghe, siano esse legali o illegali, può soddisfare queste normali esigenze ma in modo non salutare con possibili ripercussioni nella loro vita futura¹. Da questo punto di vista, la fascia d'età dei teenager è considerata una finestra temporale particolarmente vulnerabile all'uso di sostanze a causa del fatto che il cervello si trova ancora in una fase di sviluppo e malleabilità (chiamata neuro plasticità) in cui alcune aree sono più mature di altre. La parte del cervello che processa il rinforzo ed il dolore, cruciali nell'assunzione di sostanze, matura prima della corteccia prefrontale responsabile del controllo delle emozioni e degli impulsi oltre che della presa di decisioni².

In linea generale bisogna considerare che non c'è un unico fattore responsabile dell'uso delle sostanze psicoattive, ma una serie di fattori che interagiscono fra di loro. Sono infatti vari i fattori che possono influenzare l'assunzione di sostanze durante l'adolescenza inclusa la loro disponibilità nella comunità di residenza o nella scuola, o l'utilizzo da parte dei propri amici. Anche la famiglia sembra rivestire un ruolo importante: violenza, abuso, malattie psichiatriche e uso da parte dei genitori incrementano la probabilità di utilizzo da parte dei figli³⁻⁴. Infine, esistono delle vulnerabilità ereditarie che spesso si combinano con caratteristiche di personalità (es. impulsività o sensation seeking) o a condizioni come depressione, ansia e Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) che possono rendere più probabile l'uso di sostanze durante la fase adolescenziale⁵. I fenomeni di abuso, riconosciuti fra i comportamenti a rischio tipici dell'adolescenza, hanno sulla salute un impatto ampiamente documentato: da quelli immediati come la mortalità per incidenti a quelli a distanza nel tempo come le patologie tumorali. Fra i problemi correlati all'utilizzo di sostanze occorre però considerare anche quelli non sanitari: disordini familiari e sociali e problemi di ordine economico non solo individuali.

In accordo con il "Global burden of disease, injuries and risk factors study" 2013⁶⁻⁷, l'uso di alcol e tabacco e secondariamente l'uso di sostanze illegali sono i principali

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

FUMO

Nonostante siano da tempo ben note le conseguenze negative sulla salute sia a lungo, che a medio e breve termine, il consumo di tabacco rimane la principale causa di morte prevenibile, con costi enormi dovuti alle patologie ad essa correlate, se si tiene conto sia dei costi per i trattamenti che quelli legati alla perdita di produttività dovuta alle morti premature⁸. Dal momento che questo comportamento si instaura per lo più durante l'adolescenza, la valutazione della diffusione del fenomeno rappresenta un processo indispensabile per riuscire a definire politiche efficaci di salute pubblica volte sia a promuovere una cessazione precoce che, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi della dipendenza⁹, in linea anche con quanto indicato a livello internazionale dalla Convenzione Quadro dell'OMS sul controllo del tabacco¹⁰ che stabilisce obiettivi e principi a cui i governi devono adeguarsi.

Tali interventi risultano particolarmente complessi fra i giovani che, nonostante le conseguenze negative note legate al fumo, attribuiscono all'uso di tabacco una funzione sia di tipo "regolatoria" del corpo come il controllo dell'umore o del peso, ma anche di tipo relazionale come l'appartenenza al gruppo o la sensazione di maturità e indipendenza¹¹⁻¹². A riguardo, già da diversi anni, poiché è stata dimostrata l'inefficacia di interventi basati solo sulla trasmissione di informazioni, si stanno sviluppando programmi finalizzati a sviluppare e rafforzare le competenze dei giovani per fare fronte alle pressioni sociali¹³.

Nelle tabelle 6.1, 6.2 e 6.3 viene descritta la quota di ragazzi che ha fumato almeno una sigaretta nella propria vita e negli ultimi 30 giorni.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	98,0	86,5	58,0	83,1
1-2 giorni	1,5	6,3	11,0	5,8
3-5 giorni	0,5	1,9	3,9	1,9
6-9 giorni	0	1,1	3,7	1,4
10-19 giorni	0	1,1	2,8	1,1
20-29 giorni	0	0,6	2,4	0,9
30 giorni o più	0	2,5	18,2	5,8

Si osserva che la maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” fumato; la percentuale di “non fumatori” si riduce, però, con l’aumentare dell’età, passando dal 98% degli undicenni al 86,5% dei tredicenni sino al 58% dei quindicenni (tabella 6.1).

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	99,5	93,6	72,8	90,2
1-2 giorni	0,4	3,4	8,0	3,5
3-5 giorni	0	1,0	3,1	1,2
6-9 giorni	0	0,6	3,1	1,0
10-19 giorni	0	0,6	2,7	0,9
20-29 giorni	0	0,1	4,4	1,3
30 giorni o più	0,1	0,7	5,9	1,9

La tabella 6.2 evidenzia che il consumo di sigarette negli ultimi 30 giorni, compreso anche quello più saltuario, aumenta sensibilmente con l’età e riguarda circa il 6,4% dei 13enni e il 27,2% dei ragazzi di 15 anni.

Le tabelle 6.3 illustrano la differenza di genere e di età per quanto riguarda la quota di ragazzi che dichiarano di aver fumato negli ultimi 30 giorni.

Tabella 6.3a Frequenza del fumo di sigaretta, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, per genere ed età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Maschi	0,6	6,3	27,5	9,9
Femmine	0,4	6,5	26,9	10,4

La tabella 6.3a evidenzia che a 15 anni il 27,5% dei ragazzi e il 26,9% delle ragazze ha fumato almeno una sigaretta nell’ultimo mese. Non si evidenziano particolari differenze di genere, mentre a livello nazionale si osserva che a 15 anni la quota dei maschi quindicenni è nettamente inferiore (24,8%) a quella delle femmine (31,9%).

Tabella 6.3b Frequenza del fumo di sigaretta frequente (20 o più giorni, negli ultimi 30 giorni, per genere ed età (%))

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Maschi	0,2	1,2	11,9	3,4
Femmine	0	0,5	9,2	2,9

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Maschi	0,2	1,2	7,3	2,3
Femmine	0	0,4	4,8	1,6

La quota di ragazzi che dichiara di aver fumato quotidianamente nell'ultimo mese è maggiore tra i maschi e aumenta con il progredire dell'età: a 15 anni l'11,9% dei maschi e il 4,9% delle femmine fumano ogni giorno; valori inferiori rispetto ai dati del 2014, rispettivamente 12% e 14% (tabella 6.3b). Analizzando chi riferisce di aver fumato per almeno 20 giorni negli ultimi 30, emerge che la percentuale di fumatori tra i 15enni è rispettivamente 7,3% nei ragazzi e 4,8% nelle ragazze (tabelle 6.3c).

ALCOL

Nonostante esista un trend secolare di riduzione del consumo di alcolici¹⁴ ed un aumento del numero di astinenti tra i quindicenni¹⁵, il consumo e l'abuso di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno che non può essere sottovalutato anche perché è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi verosimilmente mantenuti nell'età adulta. Sembra infatti esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta¹⁶. Altri autori considerano invece il consumo di alcol da parte dei giovani una fase del percorso culturale dell'adolescenza, senza che questo diventi necessariamente un problema in grado di segnarli in età adulta¹⁷.

Una considerazione da fare è che poiché l'OMS raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni e in Italia vige il divieto (Legge 8.11.2012 n.189) di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, il consumo anche di una sola bevanda alcolica da parte di ragazzi minorenni rappresenta un comportamento a rischio nel consumo di alcol. Sebbene l'uso di alcolici sia recentemente diminuito in molti paesi, rimane la sostanza maggiormente utilizzata dai giovani dopo la scuola primaria, rendendo utile monitorarne i consumi, identificare i fattori ad essi associati e stabilire politiche utili a limitarli¹⁸.

Naturalmente tali politiche devono tener conto anche dei cambiamenti che negli ultimi anni si stanno osservando sul consumo di bevande alcoliche. Nel nostro Paese infatti a fronte di una riduzione del consumo di vino durante i pasti, si registra un progressivo aumento di consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti.

Nelle tabelle 6.4 e 6.5 viene descritta la quota di ragazzi che ha bevuto alcol nella propria vita e negli ultimi 30 giorni.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	85,9	66,6	29,9	63,9
1-2 giorni	8,7	14,2	16,9	12,9
3-5 giorni	2,1	5,0	11,9	5,8
6-9 giorni	1,7	4,6	11,7	5,5
10-19 giorni	0,2	4,0	11,1	4,5
20-29 giorni	0,1	1,5	6,5	2,3
30 giorni o più	1,3	4,1	12,0	5,1

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	95,2	83,1	52,9	79,5
1-2 giorni	3,8	11,8	27,5	13,1
3-5 giorni	0,5	3,0	11,4	4,3
6-9 giorni	0,2	1,0	5,3	1,9
10-19 giorni	0,2	0,4	1,9	0,7
20-29 giorni	0	0,2	0,2	0,1
30 giorni o più	0,1	0,5	0,8	0,4

La maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” bevuto alcol (63,9%); tale percentuale si riduce nettamente con l’aumentare dell’età, passando dall’85,9% degli undicenni al 66,6% dei tredicenni sino al 29,9% dei quindicenni. Dalla tabella 6.5 emerge che anche la percentuale di ragazzi che dichiara di aver consumato alcol nel mese precedente l’indagine tende a crescere con l’età, passando dal 5% degli 11enni al 47% dei 15enni.

In Tabella 6.6 è riportata la frequenza di consumo di alcol quotidiana per genere ed età.

Tabella 6.6 Frequenza di consumo di alcol ogni giorno negli ultimi 30 giorni, per genere ed età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Maschi	0,2	0,8	1,2	0,6
Femmine	0	0,2	0,5	0,2

In tutti i gruppi di età il consumo quotidiano di alcol è quasi inesistente, sia tra i ragazzi che tra le ragazze (0,6% e 0,2% rispettivamente).

In tabella 6.7 si ha il dettaglio dei consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche.

Tabella 6.7 Frequenza di consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche (%)

	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente/Mai
Birra	0,5	4,5	4,4	90,6
Vino	0,7	3,4	5,4	90,5
Superalcolici	0,4	1,4	4,9	93,3
Alcolpops	0,6	2,1	3,6	93,7
Spritz	0,5	2,3	4,6	92,6
Altra bevanda alcolica	0,5	2,1	5,5	91,9

La birra e il vino sono le bevande alcoliche più consumate dei ragazzi.

HBSC ha da sempre indagato anche il fenomeno dell'ubriacatura. Nelle tabelle 6.8 e 6.9 si può dunque osservare la frequenza con cui i ragazzi di 11, 13 e 15 anni dichiarano di adottare questo comportamento scorretto.

Tabella 6.8 Frequenza di ubriacatura nel corso della vita, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
No, mai	98,5	93,5	71,6
Si, una volta	1,4	4,2	12,7
Si, 2-3 volte	0,1	1,5	10,0
Si, 4-10 volte	0	0,4	3,8
Più di 10 volte	0	0,4	1,9

Tabella 6.9 Frequenza di ubriacatura negli ultimi 30 giorni, per età (%)

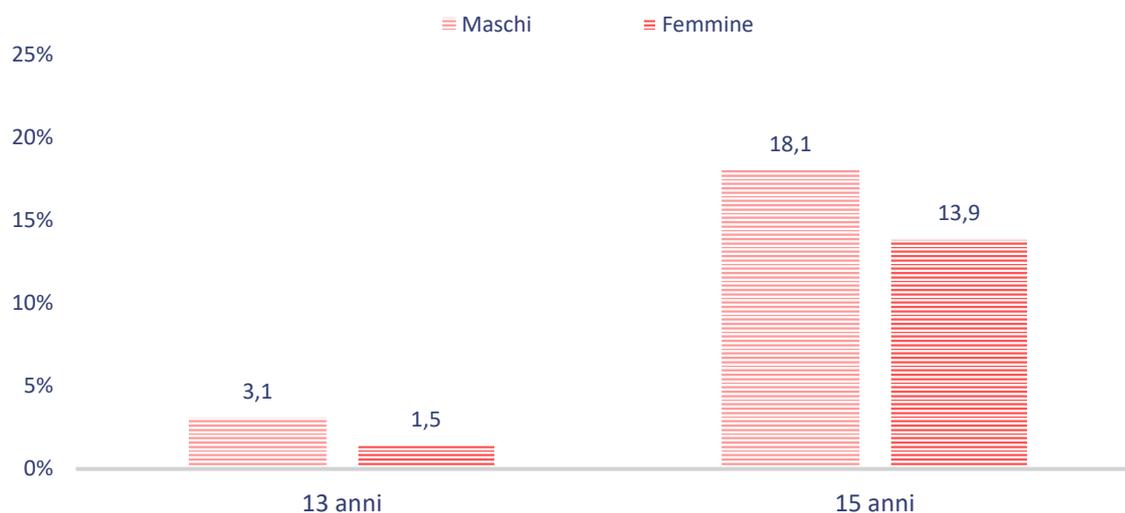
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
No, mai	99,8	98,8	89,7
Si, una volta	0,2	0,8	7,9
Si, 2-3 volte	0	0,1	2,0
Si, 4-10 volte	0	0,1	0,2
Più di 10 volte	0	0,2	0,2

Il fenomeno dell'ubriacatura aumenta sensibilmente con l'aumentare dell'età. A 15 anni circa il 28% dichiara di essersi ubriacati almeno una volta nel corso della vita: il 12,7% una volta, il 10% tra due e tre volte, circa il 5,7% quattro volte o più.

Per quanto riguarda gli ultimi 30 giorni, l'1,2% dei 13enni e il 10,3% dei 15enni riferisce di essersi ubriacato almeno una volta.

Nella figura 6.1 è possibile capire le differenze di genere ed età nella frequenza di ubriacatura; in particolare in coloro che dichiarano di essersi ubriacati 2 volte o più.

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

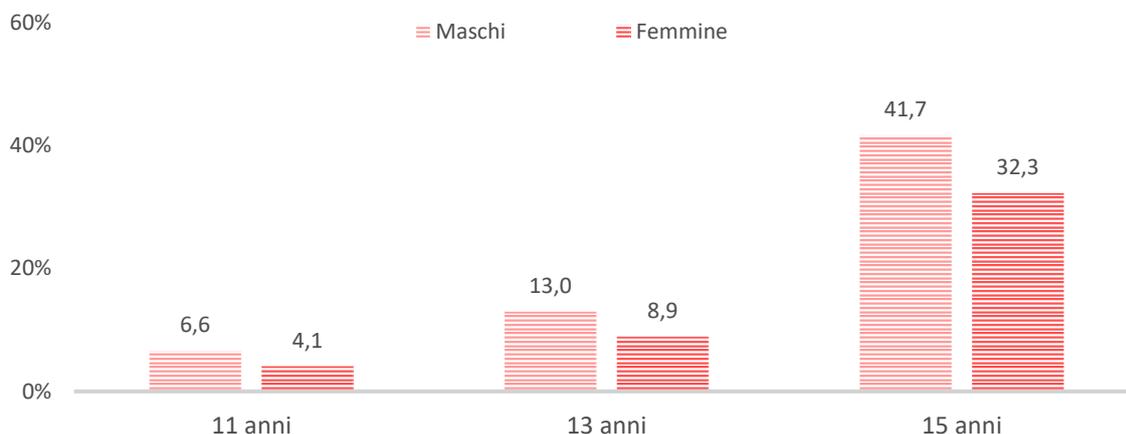


I maschi, in percentuale superiore alle femmine, dichiarano di essere stati ubriachi due volte o più: a 15 anni il 18% dei ragazzi si è ubriacato due o più volte, quota maggiore rispetto alle loro coetanee (14%). La quota degli 11enni non viene riportata per i valori molto bassi (maschi 0,2% e femmine 0%).

Nell'indagine viene indagato anche il Binge Drinking, ovvero il consumo in una sola occasione di 5 o più Unità Alcoliche (UA = 12 grammi di alcol puro) di una qualsiasi bevanda alcolica, fenomeno che si sta sempre più diffondendo tra i giovani¹⁹⁻²⁰. A riguardo, negli ultimi anni per contrastare tale fenomeno si stanno sviluppando strategie comunitarie come la Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (2014-2016)²¹ con azioni che vanno dalla riduzione dell'accessibilità alle bevande alcoliche e all'esposizione alle pubblicità sull'alcol, ad attività di ricerca e monitoraggio sul tema²².

Nella figura 6.2 è possibile capire le differenze di genere nella frequenza di binge drinking (assunzione di 5 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione).

Figura 6.2 Frequenza di coloro che dichiarano di aver consumato almeno una volta 5 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione negli ultimi 12 mesi, per età e genere (%)



Analogamente a quanto già visto per il consumo di alcolici e l'ubriachezza, anche il fenomeno del binge drinking presenta un aumento al crescere dell'età e, in generale, una maggior prevalenza fra i maschi rispetto alle loro coetanee. All'età di 15 anni, il 41,7% dei ragazzi e 32,3% delle ragazze ha bevuto almeno una volta cinque o più bevande alcoliche nel corso di una stessa occasione.

Dal confronto con il 2014 emerge una diminuzione del fenomeno del binge drinking per i maschi, in particolare negli undicenni (11% nel 2014), mentre i valori delle ragazze rimangono invariati. I valori regionali risultano complessivamente inferiori a quelli nazionali.

CANNABIS

L'uso di droghe quali la cannabis e, in generale, la sperimentazione di sostanze stupefacenti, sono fra i comportamenti a rischio maggiormente discussi quando si studia lo stato di salute degli adolescenti; questo perché, nonostante gli sforzi compiuti a sostegno delle attività di prevenzione rivolte ai giovani, la diffusione del fenomeno rimane preoccupante²³⁻²⁴. Tale preoccupazione è legata in particolare al dato relativo all'età di inizio dell'uso di sostanze illecite, poiché i dati internazionali mostrano come il diffuso aumento dell'utilizzo di sostanze si accompagni ad un parallelo abbassamento dell'età di iniziazione²³. Nonostante si stia riscontrando come nel caso dell'alcol, una contrazione media nei consumi di cannabis lo studio di questo fenomeno rimane dunque una priorità per la Sanità Pubblica, soprattutto al fine di indirizzare nuove politiche preventive e di controllo.

Nella figura 6.3 è possibile capire le differenze di genere nella frequenza di quindicenni che ha fatto uso di cannabis nel corso della vita?

Figura 6.3 Frequenza dei quindicenni che hanno fumato cannabis nel corso della vita, per genere (%)



In Emilia-Romagna circa il 20% dei 15enni ha fatto uso di cannabis almeno una volta nel corso della vita. Dai dati emerge che le ragazze sono meno propense al fumo di cannabis: il 28,2% dei maschi e il 14,6% delle femmine ne ha dichiarato l'uso. Il 5% ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi (9,3%) rispetto alle loro coetanee (1,9%).

Rispetto all'indagine del 2014 il consumo di cannabis, sia "almeno una volta nella vita" che quello abituale (30+ giorni), è rimasto invariato nei maschi ed è calato significativamente nelle femmine.

GIOCO D'AZZARDO

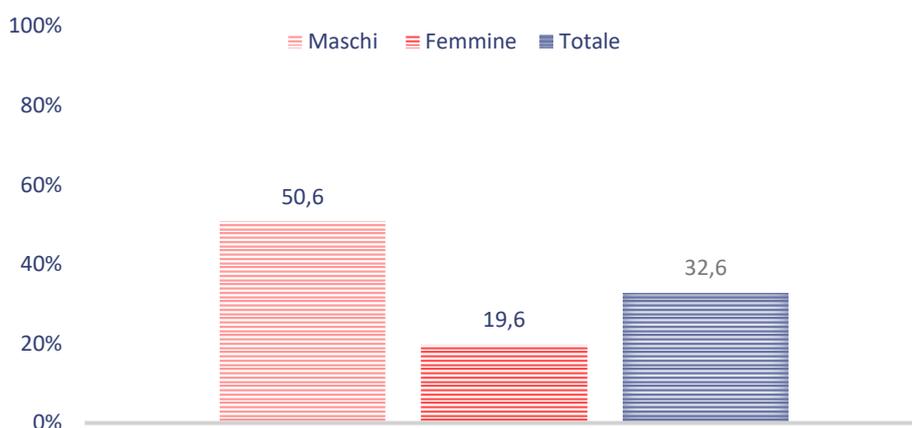
Nel corso degli ultimi anni la diffusione del gioco d'azzardo fra gli adolescenti è stata riconosciuta come un'importante tematica di salute pubblica e un campo emergente di ricerca²⁵⁻²⁶. Gli adolescenti sono considerati un gruppo ad alto rischio di sviluppo di problemi correlati al gioco d'azzardo perché tendono a sottostimare i rischi legati al gioco e spesso falliscono nel richiedere forme di aiuto o di assistenza per problemi di gioco²⁷. Come accade per gli adulti, anche in questa fascia di età la letteratura indica come quest'abitudine possa portare a diverse conseguenze negative, come per esempio comportamenti criminali, difficoltà scolastiche, compromissione delle relazioni sociali (per es. con genitori e amici), abuso di sostanze, depressione e persino suicidio²⁸. D'altra parte, il gioco d'azzardo è diventato ormai, nonostante i divieti previsti per legge, una popolare forma di svago fra gli adolescenti, tanto che dei recenti dati su 33 Stati Europei dimostrano come il 23% degli studenti ha dichiarato di aver giocato d'azzardo nell'ultimo anno (32% dei ragazzi vs 14% ragazze)²⁵. Diverse ricerche sono state condotte allo scopo di capire quali fattori e in che modo essi agiscano sull'inizio, lo sviluppo e la cronicizzazione del problema del gioco d'azzardo fra i più giovani. Ulteriori studi sono tuttavia necessari per comprendere meglio il ruolo di aspetti legati

alla società, variabili socio-economiche e dei media nell'influenzare valori, credenze e comportamenti rispetto a questo vizio. Le domande sul gioco d'azzardo inserite per la prima volta nell'indagine HBSC Italia del 2014 (e riproposte nella rilevazione 2018) sono volte ad indagare sia l'esperienza dei ragazzi con scommesse e puntate di denaro nel corso della vita, che a valutare il loro grado di 'coinvolgimento' riuscendo ad individuare la quota di ragazzi 'a rischio' di sviluppare problemi di gioco e quelli che già presentano 'seri problemi'.

Nell'ambito dell'indagine HBSC 2018 è stato chiesto ai ragazzi di 15 anni di indicare se hanno mai scommesso e/o giocato denaro nella loro vita.

Nella figura 6.4 si riporta la quota di quindicenni che ha provato a scommettere o a giocare denaro nella loro vita per genere.

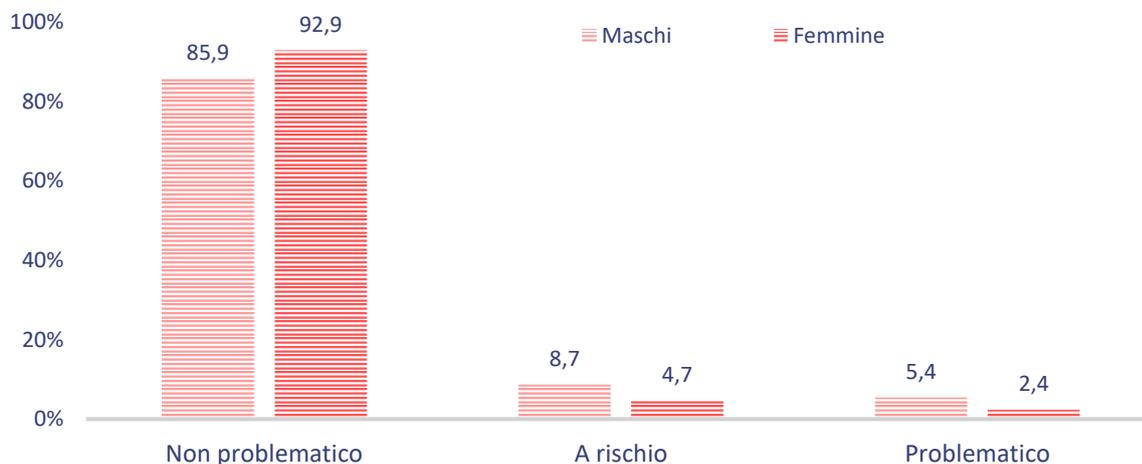
Figura 6.4 Frequenza di quindicenni che hanno scommesso denaro almeno una volta nel corso della vita, per genere (%)



Il gioco d'azzardo coinvolge circa il 33% dei ragazzi coinvolti nell'indagine, con sostanziali differenze di genere. Il 50,6% dei ragazzi e il 19,6% delle ragazze ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita; percentuali inferiori rispetto a quelle registrati a livello nazionale (rispettivamente 62,5% e 22,9%). I risultati delle ragazze sono in linea con i dati del 2014, mentre aumenta la frequenza di maschi che ha scommesso denaro, tale percentuale nel 2018 è pari al 50,6% era il 46% nel 2014.

La figura 6.5 mostra la percentuale di quindicenni con gioco d'azzardo a rischio e problematico negli ultimi 12 mesi.

Figura 6.5 Frequenza di quindicenni con gioco d'azzardo a rischio/problematico negli ultimi 12 mesi, per genere (%)



Il confronto tra maschi e femmine per quanto riguarda i comportamenti a rischio e problematico legati al gioco d'azzardo evidenzia anche in questo caso frequenze maggiori nei maschi. Sono risultati giocatori problematici il 5,4 % dei ragazzi e il 2,4% delle ragazze di 15 anni; risultati inferiori a quelli nazionali.

CONCLUSIONI

I dati evidenziati dimostrano come il consumo di sostanze psicoattive legali e illegali sia un comportamento che si è profondamente modificato nella percezione della popolazione generale.

Gli stili di consumo, nella fascia 11-15, trovano conferma in altre ricerche e nell'esperienza dei professionisti che rilevano un abbassamento dell'età media di iniziazione all'uso sostanze e al consumo abituale; un uso trasgressivo che si trasforma in habitus trasversale alle fasce sociali e alle età; una prevalenza di uso ricreazionale e prestazionale (lavoro, studio) con scarsa conoscenza/consapevolezza sui rischi del policonsumo e del consumo continuativo.

La scena del consumo di sostanze e dei nuovi comportamenti potenzialmente additivi sono diversi dalla scena delle dipendenze patologiche. Il consumo (come giocare d'azzardo o on line) non è percepito in modo problematico, ma come marker di successo e il rischio tende ad essere la norma. Il fatto che il 27,5% dei maschi e il 26,9% delle femmine 15enni abbiano fumato una sigaretta nell'ultimo mese avvalorava questo dato. Anche rispetto all'alcol i dati evidenziano che durante la crescita la disponibilità alla sperimentazione aumenta. L'alcol si conferma tra le sostanze psicoattive più consumate in Europa in ogni classe di età e il suo uso è il quinto fattore di rischio per il carico di malattia globale. L'incidentalità stradale alcol correlata rappresenta la prima causa di morte tra i giovani adulti maschi sino ai 29 anni. La

precocità dell'età di accesso alle sostanze così come il bere per ubriacarsi (24,5% dei 15enni dichiara di essersi ubriacato una volta o più nel corso della vita) determinano una attenzione specifica. A preoccupare in particolar modo è l'aumento nel 2020 delle giovani consumatrici a rischio; le 14-17enni superano per numerosità, per la prima volta, i loro coetanei maschi (F=30,5%; M=28,4%). L'aumento di comportamenti a rischio nel genere femminile è diffuso a tutte le classi di età sino ai 60 anni.

Le giovani generazioni sembrano non percepire i rischi connessi all'illegalità e all'uso di sostanze psicoattive; il 20% dei quindicenni emiliano-romagnoli ha avuto un contatto con la cannabis almeno una volta nella vita.

Il dato secondo il quale il 33% degli studenti ha dichiarato di avere giocato denaro almeno una volta nella vita, desta una certa preoccupazione, ancor più se letto contestualmente al dato riferito alla popolazione adulta che in Emilia-Romagna è più alto del dato nazionale (69% della popolazione regionale tra i 18 e gli 84 anni contro il 62% del dato nazionale). Discorso simile per il gioco problematico che interessa il 5,4% dei quindicenni versus il 14% della popolazione emiliano-romagnola maggiorenne. Infine, come per gli adulti, anche nella fascia 11-15 la prevalenza di giocatori maschi è maggiore di quella femminile.

I nuovi fenomeni di consumo uniti alla situazione pandemica ci mettono di fronte alla sfida di rivedere profondamente il sistema dei servizi al fine di creare una rete in grado di intercettare la complessa articolazione dei bisogni e dei problemi legati alle diverse modalità di assunzione di sostanze e dipendenze comportamentali, a loro volta riferibili in larga misura alle diverse età e stili di vita. Per il perseguimento di queste finalità è necessario pensare un sistema di servizi in forte connessione con la realtà sociale, capace di apprendimento e di riflessione e quindi di modificarsi in relazione al mutare dei fenomeni.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- ¹National Institute on Drug Abuse: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/>
- ²Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC, et al. (2004): Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A* 101:8174–8179.
- ³Oliveira LMFT, Santos ARMD, Farah BQ, Ritti-Dias RM, Freitas CMSM, Diniz PRB. Influence of parental smoking on the use of alcohol and illicit drugs among adolescents. *Einstein (Sao Paulo)*. 2019 Jan 14;17(1):eAO4377.
- ⁴Thomas RE, Baker PRA, Thomas BC. Family-Based Interventions in Preventing Children and Adolescents from Using Tobacco: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Pediatr*. 2016 Jul;16(5):419-429.
- ⁵Sussman, S.; Skara, S.; and Ames, S.L. Substance abuse among adolescents. *Substance Use & Misuse* 43(12–13):1802–1828, 2008.
- ⁶Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, et al.,. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2016;387(10036):2383-401.
- ⁷GBD 2013 Risk Factors Collaborators, Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, et al., Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(10010):2287-323.
- ⁸WHO report on the global tobacco epidemic 2019. https://www.who.int/tobacco/global_report/en/
- ⁹Cavallo 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.
- ¹⁰Framework Convention on Tobacco Control – FCTC. <https://www.who.int/fctc/en/>
- ¹¹Audrain-McGovern J., Rodriguez D., Rodgers K., Cuevas J., Sass J., Riley T.(2012). Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 120: 181-189.
- ¹²Lambert M., Verduykt P., Van den Broucke S. (2002). Summary on the literature on young people, gender and smoking. In: Lambert M, Hublet A, Verduykt P, Maes L, Van den Broucke S. Gender differences in smoking in young people. Brussels, Belgium: Flemish Institute for Health Promotion.
- ¹³Hwang MS, Yeagley KL, Petosa R. A meta-analysis of adolescent psychosocial smoking prevention programs published between 1978 and 1997 in the United States. *Health Educ Behav*. 2004;31(6):702-19.
- ¹⁴Looze 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.
- ¹⁵Vieno A, Altoè G, Kuntsche E, Elgar FJ. Do public expenditures on health and families relate to alcohol abstaining in adolescents? Multilevel study of adolescents in 24 countries. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37 Suppl 1:S120-S128.
- ¹⁶Poikolainen 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.
- ¹⁷Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440–449.
- ¹⁸Jo Inchley, Dorothy Currie, Alessio Vieno, Torbjørn Torsheim, Carina Ferreira-Borges, Martin M. Weber, Vivian Barnekow & João Breda. Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014.
- ¹⁹National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Drinking Levels Defined. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>.
- ²⁰M. Stolle, PM. Sack e R. Thomasius, Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions., in *Dtsch Arztebl Int*, vol. 106, n° 19, maggio 2009, pp. 323–8.
- ²¹Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016). https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf
- ²²Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2018*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/2).
- ²³Fink DS. Commentary on Burdzovic Andreas & Bretteville-Jensen (2017): Cannabis use opportunities-an under-researched factor in substance use epidemiology. *Addiction*. 2017;112(11):1983-1984.
- ²⁴Burdzovic Andreas J, Bretteville-Jensen AL. Ready, willing, and able: the role of cannabis use opportunities in understanding adolescent cannabis use. *Addiction*. 2017;112(11):1973-1982.
- ²⁵Molinaro S, Benedetti E, Scalese M, Bastiani L, Fortunato L, Cerrai S, Canale N, Chomynova P, Elekes Z, Feijão F, Fotiou A, Kokkevi A, Kraus L, Rupšienė L, Monshouwer K, Nociar A, Strizek J, Urdih Lazar T. Prevalence of youth gambling and potential influence of substance use and other risk factors throughout 33 European countries: first results from the 2015 ESPAD study. *Addiction*. 2018;113(10):1862-1873.

²⁶Calado F, Alexandre J, Griffiths MD. Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *J Gambl Stud.* 2017;33(2):397-424.

²⁷Canale N, Vieno A, Ter Bogt T, Pastore M, Siciliano V, Molinaro S. Adolescent Gambling-Oriented Attitudes Mediate the Relationship Between Perceived Parental Knowledge and Adolescent Gambling: Implications for Prevention. *Prev Sci.* 2016;17(8):970-980.

²⁸Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN. Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *J Adolesc Health.* 2010;47(3):223-36

7. SALUTE E BENESSERE

INTRODUZIONE

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

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

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

- a) Percezione del proprio stato di salute (eccellente, buono, discreto, scadente);
- b) Percezione del proprio benessere (valutato su una scala da 0 a 10);
- c) Presenza e frequenza (ogni giorno, più di una volta a settimana, una volta a settimana, una volta al mese, raramente o mai) di alcuni sintomi che sembrano essere importanti indicatori di benessere/malessere, e che verranno descritti all'interno di questo capitolo;

d) Consumo di farmaci (nessun farmaco nell'ultimo mese, un farmaco o più di un farmaco nell'ultimo mese).

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

SALUTE PERCEPITA

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

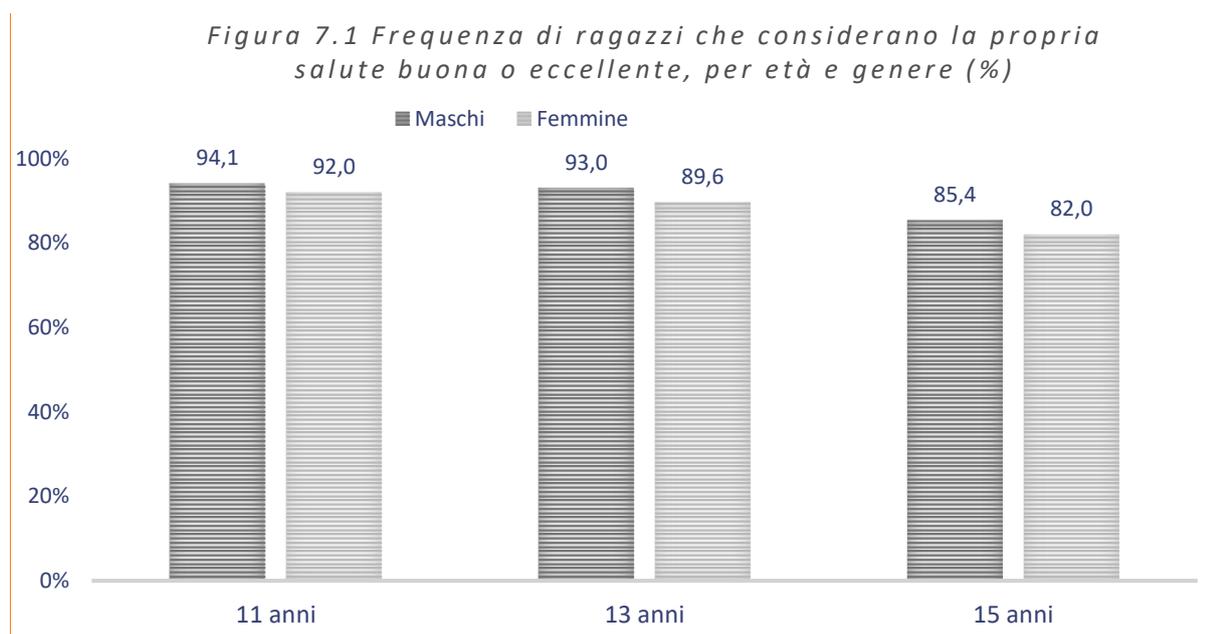
Nella tabella 7.1 sono riportate le frequenze percentuali relative alla valutazione del proprio stato di salute, per classe di età.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Eccellente	39,9	34,8	21,8	33,2
Buona	53,2	56,4	61,6	56,6
Discreta	6,3	7,5	14,9	9,1
Scadente	0,6	1,2	1,7	1,1

Dai dati in tabella si evince che l'89,8% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente o buono. Considerando le diverse classi di età, emerge che nel passaggio dagli 11 ai 15 anni diminuisce la percentuale di chi reputa la sua salute eccellente e aumenta quella di chi la reputa buona. Non emergono particolari differenze per quanto riguarda il dato attuale e quello del 2014.

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



Il giudizio positivo circa la propria salute diminuisce all'aumentare dell'età e la percezione della propria salute risulta migliore per i ragazzi rispetto alle ragazze, anche se senza sostanziali differenze.

BENESSERE PERCEPITO

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

Il giudizio espresso dai ragazzi riguardo alla percezione del proprio benessere è riportato in tabella 7.2 con raggruppamenti da 0 a 5 e maggiore/uguale a 6. Le percentuali riguardano i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

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 età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
0-5	9,2	10,4	15,7	11,4
≥6	90,8	89,6	84,3	88,6

Complessivamente l'88,6% dei ragazzi dichiara livelli medio-alti di soddisfazione (≥ 6 punti) per la propria vita, mentre un giudizio più critico (punteggio da 0 a 5 punti) è stato espresso dall'11,4% del campione.

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere; i ragazzi più grandi dichiarano una minor soddisfazione della propria vita.

Nelle Figure 7.2a e 7.2b le percentuali di percezione del benessere da parte dei ragazzi vengono distinte tra maschi e femmine con raggruppamenti 0-5 e ≥ 6 .

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

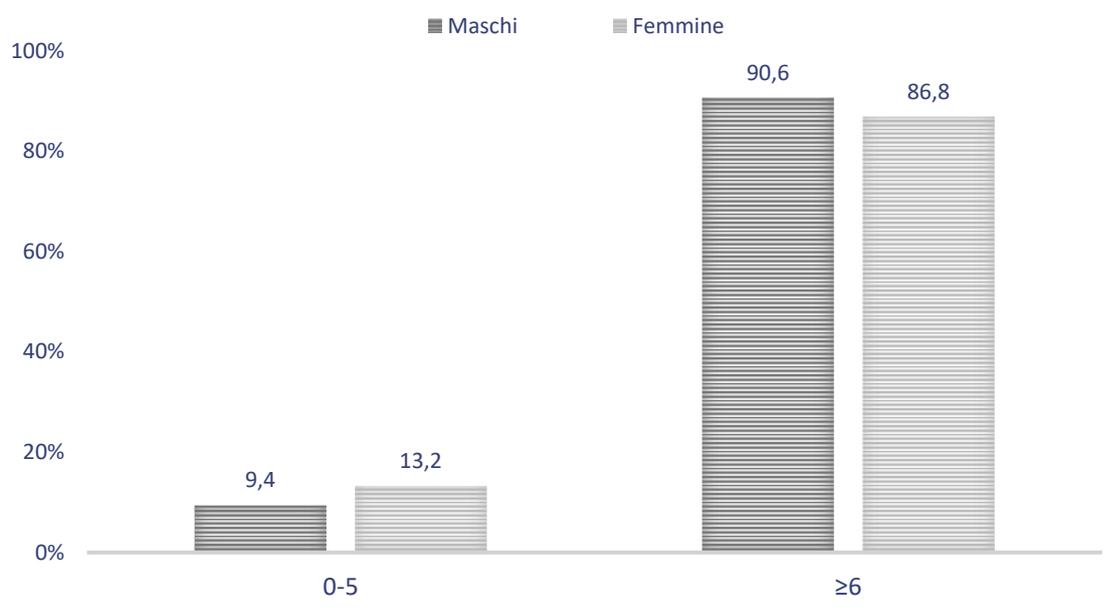
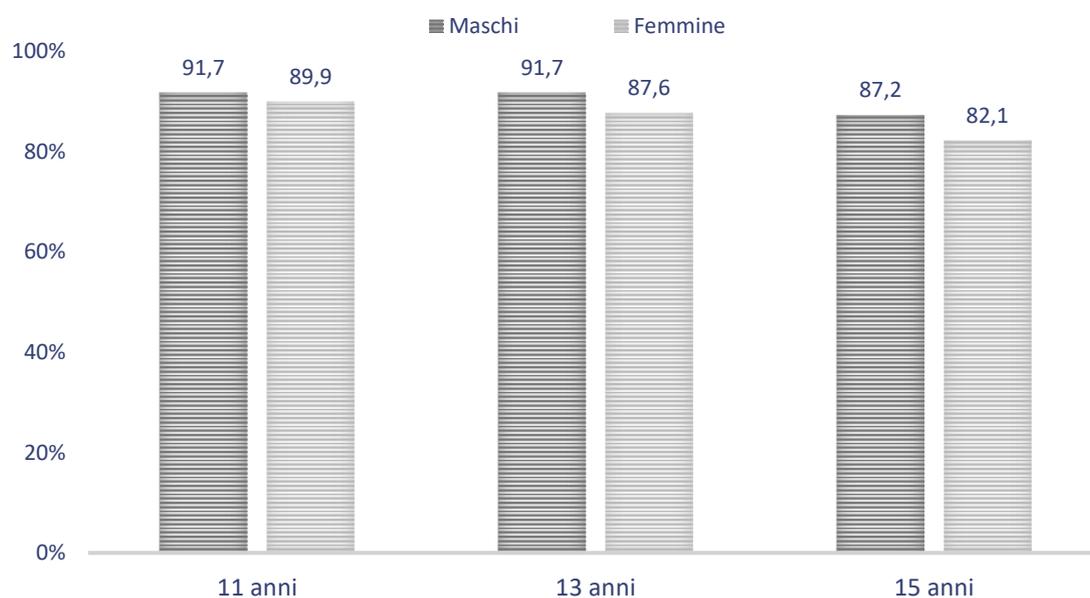


Figura 7.2b Frequenza di ragazzi che riferiscono una medio-alta percezione del benessere (punteggio tra 6 e 10), per età e genere (%)



Il confronto tra maschi e femmine evidenzia lievi differenze tra i due generi. Il 90,6% dei ragazzi dichiara livelli medio-alti di soddisfazione, valori maggiori rispetto alle loro coetanee (86,8%). La percezione medio-alta del proprio benessere diminuisce all'aumentare dell'età e risente di lievi differenze di genere che si osservano per tutte le classi di età (figura 7.2b).

SINTOMI RIPORTATI

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

La tabella 7.3 riporta le frequenze percentuali riferite alle tre classi di età (11, 13 e 15 anni) dei sintomi legati ai disturbi fisici, umorali e comportamentali avuti negli ultimi sei mesi.

Tabella 7.3 "Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito) uno dei seguenti sintomi: avere mal di testa, avere mal di stomaco, avere mal di schiena, sentirsi giù, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso, avere difficoltà ad addormentarsi, avere senso di vertigini", per età (%)

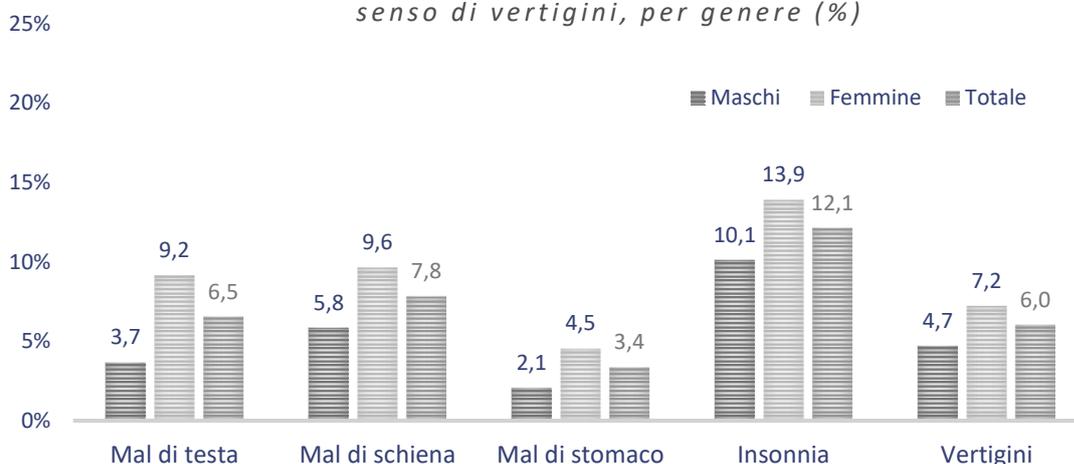
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Circa ogni giorno	31,9	35,3	40,5	35,4
Più di una volta a settimana	32	34,2	32	32,8
Circa una volta a settimana	18,9	19,3	17,4	18,7
Circa una volta al mese	13,8	9,8	8,8	11
Raramente o mai	3,4	1,4	1,3	2,1

Solo una piccola parte degli alunni intervistati, pari al 2,1%, riferisce di soffrire dei sintomi in elenco raramente o quasi mai, mentre il 35,4% li sente tutti i giorni e il 18,7% una volta alla settimana. Le percentuali riscontrate evidenziano un aumento dei sintomi quotidiani all'aumentare dell'età, indicato dal 31,9% degli undicenni, il 35,3% dei tredicenni e dal 40,5% dei quindicenni.

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

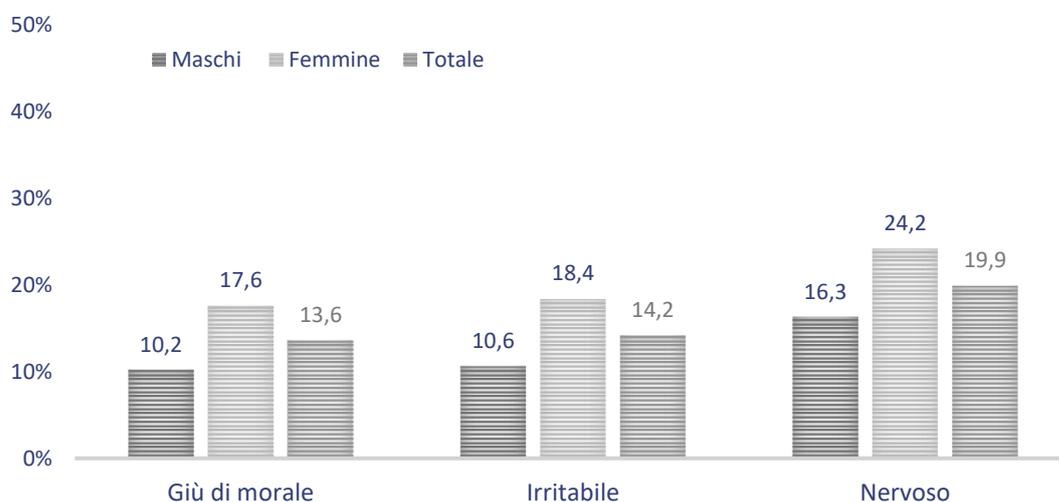
Le Figure 7.3 e 7.4 evidenziano, rispettivamente, le frequenze di sintomi somatici e psicologici avvertiti dai ragazzi (maschi, femmine e totale) quotidianamente.

Figura 7.3 Frequenze di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, senso di vertigini, per genere (%)



Il sintomo maggiormente riferito è la difficoltà di addormentarsi con una percentuale del 12,1%. Si osserva che sono sempre più le ragazze dei ragazzi a dichiarare la presenza di sintomi.

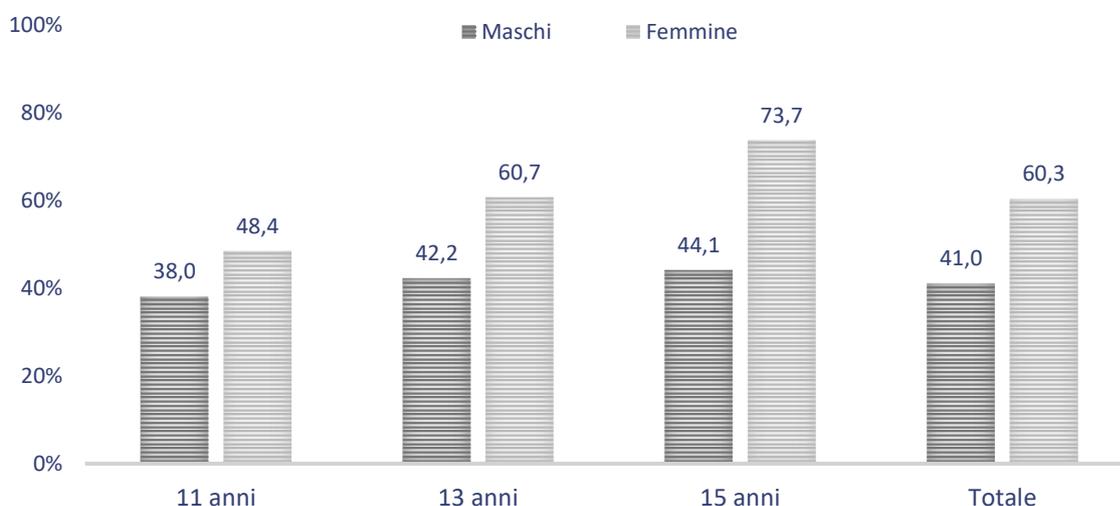
Figura 7.4 Frequenza di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra sentirsi giù, irritabile e nervoso, per genere (%)



Complessivamente i sintomi giornalieri più frequenti segnalati sono quelli della sfera psicologica: il sentirsi nervoso (19,9%), il sentirsi irritabile (14,2%) e giù di morale (13,6%). In generale le ragazze dichiarano più frequentemente la presenza di sintomi giornalieri.

La figura 7.5 mostra le percentuali, distinte per genere, dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni che, almeno una volta a settimana, dichiarano di soffrire di due dei sintomi precedentemente esplicitati.

Figura 7.5 Frequenza di coloro che dichiarano di soffrire di almeno due sintomi per più di una volta a settimana, per età e genere (%)



Il 41% dei ragazzi e il 60,3% delle ragazze dichiarano di soffrire di almeno due sintomi (tra mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, giramenti di testa, sentirsi giù di morale, sentirsi irritabili o di cattivo umore e sentirsi nervoso) per più di una volta alla settimana. Dai risultati emerge una marcata differenza di genere. Le femmine riportano più frequentemente la presenza di sintomi con un andamento crescente con l'età, mentre la percezione di malessere dei ragazzi rimane pressoché costante.

UTILIZZO DI FARMACI

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

Tabella 7.4 riporta l'uso dei farmaci per almeno un sintomo nell'ultimo mese.

Tabella 7.4 "Nell'ultimo mese hai preso medicine o farmaci (per almeno un sintomo)?", per età e genere (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Maschi	53,3	54,2	52,7	53,5
Femmine	56,7	61,3	75,0	63,7

Il 53,5% dei ragazzi dichiara di aver fatto uso di farmaci almeno una volta, senza particolari variazioni con l'età. Le ragazze invece hanno dichiarato un maggior ricorso ai farmaci (63,7%) con una percentuale che cresce significativamente con l'età, passando dal 56,7% degli undicenni al 75,0% delle quindicenni.

Il confronto con il campione dell'indagine del 2014 mostra un incremento nell'uso di farmaci soprattutto nei maschi e in particolar modo per i quindicenni (2014: 45%; 2018: 52,7%).

ABITUDINI SESSUALI

Il questionario HBSC rivolto ai ragazzi quindicenni contiene una breve sezione riguardante le abitudini sessuali e il tipo di contraccettivo utilizzato durante il rapporto sessuale. La tabella 7.5 mostra la frequenza di quindicenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi.

Tabella 7.5 Frequenze di ragazzi quindicenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi, per genere (%)

	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
Si	20,5	18,8	19,5
No	79,5	81,2	80,5

In Emilia-Romagna il 19,5% dei quindicenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; i maschi in percentuale maggiore (20,5%) delle femmine (18,8%). La quota di ragazzi sessualmente attivi è in calo rispetto al 2014 (Maschi: 24,5%; Femmine 24,7%)

La tabella 7.6 analizza per genere le frequenze percentuali di utilizzo, nell'ultimo rapporto sessuale, di metodi contraccettivi quali preservativo, pillola, coito interrotto e altri tipi di contraccettivi. La domanda è stata posta solo a coloro che avevano dichiarato di avere avuto rapporti sessuali completi.

Tabella 7.6 Frequenze percentuali del tipo di metodo contraccettivo utilizzato nell'ultimo rapporto sessuale, per genere (%)

	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
Preservativo	80,2	70,5	74,7
Pillola	19,0	16,5	17,6
Coito interrotto	29,5	42,2	36,7
Altri metodi	4,0	4,1	4,1

Da questi dati evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine. La maggior parte dei 15enni riferisce l'utilizzo del preservativo (l'80,2% dei maschi e il 70,5% delle femmine), seguito dall'interruzione del rapporto, dichiarato dal 42,2% delle ragazze e dal 29,5% dei coetanei maschi. Complessivamente, circa il 18% riferisce l'uso della pillola e il 4% altri metodi.

INFORTUNI

Ai ragazzi è stato chiesto il numero delle volte che, negli ultimi dodici mesi, hanno avuto infortuni per i quali è stato necessario un intervento da parte di personale medico o infermieristico. Nella tabella 7.7 sono riportate le frequenze percentuali relative a tali infortuni per i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Non negli ultimi 12 mesi	50,0	51,6	55,2	52,0
Una volta	26,5	26,6	25,5	26,2
Due volte	11,6	13,6	12,5	12,6
Tre volte	4,6	4,3	4,0	4,3
Quattro o più volte	7,3	3,9	2,8	4,9

In generale il 48% degli studenti dichiara di aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche; circa un quarto dei ragazzi ne ha avuto uno. Rispetto all'indagine 2014 si osserva una diminuzione dei ragazzi che riferiscono un infortunio negli ultimi 12 mesi, in particolare per gli undicenni e tredicenni.

RAPPORTO TRA PARI

Per indagare il rapporto dei ragazzi con i propri pari, sono state elaborate alcune domande volte ad identificare il sostegno che i ragazzi ricevono dalla propria rete di coetanei. In tabella 7.8 è possibile capire quanto riportato dai ragazzi.

Tabella 7.8 Frequenza di ragazzi che dichiarano di essere "abbastanza d'accordo", "d'accordo" o "molto d'accordo" con le quattro affermazioni..., per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	74,6	73,4	74,9	74,2
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	77,9	75,8	75,9	76,6
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	85,3	82,0	85,4	84,2
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	70,7	73,4	76,3	73,2

Complessivamente la capacità relazionale con gli amici risulta elevata e non emergono particolari differenze tra le fasce di età: l'84,2% dei ragazzi dichiara di avere amici con cui condividere gioie e dispiaceri, inoltre circa tre quarti sono d'accordo con le affermazioni "i miei amici provano ad aiutarmi" e "posso contare sui amici quando le cose vanno male". Il 73,2% dichiara di poter parlare con loro amici dei propri problemi, la percentuale di chi è d'accordo aumenta leggermente con l'età (dal 70,7% degli 11enni al 76,3% dei 15enni).

CONCLUSIONI

Il benessere psicofisico percepito e dichiarato dai giovani è soddisfacente, ma allo stesso tempo non si può ignorare che al crescere dell'età si osserva una maggiore frequenza nella segnalazione di situazioni di malessere e disagio accompagnato da sintomi specifici che si riflette nell'assunzione periodica di farmaci.

Nello specifico lo stato di salute dei giovani è per più di un terzo percepito come eccellente, tuttavia, se soltanto poco più dell'1% lo considera scadente, la somma fra salute discreta e buona supera il 60%. Il dato rileva che non sono molti i giovani a percepirsi in stato di ottimo benessere psicofisico. Significativo anche il passaggio dagli 11 ai 15 anni in cui diminuisce la percezione della salute come eccellente e si raddoppia chi la considera discreta o scadente.

Le femmine, dato confermato da tutte le domande successive, tendono a sottostimare la qualità della propria salute rispetto ai maschi; forse a causa di una maggiore propensione all'ascolto di sé, del corpo e del malessere.

Si conferma la tendenza a considerare in modo più negativo il benessere con il progredire dell'età. L'effetto della maggiore consapevolezza è da integrare con l'incorrere in più situazioni di disagio dovute a cause molteplici: difficoltà scolastiche, stress, fragilità, incontro con situazioni a rischio, competitività, crisi adolescenziale.

Significativo che l'11,4% consideri la propria vita come la peggiore possibile. Il divario si mantiene fra femminile e maschile: le femmine si collocano in misura nettamente superiore.

Preoccupante la presenza di sintomi di natura psico fisica. Si passa dal 66% al 75% a 15 anni con sintomi frequenti: il malessere è evidenziato da sintomi. La prevalenza di sintomi riportati è la stessa nei maschi e nelle femmine in cui permane una certa propensione a dichiararli. Più del 60% delle femmine, si sente ogni giorno irritabile.

Il 75% delle femmine, contro il 52% dei maschi dichiara di avere preso farmaci nell'ultimo mese nella fascia dei 15 anni. Il ricorso a farmaci è dunque abbastanza ricorrente, a ulteriore conferma della esistenza dei sintomi dichiarati.

La percentuale di giovani che dicono di avere avuto rapporti sessuali completi a 15 anni è intorno al 20%. Le forme di contraccezione sono conosciute e praticate, ma il 36% si affida al coito interrotto, quindi a nessuna protezione considerata "sicura", a indicazione di una non adeguata percezione del rischio in questo gruppo di popolazione.

Soddisfacente risulta il rapporto con i pari con una leggera propensione da parte delle femmine a riferire relazioni più strette con le proprie coetanee all'età di 15 anni. Questa buona sintonia con i propri coetanei può essere considerata un motivo a favore del potenziamento di iniziative di educazione fra pari.

Complessivamente si conferma che, anche per migliorare i comportamenti indagati nelle altre sezioni di HBSC è utile lavorare ancora di più sul benessere psico fisico dei giovani.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

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

8.1 SOCIAL MEDIA

INTRODUZIONE

Nell'ultimo decennio, l'uso delle nuove tecnologie è diventato sempre più diffuso e importante soprattutto tra (pre)adolescenti e giovani in tutto il mondo. Infatti, per la maggior parte degli adolescenti europei e nordamericani, internet è disponibile 24 ore su 24 e, quindi, utilizzato per moltissimi motivi diversi: giocare ai videogiochi online, ricercare informazioni, passare il tempo e stabilire e mantenere relazioni con gli altri attraverso l'uso dei social network¹. La letteratura scientifica sul tema dell'uso dei social media tra i più giovani indica che, quando limitato e responsabile, tale uso può avere un impatto positivo sul benessere dei ragazzi in termini di maggiore percezione di supporto sociale, connessione con i pari e impegno civico²⁻⁴. D'altra parte, studi recenti hanno mostrato che un uso eccessivo e/o problematico delle nuove tecnologie può avere ripercussioni sulla salute psico-fisica dei più giovani in termini di maggiori livelli di ansia, depressione e sintomi fisici^{5,6}. In questo senso, sebbene la ricerca in questo ambito stia procedendo velocemente, l'analisi delle motivazioni, dei benefici e dei rischi che i ragazzi incontrano sui social media è attualmente riconosciuta come fondamentale a livello nazionale e internazionale.

L'USO DEI SOCIAL MEDIA

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

In tabella 8.1 sono riportate le risposte dei ragazzi.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Amici stretti	67,7	83,9	89,4	79,4
Amici di un gruppo allargato	47,9	57,2	63,6	55,5
Amici conosciuti tramite internet	7,0	15,7	13,7	11,9
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	56,5	60,3	64,3	60,0

La maggioranza dei ragazzi è in contatto tutti i giorni con la cerchia di amici stretti (79,4%) tramite i nuovi media, in percentuale crescente all'aumentare dell'età. Lo stesso andamento si registra per i contatti con altre persone (genitori, fratelli, ecc.) e con amici di un gruppo allargato (rispettivamente il 60% e il 55,5%). Quasi il 12% ha contatti giornalieri con amici conosciuti esclusivamente online, questo tipo di relazione risulta maggiore tra i tredicenni (15,7%).

Inoltre, nell'indagine HBSC 2018 sono state inserite per la prima volta alcune domande relative all'uso problematico dei social media con lo scopo di evidenziare la diffusione attuale di un fenomeno che sembra in continuo divenire. Nello specifico, ai ragazzi è

stato chiesto di rispondere ad alcune domande volte ad indagare una motivazione negativa dell'uso dei social: la preferenza per le interazioni sociali online rispetto a quelle faccia a faccia^{7,8}. In tabella 8.2 sono riportate le risposte dei ragazzi.

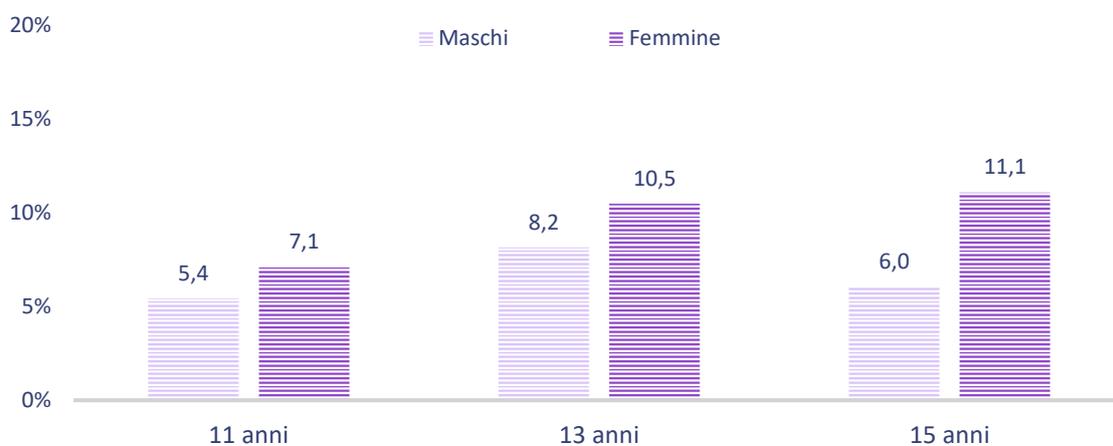
Tabella 8.2 Frequenza di ragazzi che sono d'accordo o molto d'accordo con le affermazioni: per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
<i>"Su internet parlo più facilmente dei miei segreti, piuttosto che faccia a faccia"</i>	10,4	11,6	11,4	11,1
<i>"Su internet parlo più facilmente dei miei sentimenti più profondi piuttosto che in un incontro faccia a faccia"</i>	11,0	15,3	16,8	14,1
<i>"Su internet parlo più facilmente delle mie preoccupazioni piuttosto che in un incontro faccia a faccia"</i>	11,3	14,0	13,5	12,9

Complessivamente l'11,1% dei ragazzi dichiara di essere d'accordo o molto d'accordo nel preferire le interazioni online per parlare dei propri segreti; il 14,1% per parlare dei sentimenti e il 12,9% per parlare delle proprie preoccupazioni.

Inoltre, gli indicatori della Social Media Disorder Scale⁹ offrono una panoramica dei sintomi più frequenti dell'uso problematico dei social media. In questo modo è possibile osservare la prevalenza di ragazzi a rischio di sviluppare una problematicità legata dell'uso dei social media (cioè i ragazzi che hanno dichiarato di riconoscersi in 6 o più sintomi). La figura 8.1 riporta la frequenza di ragazzi che fanno uso problematico dei social media.

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



L'uso problematico dei social media è maggiore nelle femmine per ogni fascia d'età.

CONCLUSIONI

La ricerca conferma alcuni trend e osservazioni che il mondo dei servizi ha notato da tempo, rispetto ad un fenomeno nuovo e di difficile decifrazione. Il divario generazionale di fronte cui ci troviamo presenta caratteristiche uniche e innovative. Quella di oggi è la prima generazione di adulti che si trova a osservare il passaggio adolescenziale di nativi digitali. Il mondo digitale non è più un luogo finto ed effimero, ma è diventato una realtà relazionale ed esperienziale concreta e prolungata nelle esperienze di crescita delle giovani (ma non solo) generazioni.

Quasi il 70% degli undicenni intervistati utilizza abitualmente un social a fronte di legislazioni chiare su questa argomentazione. Il fatto che il 15,7% dei tredicenni conosca persone nuove attraverso il mondo digitale e che il 57% lo utilizzi per incontrare amici “di un gruppo allargato” è sintomatico del cambiamento radicale che questi strumenti stanno operando nella sfera relazionale e di come sia necessario approcciarsi a questo fenomeno abbandonando pregiudizi o semplificazioni.

Gli ambienti digitali (social, app, videogames) contribuiscono a costruire veri e propri spazi identitari, promuovono apprendimenti, riconoscimenti e appartenenze grazie alle seguenti caratterizzazioni:

- sono spazi immateriali nella realtà, ma reali nella percezione delle persone;
- sono luoghi a cui poter chiedere ciò che si desidera facendo in modo che si adattino completamente alla domanda espressa;
- sono spazi di relazione on demand, a cui ci si connette e disconnette in qualsiasi momento;
- sono luoghi “intelligenti” in cui l’apprendimento è immediato e in “tempo reale”;
- hanno una storia limitata nel tempo ma piena di riferimenti culturali e di significati identitari;
- permettono di essere in tempo reale in contatto con un mondo più vasto di quello della propria quotidianità;
- velocizzano le comunicazioni e le interazioni umane.

Tutto ciò aiuta a comprendere come mai il 14% dei ragazzi intervistati dichiara di esprimere meglio i sentimenti profondi in online rispetto all’analogico (16,8% per i quindicenni).

Come tutti i luoghi anche la rete offre pericoli e rischi che vanno compresi e interpretati al fine di costruire interventi preventivi, di intercettazione precoce e/o di trattamento (internet disorder) finalizzati al miglioramento della qualità della vita e all’adozione di stili di vita compatibili. Il fatto che le femmine dichiarino un maggiore uso problematico dell’online va compreso meglio, alla luce dei diversi tempi di crescita fra maschi e femmine e delle differenze di genere.

Fondamentale nel prossimo periodo sarà necessario:

- aumentare le competenze del personale sociale, sanitario, educativo nella comprensione e nell’utilizzo, a fini professionali, degli strumenti digitali;
- sperimentare progettazioni di intercettazione precoce sulle tematiche del digitale con particolare attenzione al gaming e all’internet disorder;

- promuovere azioni di peer education finalizzate all'aumento delle competenze e delle life skills dei giovani.

Se il mondo adulto reagisce convincendosi che la rete ed i social network sono la fonte di ogni problematica, rischia di perdere di vista il vero significato di questo fenomeno. Anche nelle situazioni più preoccupanti, il mondo adulto deve poter aumentare la propria conoscenza della rete e dei social e saper volgere questi nuovi elementi al servizio della crescita degli adolescenti, favorendo senso di responsabilità e consapevolezza

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

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

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

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

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

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

⁶Van Den Eijnden, R., Koning, I., Doornwaard, S., Van 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

⁷Marino, 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.

⁸Caplan, S. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior*, 25(5), 1089–1097.

⁹Van den Eijnden, R.J.J.M., Lemmens, J.S., & Valkenburg, J.M. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior*, 61, 478



La promozione della salute nei luoghi di lavoro

Fattori di rischio trattati e interventi effettuati dai medici competenti nelle aziende aderenti al progetto nella regione Emilia-Romagna. Anno 2019

La rete regionale delle aziende che promuovono la salute

Il progetto al 31.12.2019 ha visto il coinvolgimento in Emilia-Romagna di **244 attività produttive** e di **44.021 lavoratori**, con una media di 183 lavoratori per azienda.

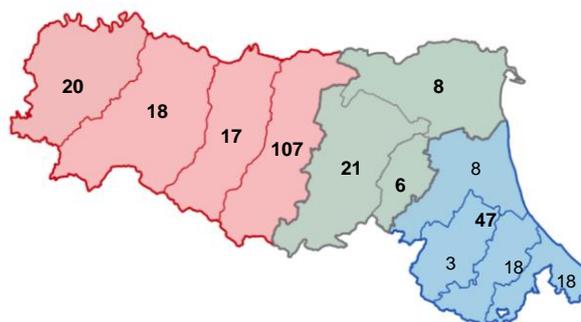
Analizzando le attività produttive per dimensioni, hanno aderito al progetto:

- 31 micro imprese (meno di 10 lavoratori), con una media di 5 lavoratori coinvolti
- 97 piccole imprese (dai 10 ai 49 lavoratori) con 17 lavoratori coinvolti in media,
- 68 aziende di medie dimensioni (dai 50 ai 249) con mediamente 77 lavoratori coinvolti,
- 49 grandi aziende (più di 249 lavoratori) con una media di 790 lavoratori coinvolti nel progetto di promozione della salute.

Considerando i vari comparti, il numero di attività produttive (e il totale dei lavoratori e la loro media) coinvolte è:

- 100 per l'industria (7.411 lavoratori, media 75)
- 32 per il comparto dei servizi (3.698; 116)
- 32 per la sanità (24.583; 793)
- 15 per l'assistenza sociale (726; 52)
- 19 per le costruzioni (318; 17)
- 22 per il commercio (234; 11)
- 4 per l'agricoltura (49; 12)
- 11 per il comparto dei trasporti (3.747; 341)
- 8 per la pubblica amministrazione (3.245; 464)
- 1 per l'estrazione dei minerali (10; 10)

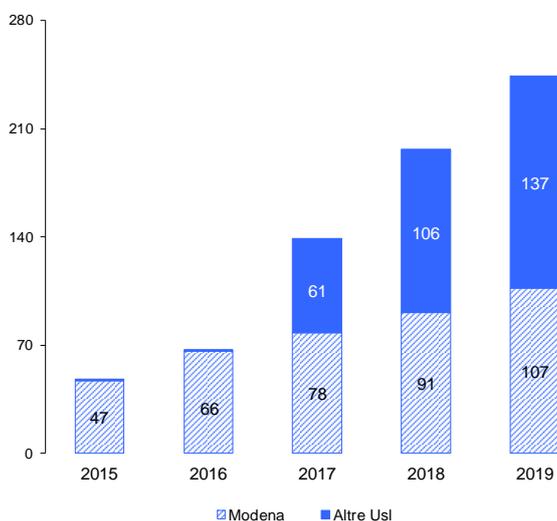
La rete delle aziende che promuovono la salute



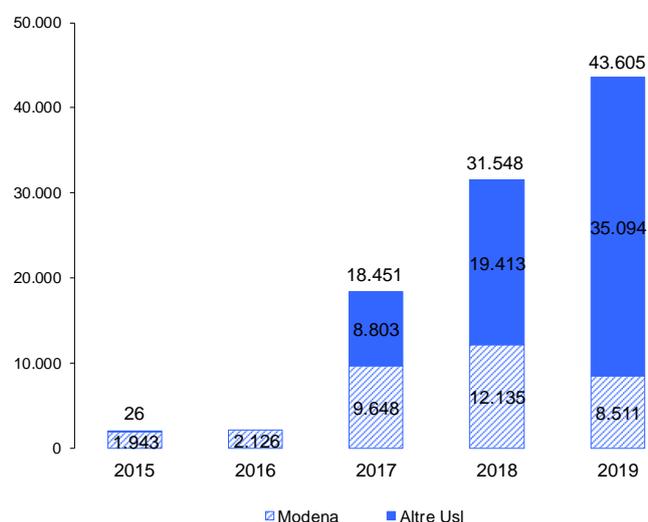
La rete delle aziende che promuovono la salute per dimensioni

Dimensione Unità produttiva locale	Numero Unità Locali	Numero medio di lavoratori coinvolti
Micro (meno di 10 lav.)	31	5
Piccola (10-49 lav.)	97	17
Media (50-249 lav.)	68	77
Grande (più di 249 lav.)	49	790

Adesioni delle aziende per anno



Lavoratori coinvolti nel progetto per anno



Le azioni della rete aziendale

Analizzando le adesioni formali inviate dalle 523 aziende, nel corso degli anni, emerge che la maggior parte di esse provengono dal territorio modenese (51%); il progetto, infatti, ha preso avvio in provincia di Modena fin dal 2015.

Per le **azioni di carattere generale**, la quasi totalità delle aziende (92%) ha provveduto alla realizzazione di una bacheca "della salute" con materiali illustrativi. Il 79% ha messo a disposizione dei lavoratori materiali informativi dell'AUSL, dei servizi sanitari regionale e nazionale o di altre istituzioni pubbliche, l'82% ha previsto interventi di promozione della salute individuali per i singoli lavoratori realizzati dal medico competente durante le visite mediche, il 56% ha organizzato un incontro di presentazione del progetto con le figure aziendali della prevenzione.

Il 48% delle attività produttive ha realizzato almeno un'azione per il contrasto all'abitudine al **fumo di tabacco**: il 26% ha preferito svolgere una campagna informativa interna con comunicazioni scritte a tutti i lavoratori, proiezioni di filmati e distribuzione di materiali informativi.

Il 55% delle aziende ha effettuato almeno un intervento per sensibilizzare i lavoratori sul tema dell'**abuso di alcol**; in particolare, il 27% ha fatto una campagna informativa interna con, ad esempio, una comunicazione scritta a tutti i lavoratori, distribuzione di alcol test per l'auto misurazione e la distribuzione di materiale informativo.

Il 47% ha effettuato almeno un'azione sul tema dell'**alimentazione** e, nello specifico, il 35% ha preferito svolgere una campagna informativa interna.

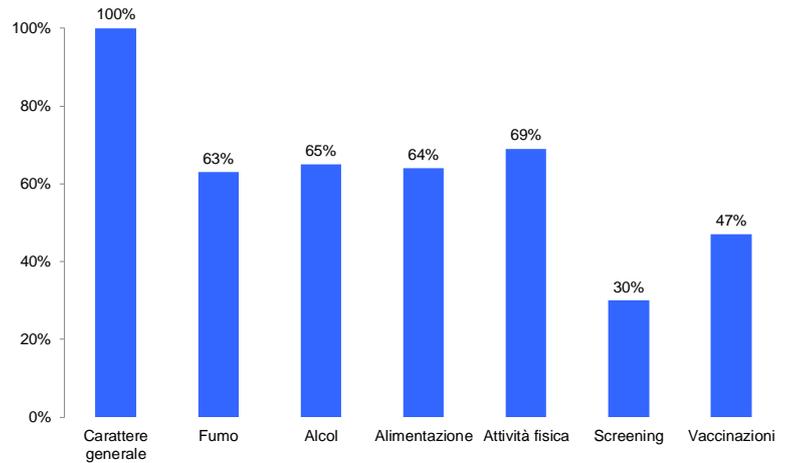
Per la promozione dell'**attività fisica e della corretta postura**, il 47% ha eseguito almeno un'azione: il 29% ha scelto sempre la campagna informativa interna con distribuzione di materiale informativo.

Per la **prevenzione oncologica**, il 19% ha promosso lo screening delle neoplasie del collo dell'utero, il 20% lo screening delle neoplasie della mammella ed il 21% lo screening del colon retto.

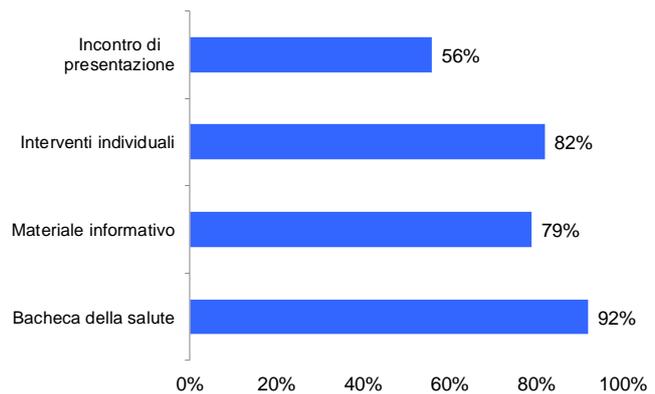
Il 32% delle aziende ha promosso almeno una **vaccinazione raccomandata** per i lavoratori in condizione di rischio per specifiche patologie: le più frequenti sono state la vaccinazione antinfluenzale (29%) e la vaccinazione anti epatite B (13%).

Analizzando separatamente le aziende di Modena e il resto della regione, non si notano grosse differenze circa le azioni intraprese, eccezion fatta per l'alimentazione, l'attività fisica e le vaccinazioni, dove il divario è piuttosto evidente.

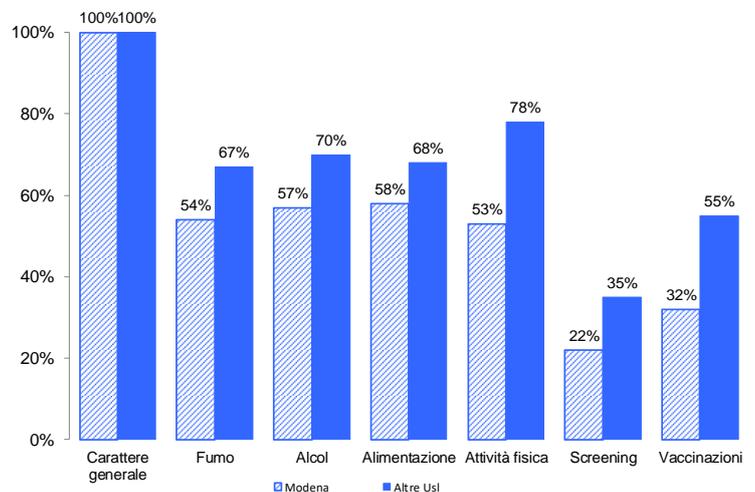
Azioni intraprese dalla rete delle aziende per fattore di rischio



Azioni di carattere generale intraprese dalla rete delle aziende



Azioni intraprese dalla rete delle aziende per fattore di rischio



Il campione dei lavoratori visitati nell'ambito del programma formativo

I 37 medici competenti (MC) aderenti al programma (64 al progetto) hanno effettuato nel 2019, nell'ambito del programma formativo a loro dedicato, 1.939 visite in 56 aziende dislocate sul territorio dell'Emilia-Romagna. La formazione aveva l'obiettivo di fare applicare ai MC l'uso del modello trans-teorico del cambiamento di Di Clemente e Prochaska, standardizzare le modalità dell'intervento di promozione della salute, testare e migliorare il software dedicato. Le visite sono state infatti svolte utilizzando un software del progetto, che li ha guidati nella valutazione dei fattori di rischio, degli stadi del cambiamento e ha registrato gli interventi eseguiti.

Anche la maggior parte delle visite (36%) sono state effettuate nella provincia di Modena, grazie alla maggior conoscenza ed esperienza pregresse del progetto da parte sia delle aziende che dei medici. Le altre provincie che hanno registrato il maggior numero di visite sono state Piacenza (13%) e Parma (12%).

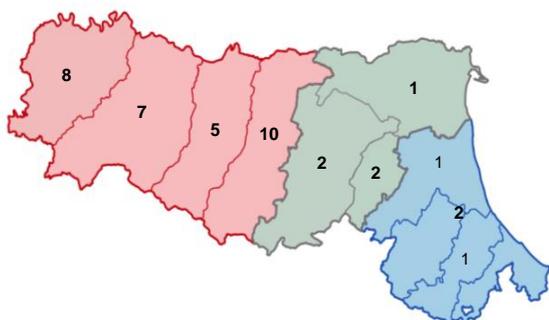
La composizione del campione è pressoché omogenea per genere (50% uomini, 50% donne). Il 42% dei lavoratori visitati ha un'età compresa tra i 35 e i 49 anni e il 31% ha più di 49 anni. Il 31% delle donne ha meno di 35 anni, il 39% ha tra i 35 e 49 anni e il 30% più di 49 anni. Il 23% degli uomini ha meno di 35 anni, il 44% ha tra i 35 e 49 anni e il 33% più di 49 anni.

Il 36% possiede un diploma di scuola superiore e il 41% una laurea o un titolo superiore. Il 37% svolge una professione tecnica, come, ad esempio, tecnico di laboratorio, programmatore o perito. Il 27% è artigiano o operaio specializzato, il 14% svolge delle professioni esecutive nel lavoro d'ufficio come l'impiegato o la segretaria d'ufficio. Il 45% dei lavoratori opera nella sanità, il 33% nella manifattura e il 6% nel commercio all'ingrosso e al dettaglio.

Dei lavoratori visitati facenti parte del settore sanitario, il 69% sono donne e il 31% uomini. In questo comparto il 36% ha meno di 35 anni, il 37% ha tra i 35 e 49 anni e gli ultra 49enni sono pari al 27%. Il 70% ha conseguito una laurea o un titolo superiore e il 27% un diploma di scuola superiore. Il 69% svolge delle professioni tecniche e il 23% delle professioni intellettuali come il medico.

Poiché il gruppo dei lavoratori visitati dai medici competenti nell'ambito del progetto è un campione di comodo e non casuale, le prevalenze dei fattori di rischio e degli stadi del cambiamento non sono rappresentativi dell'universo lavorativo emiliano-romagnolo.

Distribuzione territoriale dei medici competenti aderenti al programma formativo - anno 2019



Distribuzione territoriale delle visite dei medici competenti nel progetto anno 2019

AUSL		
Piacenza	311	13%
Parma	451	12%
Reggio Emilia	215	11%
Modena	762	36%
Bologna	45	2%
Imola	81	5%
Ferrara	39	8%
Romagna:		
– Ravenna	9	4%
– Forlì	26	2%

Composizione del gruppo dei lavoratori visitati dai medici competenti nel progetto anno 2019

Sesso		
Uomo	972	50%
Donna	967	50%

Età		
<35	524	27%
35-49	806	42%
>49	609	31%

Titolo di studio		
Nessun titolo o licenza elementare	36	2%
Licenza scuola media	410	21%
Diploma o qualifica di scuola media superiore	704	36%
Laurea/Diploma universitario o titolo superic	789	41%

Mansione		
Imprenditori, alta dirigenza, legislatori	9	0,5%
Professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione	272	14%
Professioni tecniche	713	37%
Professioni esecutive nel lavoro d'ufficio	272	14%
Professioni qualificate nelle attività commerciali e nei servizi	23	1%
Artigiani, operai specializzati e agricoltori	522	27%
Conduttori di impianti, operai di macchinari fissi e mobili e conducenti di veicoli	67	3%
Professioni non qualificate	61	3%

Comparto		
Agricoltura	10	1%
Assistenza sociale	15	0,8%
Costruzioni	65	3%
Commercio all'ingrosso e al dettaglio	115	6%
Fornitura acqua	13	1%
Intrattenimento	54	2,8%
Istruzione	107	6%
Manifattura	647	33%
Sanità	870	45%
Servizi	15	1%
Trasporti	28	1%
Non noto	0	0%

Il 24% del pool dei lavoratori intervistati riferisce di stare molto bene, il 57% bene, il 18% discretamente e l'1% male o molto male.

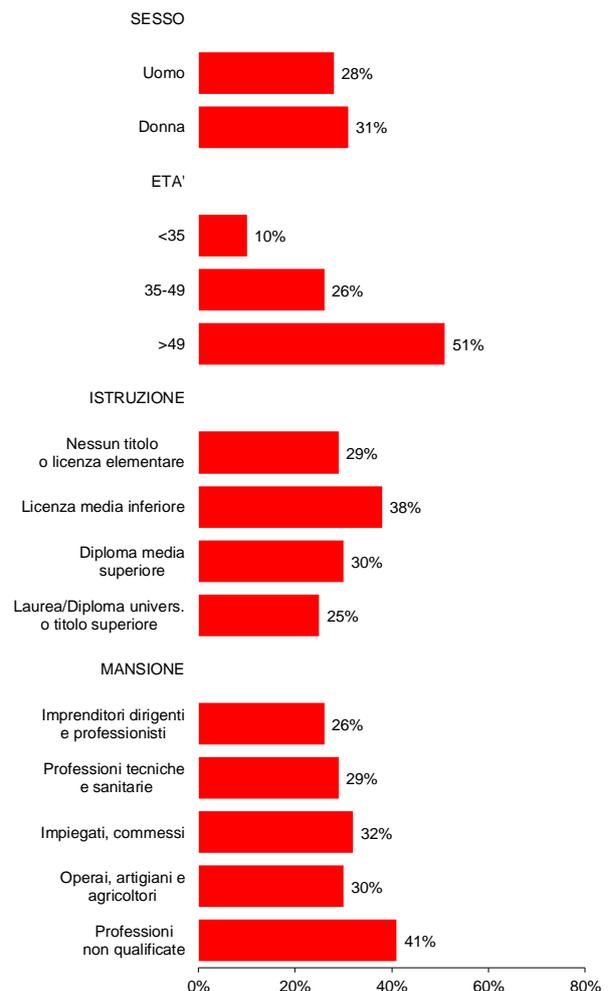
L'82% degli uomini e il 79% delle donne riferisce di stare bene o molto bene, mentre l'1% degli uomini così come l'1% delle donne riferisce di stare male o molto male. All'aumentare dell'età diminuisce la prevalenza dei lavoratori che si sentono bene o molto bene, infatti, sta bene il 93% dei lavoratori con meno di 35 anni, l'81% dei 35-49enni e il 69% degli ultra 49enni. L'8% dei lavoratori riferisce di avere l'ipertensione arteriosa, il 6% soffre di dislipidemie e al 4,5% è stata diagnosticata qualche malattia osteoarticolare degenerativa. Il 2,5% soffre di disturbi del sonno e il 2,5% di stati d'ansia.

Il 29,5% dei soggetti ha riferito di avere almeno una patologia, con una percentuale più alta nelle donne (31% vs 28%). La presenza di almeno una patologia cresce all'aumentare dell'età: passando dal 10% dei lavoratori con meno di 35 anni al 51% degli ultra 49enni. Analizzando il titolo di studio si osserva una frequenza maggiore di presenza di almeno una patologia nei soggetti con licenza media inferiore (38%). Tra le mansioni analizzate, quella con la più alta frequenza di soggetti con almeno una patologia riferita riguarda la classe dei lavoratori che svolgono professioni non qualificate (41%). I modelli di regressione di Poisson, confermano l'associazione tra la presenza di una patologia con il genere e l'età.

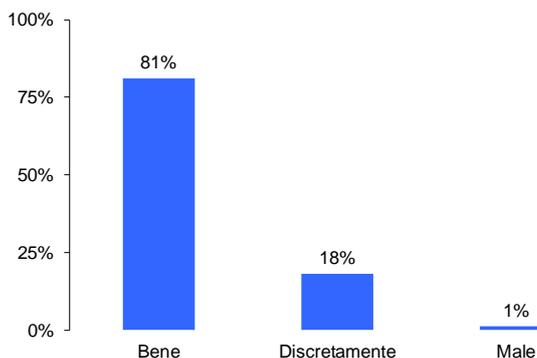
Focalizzandosi solo sui lavoratori del settore sanitario, il 29% riferisce di stare molto bene, il 53% bene, il 16% discretamente e l'1% male o molto male. Il 28% di essi risulta avere almeno una patologia: il 30% delle donne e il 26% degli uomini; la presenza di patologie croniche aumenta al progredire dell'età (dal 10% degli under 35enni, al 49% dei 35-49enni, fino al 52% degli ultra 49enni). Il 33% di chi ha un diploma di scuola superiore o un titolo inferiore presenta almeno una patologia, contro il 25% dei lavoratori con laurea o titolo superiore. Il 25% dei lavoratori dirigenti o che svolgono professioni intellettuali dichiara di avere almeno una patologia, così come il 28% dei lavoratori che svolgono una professione tecnica.

	No	Si	
		Progressa	Attuale
Diabete	98,0%	0,0%	2,0%
Insufficienza renale	100,0%	0,0%	0,0%
Asma Bronchiale	97,0%	1,5%	1,5%
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria	99,0%	0,5%	0,5%
Ictus o ischemia cerebrale	99,0%	1,0%	0,0%
Infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie	99,0%	1,0%	0,0%
Altre malattie del cuore (scompenso, valvulopatia,...)	98,5%	0,5%	1,0%
Dislipidemie	93,0%	1,0%	6,0%
Ipertensione arteriosa	90,5%	1,5%	8,0%
Tumori (comprese leucemie e linfomi)	97,0%	2,5%	0,5%
Malattie croniche del fegato, cirrosi	99,5%	0,5%	0,0%
Malattie osteoarticolari degenerative (artrosi, ...)	94,0%	1,5%	4,5%
Malattie osteoarticolari infiammatorie (connettiviti,...)	97,0%	1,0%	2,0%
Depressione	97,5%	1,0%	1,5%
Disturbi del sonno	96,5%	1,0%	2,5%
Stati d'ansia	96,0%	1,5%	2,5%
Altre malattie psichiatriche	99,5%	0,0%	0,5%

Presenza di almeno una patologia – anno 2019



Stato di salute percepito – anno 2019



Abitudine al fumo di sigaretta

Dalle visite effettuate dai medici competenti emerge che **fuma il 23% del pool dei lavoratori visitati**: l'1% è un fumatore in astensione, il 17% un ex fumatore e il 59% un non fumatore. L'abitudine tabagica è più alta negli uomini (25%) che nelle donne (20%) mentre non si riscontrano grandi differenze circa l'età.

L'abitudine al fumo di sigaretta diminuisce all'aumentare della scolarizzazione, passando dal 31% per chi ha una licenza media al 20% per chi possiede una laurea o un titolo superiore. È fumatore il 34% dei lavoratori che svolgono professioni non qualificate, il 30% degli artigiani, operai specializzati o agricoltori e il 18% degli impiegati o commessi.

Il 71% dei fumatori riferisce che la sua abitudine al fumo è rimasta invariata rispetto all'anno scorso, il 22% dice che è diminuita e il 7% riferisce che la sua abitudine è aumentata.

Considerando solo i lavoratori del settore sanitario, il 19% è fumatore, l'1% fumatore in astensione, il 16% ex fumatore e il 64% non fumatore. Il 18% degli uomini fuma contro il 19% delle donne, l'abitudine al fumo diminuisce all'aumentare della scolarizzazione, passando dal 29% tra chi possiede una licenza di scuola media al 19% tra chi possiede una laurea.

Per quanto riguarda gli stadi del cambiamento, nel pool dei lavoratori, il 29% dei fumatori o dei fumatori in astensione risulta essere in precontemplazione, il 50% in contemplazione, il 4% in determinazione e il 9% in azione.

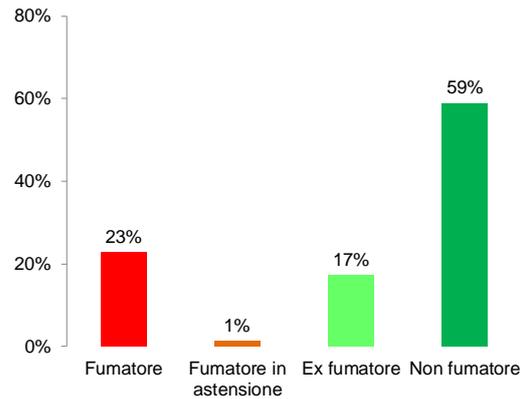
Considerando solo i lavoratori del settore sanitario, tra i fumatori e i fumatori in astensione, il 26% si trova nello stadio della precontemplazione, il 55% nella contemplazione, l'1% in determinazione e il 13% in azione.

Analizzando gli interventi dei medici competenti, emerge che al 50% dei soggetti a rischio è stato effettuato da parte del medico un avviso breve, al 28% un intervento motivazionale breve e al 18% un rinforzo motivazionale.

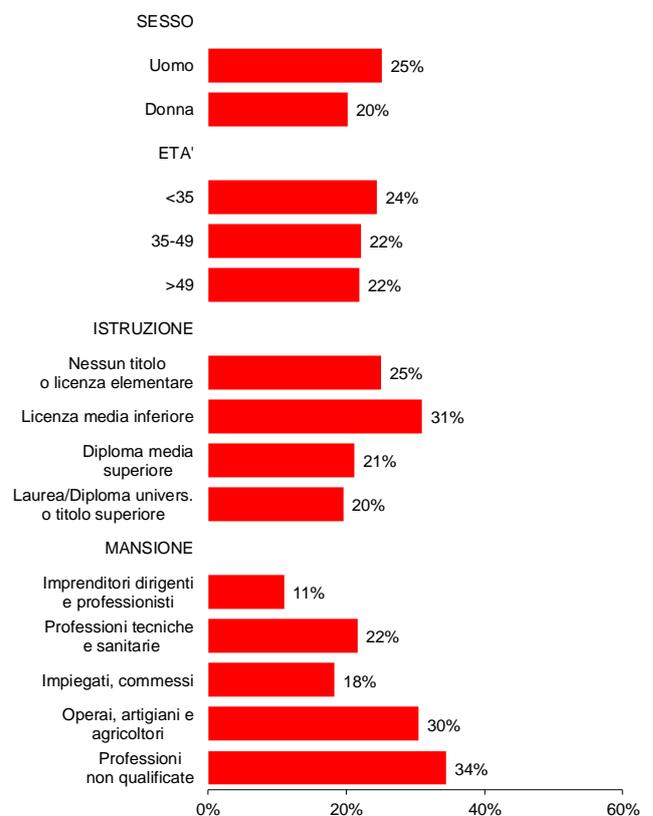
Dei lavoratori fumatori o in astensione in stadio precontemplativo e ricaduta, il 56% ha ricevuto un avviso breve da parte del loro medico competente.

Il 30% dei lavoratori che si trovano nello stadio di contemplazione, determinazione o in ricaduta ha avuto un intervento motivazionale breve e, infine, al 28% di quelli che si trovano in azione, in mantenimento o in ricaduta è stato fatto un rinforzo motivazionale.

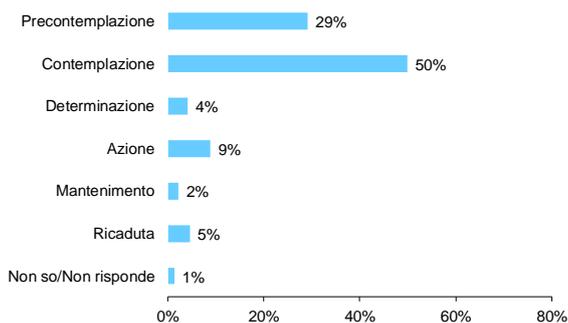
Fumo di sigaretta – anno 2019



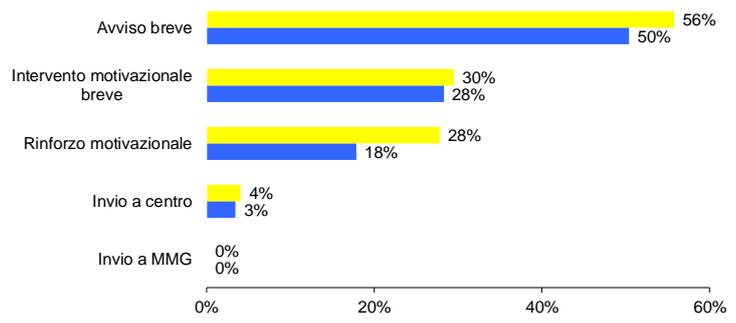
Fumatori – anno 2019



Fumo di sigaretta
Stadi del cambiamento dei fumatori e fumatori in astensione - anno 2019



Fumo di sigaretta
Interventi del medico competente sui fumatori e fumatori in astensione - anno 2019



■ Lavoratori a rischio per stadio del cambiamento intervento specifico ■ Lavoratori a rischio

Consumo di alcol

Dai dati raccolti dai medici competenti, risulta essere consumatore a rischio* il 3% del pool dei lavoratori intervistati, consumatore non a rischio il 64% e astemio il 28%.

Risulta essere astemio il 43% delle donne e il 34% dei lavoratori ultra 49enni. All'aumentare della scolarizzazione diminuisce la percentuale di astemi, infatti è astemio il 31% dei lavoratori con bassa istruzione contro il 26% dei lavoratori laureati. Il 56% dei lavoratori che svolge delle professioni esecutive nel lavoro d'ufficio è astemio, così come il 30% dei lavoratori che svolgono delle professioni qualificate nelle attività commerciali e nei servizi, il 14% dei conduttori di impianti, operai di macchinari fissi e mobili o conducenti di veicoli e il 36% dei lavoratori che svolgono delle professioni non qualificate.

L'80% dei lavoratori a rischio riferisce che il suo consumo di bevande alcoliche è invariato rispetto ad un anno fa e solo il 4% dice che è diminuito.

Prendendo solo i lavoratori che lavorano nel settore sanitario, è a rischio il 2% di questi, il 66% non a rischio e il 32% è astemio.

Per quanto riguarda gli stadi del cambiamento, nel pool dei lavoratori il 55% dei consumatori a rischio è in atteggiamento precontemplativo, il 25% in contemplazione, il 5% determinato e il 7% in azione.

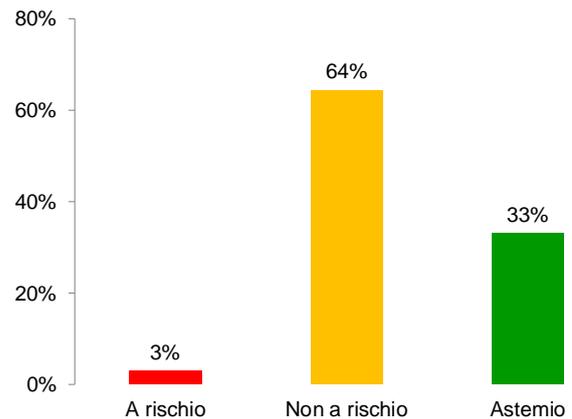
Percentuali non molto differenti si registrano anche tra i lavoratori sanitari consumatori a rischio: il 59% è nello stadio della precontemplazione, il 6% in determinazione e il 6% in azione.

Analizzando gli interventi dei medici competenti nel pool dei lavoratori, emerge che l'avviso breve è stato l'intervento maggiormente effettuato sui lavoratori a rischio (56%), seguito dall'intervento motivazionale breve (28%).

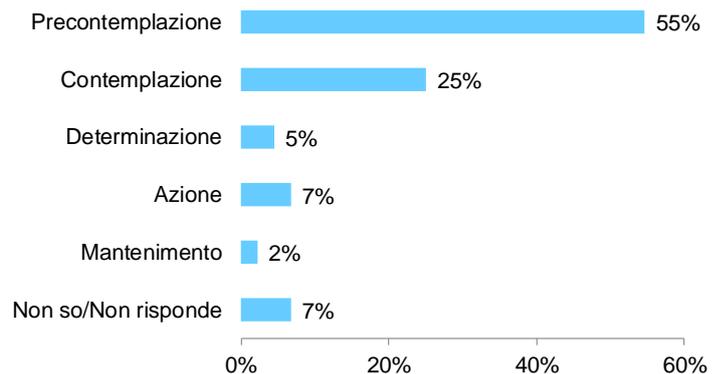
I dati della prevalenza del consumo di alcol a rischio rilevati dai medici competenti mediante questo progetto regionale, mostrano valori di consumo a rischio sensibilmente inferiori a quelli rilevati dalla sorveglianza PASSI, in parte per il diverso questionario utilizzato e probabilmente anche per la tendenza a minimizzare il consumo di alcol, anche fuori dal lavoro, quando è chiesto in un ambiente come quello lavorativo, dove è proibito.

* Per la rilevazione del consumo a rischio è stato utilizzato l'Audit C; sono considerati consumatori a rischio gli uomini con un punteggio >4 e le donne con >3.

Livelli del consumo di alcol – anno 2019



Consumo di alcol
Stadi del cambiamento dei consumatori a rischio
anno 2019



Stato Nutrizionale

Il 37% del pool dei lavoratori visitati dai medici competenti è in eccesso ponderale (il 27% è in sovrappeso e il 10% presenta obesità), il 60% normopeso, il 3% sottopeso.

L'eccesso ponderale è maggiore tra gli uomini (48%) e tra coloro che hanno più di 49 anni (46%). Le donne presentano un valore leggermente più basso della prevalenza di obesità (8%) rispetto agli uomini (12%); l'obesità aumenta con l'età passando dal 5% dei lavoratori con meno di 35 anni al 13% degli ultra 49enni. L'eccesso ponderale diminuisce all'aumentare del titolo di studio, dal 46% in chi ha una licenza di scuola media scende al 29% in chi possiede una laurea. Il 48% dei lavoratori che svolge delle professioni non qualificate (es. addetto alle pulizie, manovale, domestica) è in eccesso ponderale, così come il 43% dei conduttori di impianti, operai di macchinari fissi e mobili e conducenti di veicoli, il 33% di coloro che svolgono professioni qualificate nelle attività commerciali e nei servizi e il 46% degli artigiani, operai specializzati o agricoltori. Il 33% dei lavoratori in eccesso ponderale riferisce che il suo peso è aumentato rispetto ad un anno fa, mentre il 18% afferma che è diminuito.

Tra i lavoratori della sanità il 33% è in eccesso ponderale (23% in sovrappeso e il 10% con obesità), il 62% è normopeso, il 5% sottopeso. Tra essi il 47% degli uomini e il 28% delle donne risulta essere in eccesso ponderale e lo è il 19% dei lavoratori della sanità con meno di 35 anni, il 40% di chi ha tra i 35 e 49 anni e il 44% degli ultra 49enni. All'aumentare del titolo di studio, diminuisce l'eccesso ponderale (dal 59% tra chi possiede una licenza di scuola media al 31% tra chi ha una laurea o un titolo superiore).

Il 53% dei lavoratori con obesità e il 36% di quelli in sovrappeso, dovrebbero correggere le abitudini alimentari cercando di aderire maggiormente alla dieta mediterranea. Il 37% dei lavoratori in sovrappeso e il 30% di coloro che presentano obesità risultano essere attivi; il 47% dei soggetti in sovrappeso e il 51% di quelli con obesità sono parzialmente attivi, il 16% dei lavoratori in sovrappeso e il 19% con obesità sono sedentari.

Per quanto riguarda gli stadi del cambiamento, nel pool dei lavoratori in eccesso ponderale, il 57% ha un atteggiamento contemplativo, mentre l'11% è in precontemplazione.

Analizzando separatamente i soggetti in sovrappeso e quelli che presentano obesità, non si notano molte differenze tra i vari stadi.

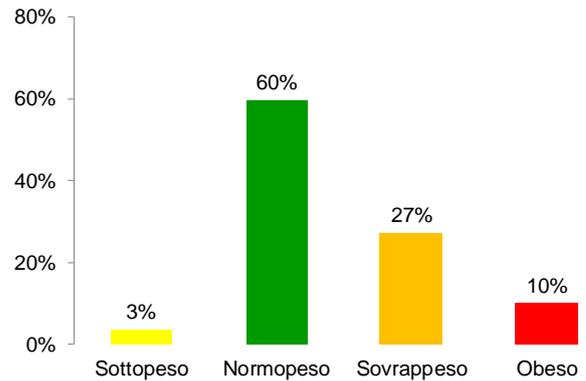
Osservando solo i sanitari in eccesso ponderale, il 15% è in precontemplazione, il 50% in contemplazione, il 9% in determinazione e il 20% in azione.

Analizzando gli interventi dei medici competenti, nel pool dei lavoratori è stato utilizzato l'avviso breve sul 40% dei lavoratori in eccesso ponderale e il rinforzo motivazionale sul 33% di essi. Non si notano differenze se si analizzano separatamente gli interventi effettuati nelle persone in sovrappeso e in quelle con obesità.

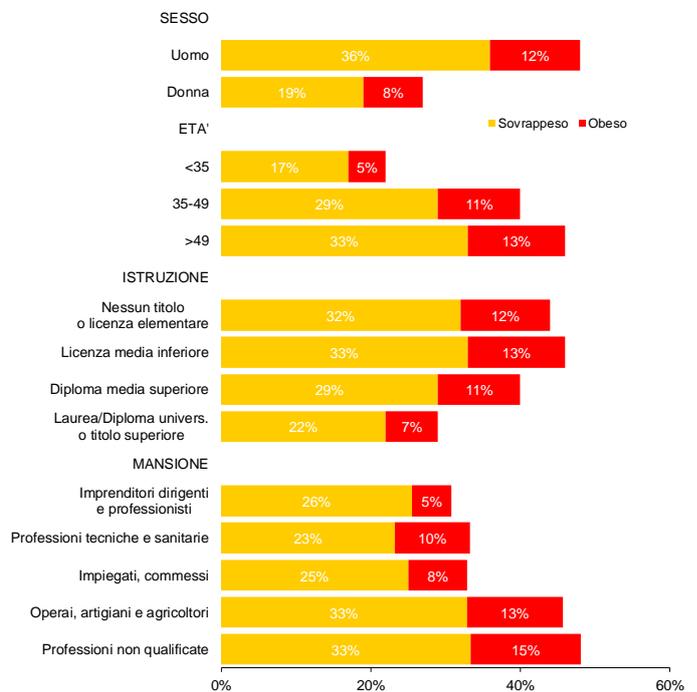
Prendendo in considerazione solo i lavoratori in eccesso ponderale che risultano nello stadio di precontemplazione o in ricaduta, il 40% di essi ha avuto un avviso breve, il 32% dei lavoratori in stadio di contemplazione, determinazione o in ricaduta un intervento motivazionale breve e il 40% di quelli che si trovano nello stadio di azione, mantenimento o ricaduta, un rinforzo motivazionale.

* Lo stato nutrizionale è definito sul valore dell'Indice di massa corporea (Body Mass Index o BMI, calcolato come peso in kg diviso altezza in metri elevata al quadrato) in 4 categorie: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9) e obeso (BMI ≥ 30)

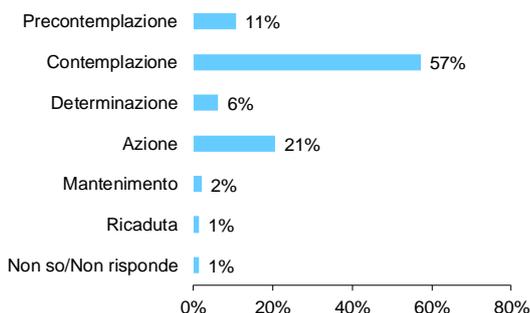
Stato Nutrizionale – anno 2019



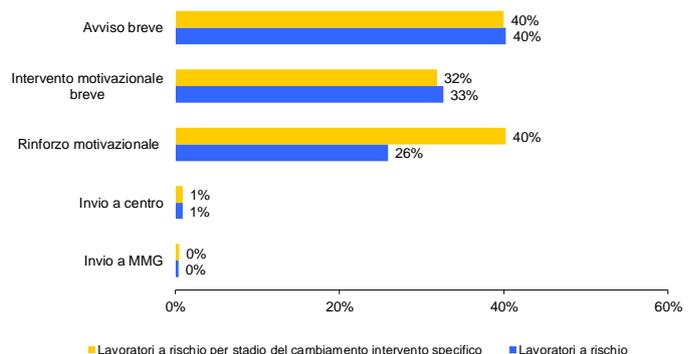
Stato Nutrizionale – anno 2019



Stato Nutrizionale
Stadi del cambiamento dei lavoratori
in eccesso ponderale
anno 2019



Stato Nutrizionale
Interventi del medico competente sui lavoratori
in eccesso ponderale
anno 2019



Alimentazione

Il 64% del pool dei lavoratori visitati risulta avere una buona aderenza alla dieta mediterranea*; il 36% presenta abitudini alimentari da correggere.

Il 66% delle donne ha buone abitudini alimentari contro il 62% degli uomini. L'aderenza alla dieta mediterranea non varia molto con l'età (passando dal 60% tra chi ha meno di 35 anni al 66% tra chi ha più di 49 anni). Risulta, inoltre, avere una buona aderenza il 64% dei lavoratori che svolgono professioni esecutive nel lavoro d'ufficio, il 66% di chi svolge professioni tecniche, il 72% dei conduttori di impianti, operai di macchinari fissi e mobili, conducenti di veicoli, il 31% di chi svolge professioni non qualificate e il 63% degli artigiani, operai specializzati e agricoltori.

Il 76% dei lavoratori che non presentano una buona aderenza alla dieta mediterranea, afferma che la sua dieta è rimasta invariata rispetto ad un anno fa e solo il 16% afferma che la sua alimentazione è migliorata.

Il 34% dei sanitari dovrebbe correggere le proprie abitudini alimentari per avere una buona aderenza alla dieta mediterranea. Il 64% degli uomini e il 67% delle donne hanno buone abitudini alimentari; l'aderenza alla dieta mediterranea aumenta all'aumentare dell'età, passando dal 61% dei lavoratori sanitari con meno di 35 anni al 69% tra quelli con più di 49 anni, e aumenta all'aumentare del titolo di studio, dal 64% tra chi possiede una licenza di scuola media o inferiore al 68% tra chi possiede una laurea o un titolo superiore.

Il 43% del pool dei lavoratori con abitudini alimentari da correggere è in eccesso ponderale, percentuale che scende al 34% tra le persone che hanno una buona aderenza alla dieta mediterranea.

In media, i lavoratori visitati riferiscono di mangiare giornalmente 3,5 porzioni tra frutta e verdura, 1,9 porzioni di cereali e 1,1 porzioni di latticini. Inoltre riferiscono di mangiare in una settimana mediamente 3,3 porzioni di carne, 1,8 porzioni di legumi e 1,8 di pesce.

Il 22% dei lavoratori mangia una o due porzioni di frutta o verdura al giorno, il 59% tre o quattro e il 18% mangia cinque o più porzioni di frutta o verdura al giorno.

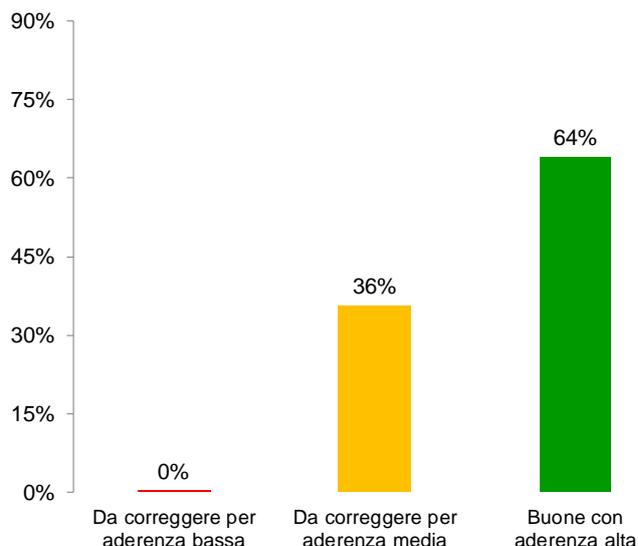
Quasi la totalità (96%) segue una dieta mista e l'89% sala poco o pochissimo i cibi o consuma poco/pochissimo i cibi molto salati.

Per quanto riguarda gli **stadi del cambiamento**, nel pool dei lavoratori che dovrebbero correggere la dieta, il 43%, è nello stadio della contemplazione, il 25% nella precontemplazione e ben il 15% è in azione.

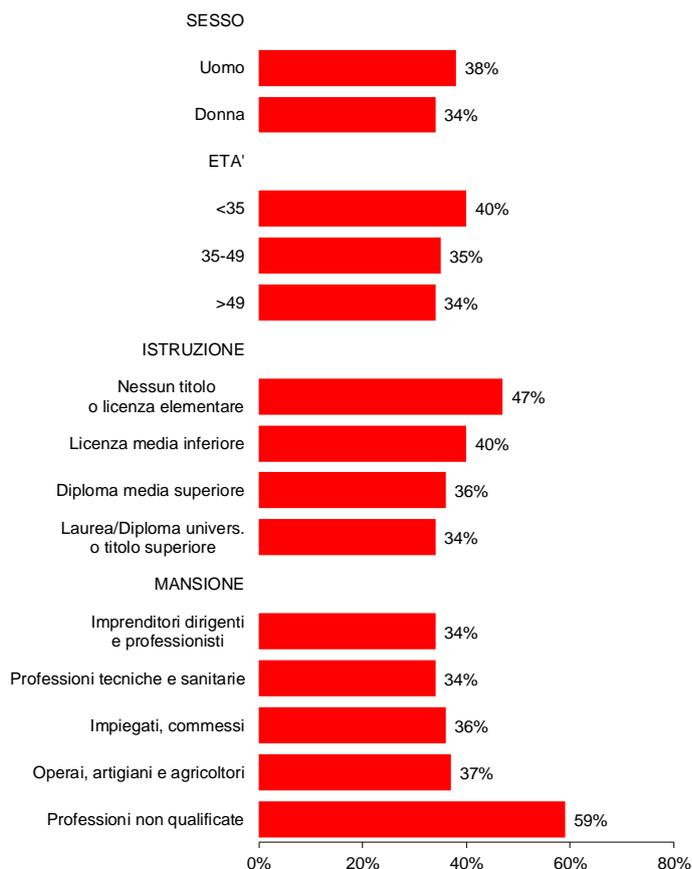
Osservando solo i sanitari con una bassa aderenza alla dieta mediterranea, dai dati raccolti risulta che il 27% si trova nello stadio della precontemplazione, il 43% in contemplazione, il 5% in determinazione e il 12% in azione.

L'analisi degli **interventi dei medici competenti nel pool dei lavoratori** indica che il 52% dei lavoratori con abitudini alimentari da correggere ha ricevuto un consiglio breve, il 26% un intervento motivazionale breve e il 21% un rinforzo motivazionale. Il 50% dei lavoratori in stadio precontemplativo o in ricaduta ha ricevuto da parte del loro medico competente un avviso breve, il 28% di coloro che si trovano nello stadio della contemplazione, determinazione o ricaduta hanno avuto un intervento motivazionale breve e il 31% dei lavoratori in azione, mantenimento o in ricaduta un rinforzo motivazionale.

Aderenza alla dieta mediterranea – anno 2019

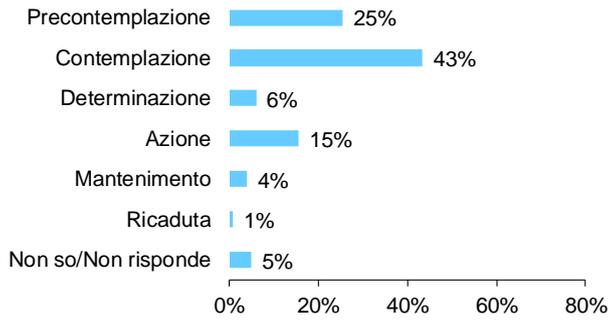


Bassa e media aderenza alla dieta mediterranea – anno 2019

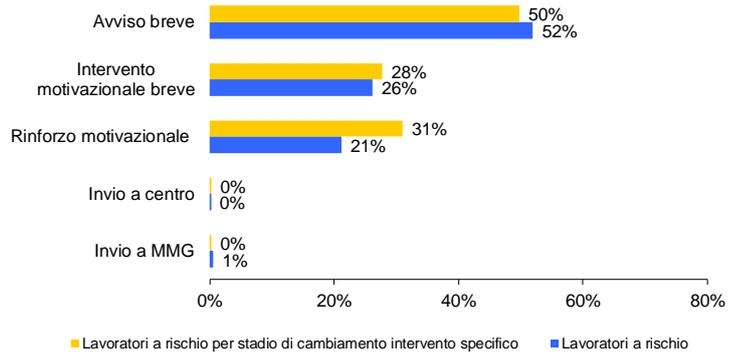


* La rilevazione dell'aderenza alla dieta mediterranea è rilevata utilizzando il questionario alimentare messo a punto da Sofi e coll (Public Health Nutr. 2014 Dec;17(12):2769-82): E' considerato in bassa aderenza chi ha 0-5 punti; in media aderenza 6-10 punti e in alta più di 10.

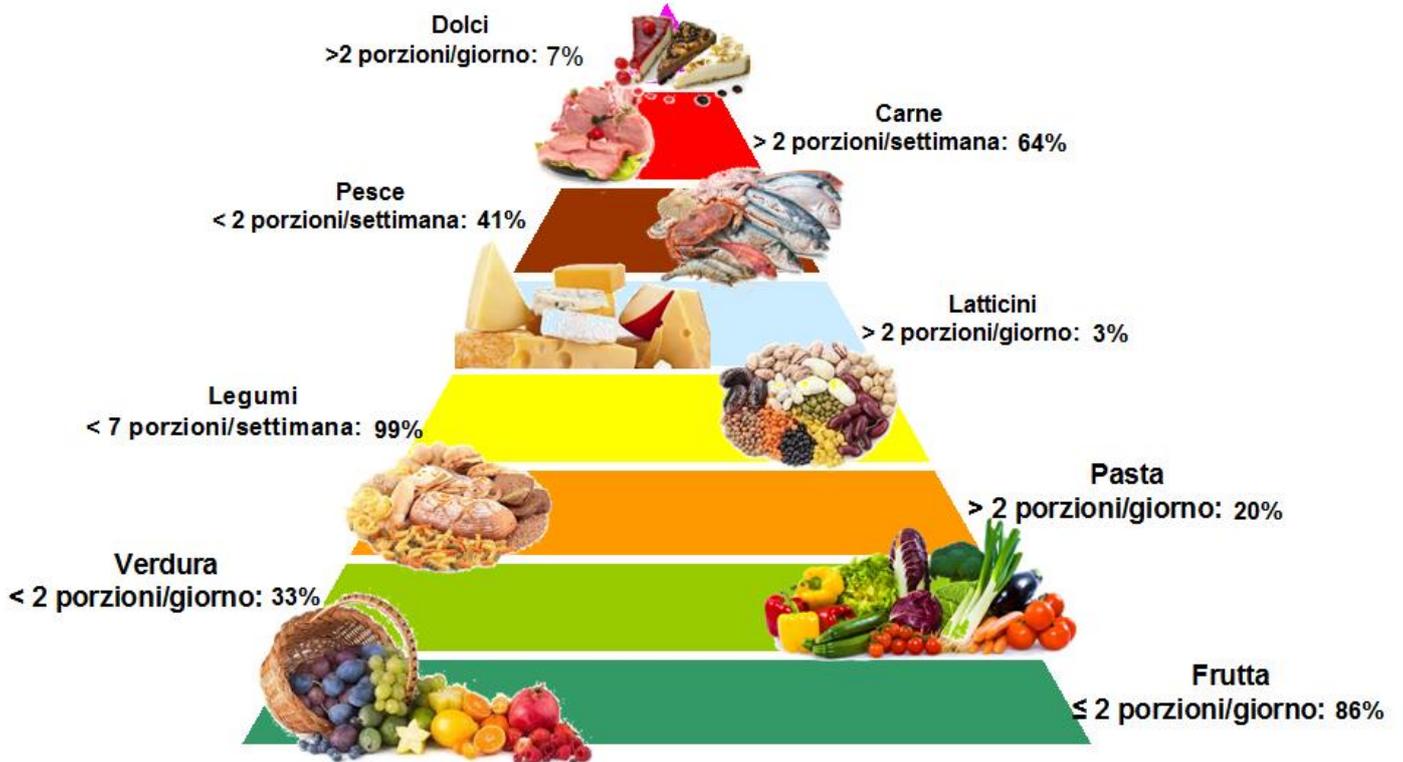
Alimentazione
Stadi del cambiamento di chi ha abitudini alimentari da correggere anno 2019



Alimentazione
Interventi del medico competente sui lavoratori con abitudini alimentari da correggere – anno 2019



Consumo di alimenti in quantità non raccomandate dalla piramide alimentare – anno 2019



Attività fisica

Dai dati raccolti, il **43% del pool dei lavoratori visitati risulta essere attivo fisicamente**, il 41% parzialmente attivo e il 16% sedentario.

Le donne risultano essere più sedentarie degli uomini (20% per le donne e 11% per gli uomini) e la sedentarietà aumenta con l'aumentare dell'età, si passa dall'8% tra i lavoratori con meno di 35 anni al 21% di quelli con più di 49 anni. La sedentarietà aumenta con l'aumentare della scolarizzazione, salendo dal 9% tra i lavoratori con licenza media o inferiore al 18% tra i lavoratori che hanno un diploma di scuola superiore o laurea. Il 41% di chi esercita professioni esecutive nel lavoro d'ufficio è sedentario e il 15% di chi svolge delle professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione.

Il 76% dei soggetti sedentari o parzialmente attivi afferma che il suo livello di attività fisica, rispetto ad un anno fa, è invariato e il 15% diminuito.

Esaminando **solo i lavoratori che operano nella sanità, il 48% è attivo**, il 36% parzialmente attivo e il 16% sedentario. Sono più sedentarie le donne (16%) che gli uomini (14%); la sedentarietà aumenta con l'età, dall'8% tra chi ha meno di 35 anni al 19% tra chi ha più di 49 anni. Infine, la sedentarietà non mostra particolari andamenti in relazione alla scolarizzazione: è del 18% tra chi ha una licenza di scuola media, del 13% tra chi possiede un diploma e del 16% tra chi ha una laurea o un titolo di studio superiore.

Il 75% del pool dei lavoratori fa un lavoro dove sta poco o mai seduto (meno di 4 ore al giorno), il 17% sta molto seduto ma fa le pause consigliate (più di 4 ore seduto di cui meno di 2 ore consecutivamente), infine l'8% lavora molto stando seduto e non effettua le pause consigliate (più di 4 ore seduto di cui più di 2 ore consecutive).

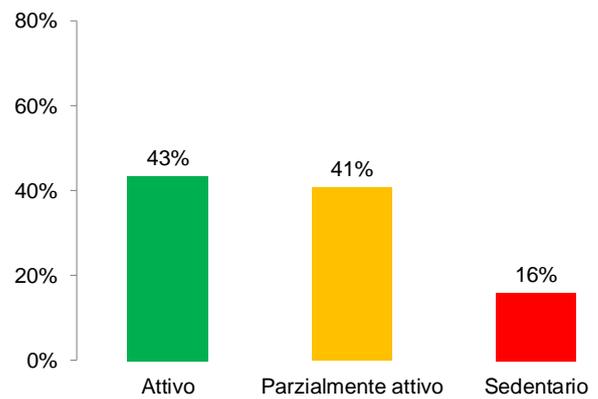
In media, chi sta troppo seduto e non rispetta le pause lo fa per circa 6 ore e 30 minuti, di cui circa 3 ore e mezza consecutivamente. Chi sta molto seduto e rispetta le pause, mediamente ci sta per quasi 6 ore e 20 minuti di cui consecutivamente circa un'ora e mezza; infine chi lavora poco o mai seduto, lo fa per circa 1 ora e 40 minuti di cui quasi 1 ora consecutiva. Il 7% degli attivi presenta obesità e il 24% è in sovrappeso; il 31% dei parzialmente attivi è in sovrappeso e il 12% con obesità, infine il 27% dei sedentari è in sovrappeso e il 12% presenta obesità.

Per quanto riguarda gli **stadi del cambiamento**, il 69% del pool dei lavoratori che sono sedentari o parzialmente attivi sono in uno stadio di contemplazione e il 14% in precontemplazione. Solo l'8% si trova in azione. Non vi sono grandi differenze sugli stadi se si analizzano separatamente i sedentari e i parzialmente attivi: nello stadio contemplativo vi sono il 66% del pool dei lavoratori parzialmente attivi e il 77% di quelli sedentari; nello stadio precontemplativo il 15% dei parzialmente attivi e il 12% dei sedentari.

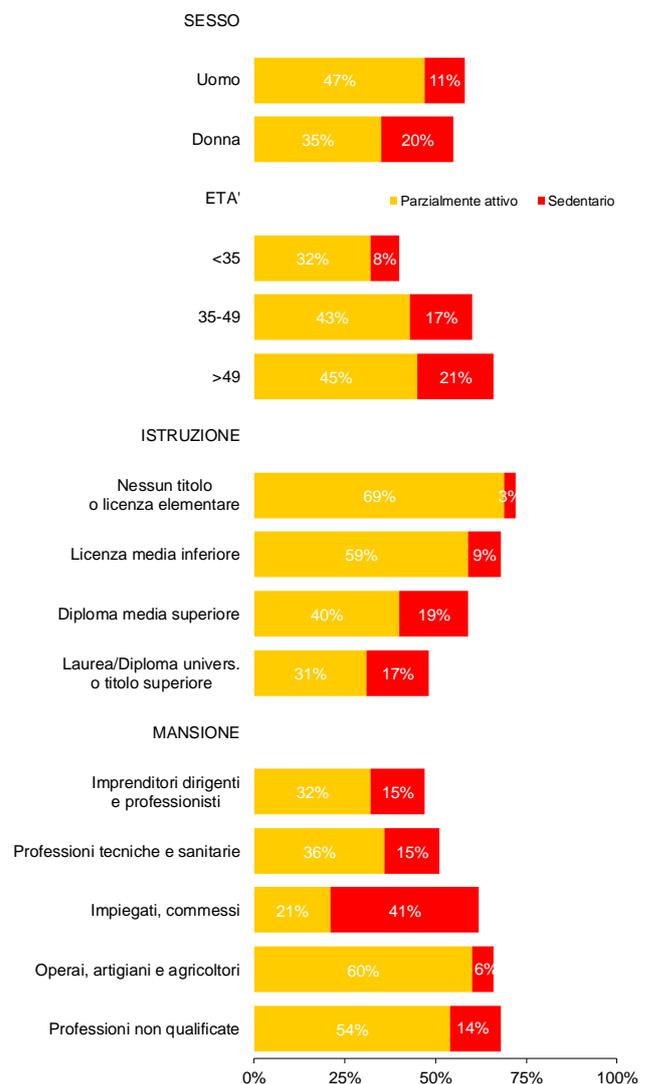
Analizzando i soli lavoratori sanitari, il 15% si trova nello stadio della precontemplazione, il 67% nella contemplazione, il 5% in determinazione e il 9% in azione.

L'analisi degli **interventi dei medici competenti indica che il 51% del pool dei lavoratori** sedentari o parzialmente attivi ha ricevuto un avviso breve, il 27% un intervento motivazionale breve e il 22% un rinforzo motivazionale. Considerando separatamente i lavoratori sedentari e quelli parzialmente attivi, si possono notare delle differenze sull'utilizzo dell'avviso breve, usato sul 50% dei sedentari e sul 39% dei parzialmente attivi e dell'intervento motivazionale breve usato sul 27% dei lavoratori sedentari e sul 21% dei lavoratori parzialmente attivi. Non vi sono grosse differenze nei due gruppi per quanto riguarda gli altri tipi di intervento.

Attività fisica – anno 2019

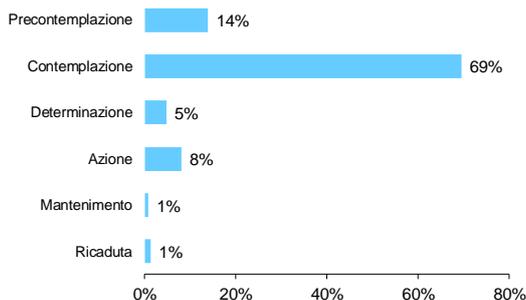


Attività fisica – anno 2019

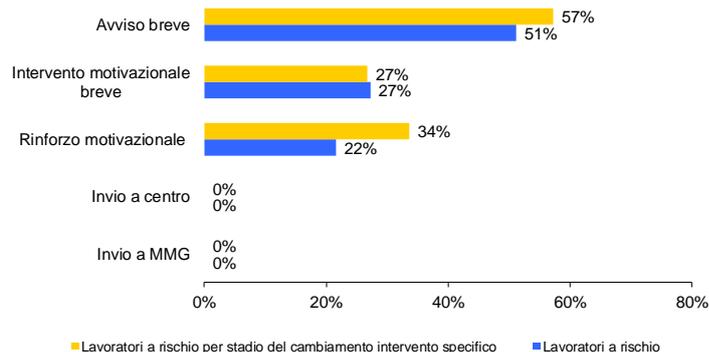


La rilevazione dell'attività fisica è stata effettuata con il questionario PASSI. È definito sedentario chi è inattivo nel tempo libero e svolge un lavoro sedentario, parzialmente attivo chi è parzialmente attivo nel tempo libero e/o effettua un lavoro moderato, attivo chi è attivo nel tempo libero e/o svolge un lavoro pesante. È inattivo nel tempo libero chi ha praticato fuori dal lavoro negli ultimi 30 giorni mediamente 0-9 minuti alla settimana di attività fisica, parzialmente attivo che ne effettuati 10-149 minuti e attivo chi più di 149. I minuti sono calcolati sommando i minuti di attività moderata con il doppio di minuti di quella intensa.

Attività fisica Stadi del cambiamento dei sedentari e parzialmente attivi anno 2019



Attività fisica Interventi del medico competente sui sedentari e parzialmente attivi anno 2019



Al 57% dei lavoratori sedentari o parzialmente attivi che si trovano in uno stadio di precontemplazione o in ricaduta, è stato effettuato un avviso breve. Il 27% di quelli in stadio di contemplazione, in determinazione o in ricaduta ha ricevuto un intervento motivazionale breve e il 34% di quelli in azione, in mantenimento o in ricaduta ha ricevuto un rinforzo motivazionale breve.

Screening oncologici raccomandati

Il 91% del pool delle lavoratrici con più di 24 anni ha effettuato un **Pap test negli ultimi 3 anni oppure un test HPV negli ultimi cinque**. L'85% delle donne tra i 25 e i 34 anni ha effettuato un esame per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, il 94% delle donne tra i 35 e i 49 anni e il 91% delle donne tra i 50 e i 64 anni. Hanno effettuato un test nei tempi raccomandati il 94% delle donne con una licenza di scuola media o inferiore, il 93% di chi ha un diploma di scuola superiore e il 91% tra chi possiede una laurea o un titolo superiore.

Il 71% delle lavoratrici con più di 44 anni ha effettuato una **mammografia a scopo preventivo come previsto dal programma regionale** (nell'ultimo anno tra 45 e 49 anni e negli ultimi 2 anni tra 50 e 69 anni). In particolare, il 56% delle donne 45-49enni ha effettuato una mammografia negli ultimi 12 mesi, il 78% delle donne 50-59enni e l'87% delle donne 60-69enni l'ha effettuata negli ultimi 24.

Hanno effettuato maggiormente questo tipo di esame le donne con laurea o titolo superiore, con una percentuale pari al 91%; a seguire troviamo l'84% delle donne con licenza media o inferiore ed infine il 74% di quelle con diploma di scuola media o titolo inferiore.

La copertura degli esami per la **prevenzione del tumore al colon retto** (ricerca del sangue occulto fecale nell'ultimo biennio o colonscopia negli ultimi 5 anni) dei lavoratori con un'età compresa tra i 50 e i 69 anni è del 62%, inferiore rispetto a quella per gli esami per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero o della mammella, probabilmente perché in questo screening è più recente di quelli femminili e interessa anche gli uomini che sono meno abituati a sottoporsi ad esami di screening.

Le donne si sono sottoposte maggiormente a questo esame (67%) rispetto agli uomini (62%) e non si notano particolari differenze in relazione al titolo di studio; si passa da un 62% tra chi ha una licenza media o un titolo inferiore, a un 60% tra chi possiede un diploma di scuola superiore, fino al 64% tra chi ha una laurea o un titolo superiore.

Screening – Pool di tutti i lavoratori - anno 2019

Prevenzione dei tumori del collo dell'utero (Pap o HPV test)		
Si (Pap negli ultimi 3 anni o HPV test negli ultimi 5 anni)	821	91%
No / Non so / Non risponde	82	9%
Prevenzione del tumore alla mammella (Mammografia)		
Si (mammografia come prevista dal programma regionale)	318	71%
No / Non so / Non risponde	129	29%
Prevenzione del tumore del colon retto (SOF o colonscopia)		
Si (SOF negli ultimi 2 anni o una colonscopia negli ultimi 5 anni)	365	62%
No / Non so / Non risponde	225	38%

Esaminando i lavoratori della sanità, l'88% delle donne con 25 anni o più ha effettuato un **Pap test negli ultimi 3 anni o un test HPV negli ultimi cinque.**

Ha effettuato un test l'83% delle donne con un'età compresa tra i 25 e i 34 anni, il 92% di coloro che hanno tra i 35 e i 49 anni e l'89% di quelle che hanno tra i 50 e 64 anni. L'81% delle donne che hanno conseguito il diploma si sono sottoposte a un test per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, contro l'89% delle donne con un diploma di scuola media o titolo inferiore e il 91% delle donne che hanno conseguito una laurea o un titolo di studio superiore.

Il 91% delle donne con 45 anni o più ha eseguito una **mammografia con le tempistiche raccomandate**. L'85% delle donne che hanno 45-49 anni si è sottoposta a una mammografia negli ultimi 12 mesi, il 73% delle 50-59enni e l'89% delle donne dai 60 ai 69 anni negli ultimi due anni. L'esecuzione dell'esame tende ad aumentare all'aumentare del titolo di studio: dal 50% delle donne con una licenza di scuola media, al 75% delle donne con un diploma di scuola superiore fino all'88% delle donne con laurea o titolo inferiore.

Il 58% dei lavoratori della sanità con 50 anni o più ha effettuato un **esame per la prevenzione del tumore al colon retto**. Il 54% delle donne ha effettuato un esame contro il 58% degli uomini; ha eseguito un esame il 33% dei lavoratori con un diploma di scuola media o inferiore, il 55% di quelli con un diploma di scuola superiore e il 59% di quelli con una laurea o un titolo superiore.

Analizzando gli interventi dei medici competenti il 22% del pool delle donne ha ricevuto un avviso breve per l'effettuazione di un esame preventivo per i tumori cervicali e il 26% per l'esecuzione della mammografia.

Rispetto allo screening per la prevenzione dei tumori colon rettali, i medici competenti hanno fatto ricorso all'avviso breve nel 31% dei lavoratori ultra 49enni, al rinforzo motivazionale nell'11% e nel 7% a un intervento motivazionale breve.

Screening – Lavoratori della sanità, anno 2019

Prevenzione dei tumori del collo dell'utero (Pap o HPV test)		
Si (Pap negli ultimi 3 anni o HPV test negli ultimi 5 anni)	490	88%
No / Non so / Non risponde	68	12%

Prevenzione del tumore alla mammella (Mammografia)		
Si (mammografia come prevista dal programma regionale)	225	91%
No / Non so / Non risponde	21	9%

Prevenzione del tumore del colon retto (SOF o colonscopia)		
Si (SOF negli ultimi 2 anni o una colonscopia negli ultimi 5 anni)	129	58%
No / Non so / Non risponde	95	42%

Vaccinazioni non obbligatorie

Solo il 49% dei 772 lavoratori appartenenti ad una categoria a rischio sono **vaccinati contro l'influenza** con una differenza di genere abbastanza forte: è vaccinato il 55% degli uomini contro il 45% delle donne.

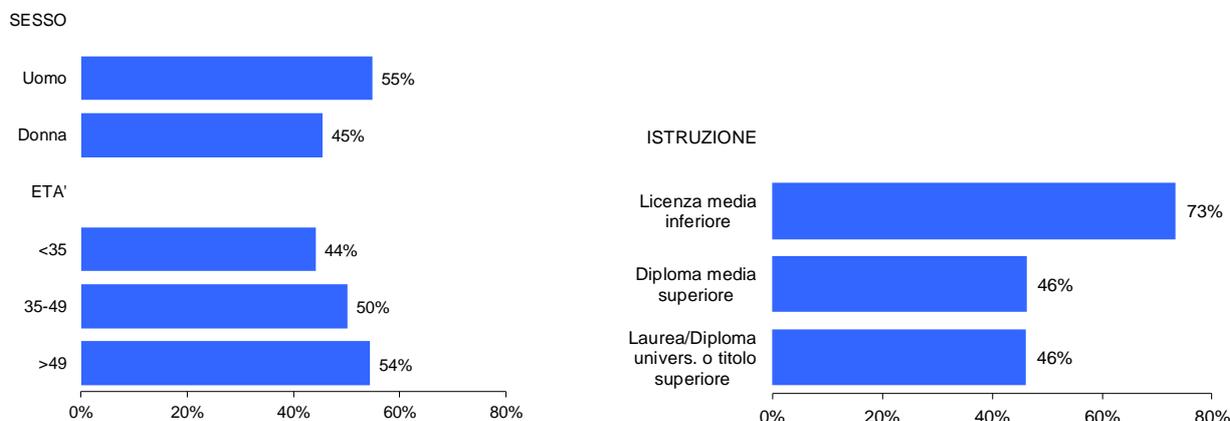
La copertura vaccinale aumenta con l'età: è vaccinato il 44% di chi ha meno di 35 anni, il 50% di chi ha un'età compresa tra i 35 e i 49 anni e il 54% degli ultra 49enni; vi è anche una differenza per titolo di studio, infatti è vaccinato il 73% tra chi possiede una licenza di scuola media o inferiore e il 46% tra chi possiede un diploma di scuola superiore o laurea. È vaccinato il 57% dei lavoratori che svolgono professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione, il 42% di chi svolge professioni tecniche, il 70% di chi esegue delle professioni esecutive nel lavoro d'ufficio e l'82% degli artigiani, operai specializzati e agricoltori.

Tra i lavoratori appartenenti ad una categoria a rischio, il 62% ha effettuato la **vaccinazione antimeningococcica**, il 54% la **vaccinazione antipneumococcica** e il 65% si è sottoposto a quella **antimofilo B**.

	Categorie a rischio	Vaccinati	Copertura (%)
Antinfluenzale			
– Pool	772	379	49%
– Sanità	652	289	44%
Antimeningococcica			
– Pool	45	28	62%
– Sanità	24	14	58%
Antipneumococcica			
– Pool	37	20	54%
– Sanità	18	10	56%
Antimofilo B			
– Pool	23	15	65%
– Sanità	15	8	53%

Tra il **personale sanitario intervistato** si è sottoposto alla vaccinazione antinfluenzale il 44% degli operatori appartenenti ad una delle categorie a rischio. È coperto il 46% degli uomini contro il 44% delle donne. Il 40% degli operatori con meno di 35 anni riferisce che si è vaccinato, così come il 46% degli operatori tra i 35 e 49 anni e il 48% di quelli che hanno più di 49 anni. Il ricorso alla copertura in relazione al titolo di studio è del 56% per i lavoratori della sanità con licenza media o titolo inferiore, del 39% per quelli con diploma o titolo superiore e del 46% per coloro che sono in possesso di laurea o titolo superiore. È vaccinato il 55% degli operatori sanitari che svolgono delle professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione e il 41% di chi svolge delle professioni tecniche. Il 58% ha effettuato la vaccinazione antimeningococcica e il 56% quella antipneumococcica, infine il 53% degli operatori a rischio è vaccinato per l'antemofilo B.

Copertura vaccinazione antinfluenzale – anno 2019



L'evoluzione temporale del progetto di promozione della salute

Nei paragrafi seguenti è descritto il **confronto tra le attività del biennio 2018-2019**, effettuato sui **451 lavoratori** che sono stati visitati dal medico competente in entrambi gli anni.

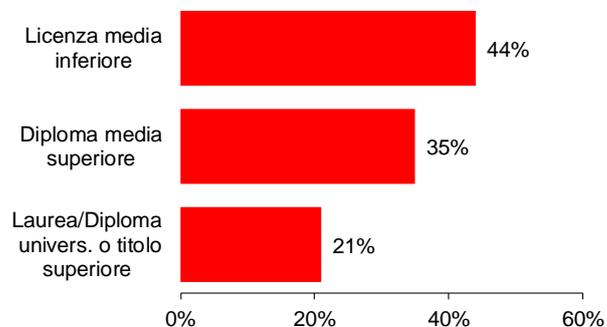
Nel campione analizzato, per quanto riguarda la composizione per sesso, vi è una maggior presenza di uomini, pari al 69%.

In merito al titolo di studio una percentuale più elevata di lavoratori con licenza media inferiore o altri titoli inferiori, pari al 44%; a seguire abbiamo il 35% di lavoratori con diploma di scuola superiore e, infine, solo il 21% possiede una laurea o titolo superiore.

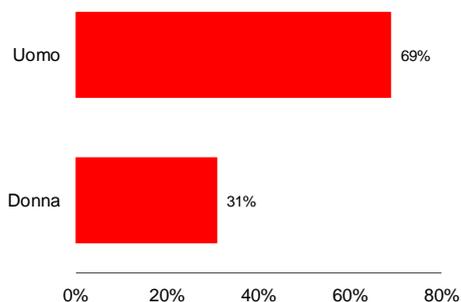
Tra i settori di appartenenza del gruppo 2018-2019, a prevalere è quello della manifattura, con una percentuale pari al 52%.

A seguire troviamo l'istruzione con una percentuale pari al 14% e il commercio, a cui appartengono l'11% dei lavoratori; i settori meno diffusi sono invece le costruzioni e i servizi (1% dei lavoratori).

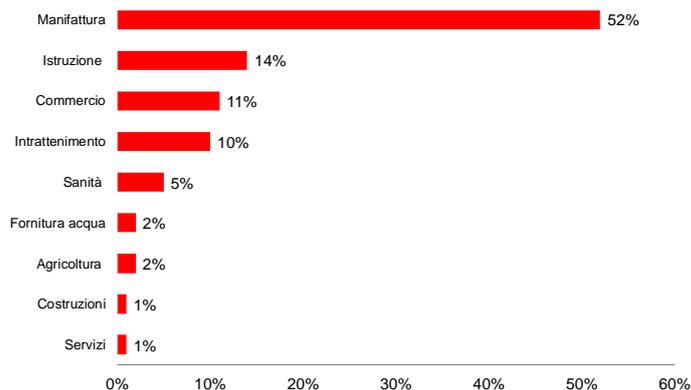
Composizione per titolo di studio del gruppo 2018-2019



Composizione per sesso del gruppo 2018-2019



Settore di appartenenza del gruppo 2018-2019



Confronto tra le attività degli anni 2018 e 2019

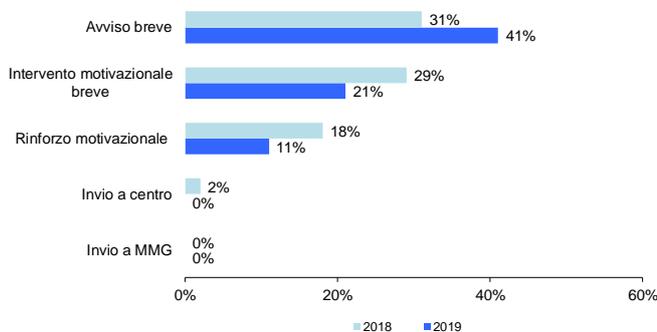
Per i lavoratori che sono stati visitati sia nel 2018 che nel 2019, sono state **confrontate le loro propensioni al cambiamento** riguardo i diversi fattori di rischio e i relativi interventi effettuati da parte del medico competente.

Per quanto riguarda l'abitudine al fumo di sigaretta, la prevalenza di lavoratori che fumano è passata dal 26% del 2018 al 23% del 2019. Si può notare una lieve diminuzione dello stadio di azione nei fumatori e fumatori in astensione, passando da un 13% nel 2018 ad un 9% nel 2019 e, allo stesso tempo, un aumento dello stadio di precontemplazione, passando dal 24% al 26%.

Per quanto concerne le azioni attuate dal medico competente sui lavoratori a rischio, si può notare un minor utilizzo dell'intervento motivazionale breve (29% nel 2018 e 21% nel 2019) e, al contempo, un incremento dell'avviso breve dal 31% nel 2018 al 41% nel 2019.

Sui lavoratori fumatori in stadio precontemplativo e ricaduta, vi è stata una diminuzione sia del ricorso all'avviso breve, dal 53% nel 2018 al 37% nel 2019, sia dell'intervento motivazionale breve, dal 41% nel 2018 al 21% nel 2019 sui lavoratori che si trovano nello stadio di contemplazione, determinazione o in ricaduta (differenza statisticamente significativa). Infine, anche per coloro che si trovano in azione, in mantenimento o in ricaduta è diminuito il ricorso al rinforzo motivazionale, passando dal 28% del 2018 al 18% del 2019.

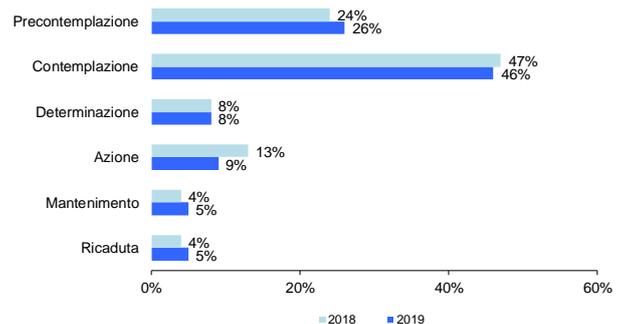
Fumo di sigaretta
Interventi del medico competente sui lavoratori a rischio
anno 2018 e 2019



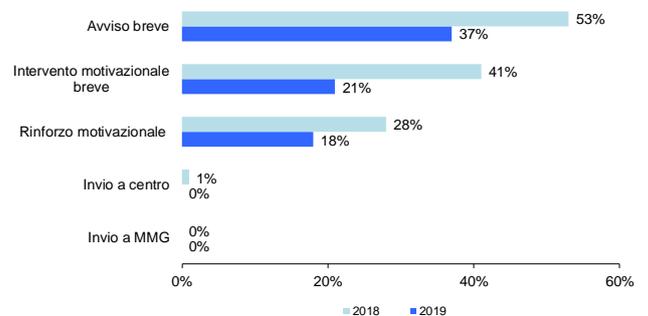
Prevalenza dei fumatori e fumatori in astensione
anno 2018 e 2019



Fumo di sigaretta
Stadi del cambiamento dei fumatori e fumatori in astensione
anno 2018 e 2019



Fumo di sigaretta
Interventi del medico competente sui lavoratori a rischio
per stadio del cambiamento intervento specifico
anno 2018 e 2019



Analizzando i cambiamenti per coloro in eccesso ponderale, la prevalenza dei lavoratori obesi e in sovrappeso è passata dal 39% del 2018 al 37% del 2019. Vi è stato un aumento dei lavoratori in stadio di contemplazione (dal 57% nel 2018 al 60% nel 2019) e dei lavoratori che si trovano in azione (dal 18% nel 2018 al 20% nel 2019).

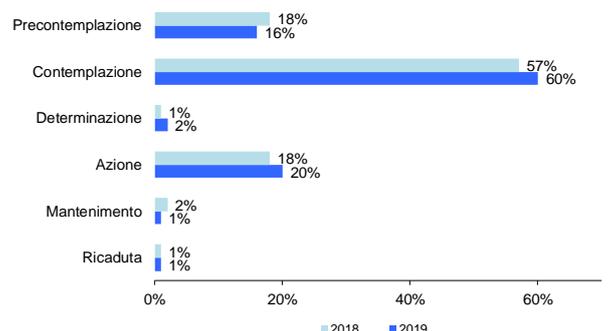
Per gli interventi da parte dei medici competenti sui lavoratori a rischio, nel 2019 si può notare un minor utilizzo del rinforzo motivazionale (33% nel 2018 e 18% nel 2019) e un aumento dell'avviso breve (passando dal 27% nel 2018 al 30% nel 2019).

Nello specifico, per i lavoratori in stadio precontemplativo e ricaduta, vi è stata una diminuzione dell'avviso breve (41% nel 2018 e 31% nel 2019) e anche per coloro che si trovano in azione, in mantenimento o in ricaduta è diminuito il ricorso al rinforzo motivazionale, passando dal 42% del 2018 al 37% del 2019.

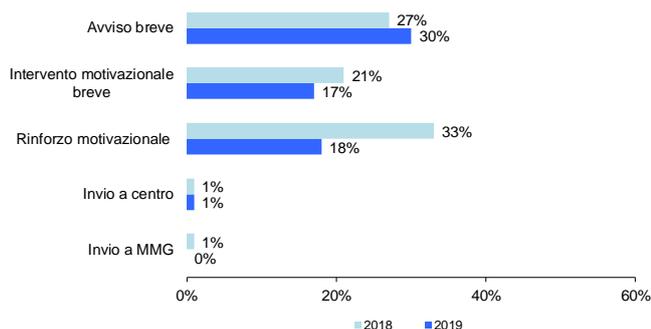
Prevalenza dei lavoratori in eccesso ponderale
anno 2018 e 2019



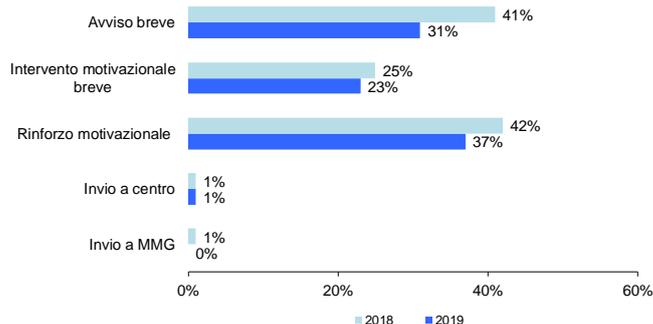
Stato Nutrizionale
Stadi del cambiamento dei lavoratori in eccesso ponderale
anno 2018 e 2019



Stato Nutrizionale
Interventi del medico competente sui lavoratori a rischio
anno 2018 e 2019



Stato Nutrizionale
Interventi del medico competente sui lavoratori a rischio per
stadio del cambiamento intervento specifico
anno 2018 e 2019



La prevalenza dei lavoratori che invece non risultano avere una buona aderenza alla dieta mediterranea è rimasta invariata tra i due anni ed è pari al 36%.

Per quanto concerne gli stadi del cambiamento, si trova in fase di precontemplazione il 37% dei lavoratori del 2018, percentuale che raggiunge il 33% nel 2019 e, allo stesso tempo, vi è un aumento dello stadio di azione, dove si passa dal 19% del 2018 al 25% del 2019.

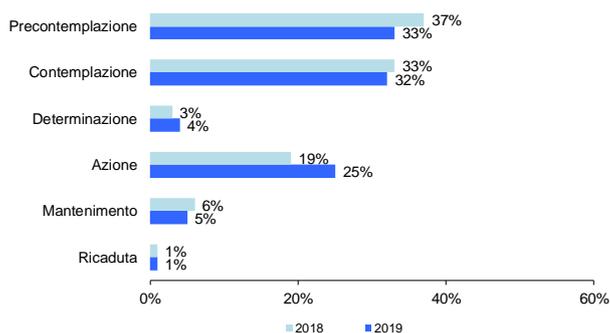
Circa gli interventi del medico competente sui lavoratori a rischio, si è potuto vedere una diminuzione dell'utilizzo dell'avviso breve (36% nel 2018, 29% nel 2019) e una diminuzione del rinforzo motivazionale (23% nel 2018, 17% nel 2019).

Circa i lavoratori in stadio precontemplativo e ricaduta, vi è stato un maggior ricorso al rinforzo motivazionale per quei lavoratori che si trovano nello stadio di azione, in mantenimento o in ricaduta (dal 27% al 29%); al contempo, per i lavoratori in stadio precontemplativo e ricaduta, vi è stata una diminuzione dell'avviso breve (36% nel 2018 e 29% nel 2019)

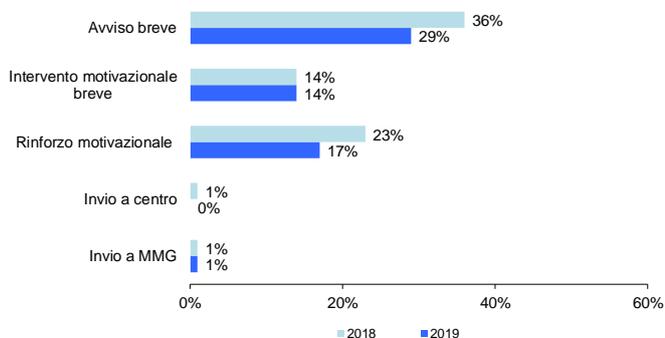
Prevalenza dei lavoratori con alimentazione da correggere
anno 2018 e 2019



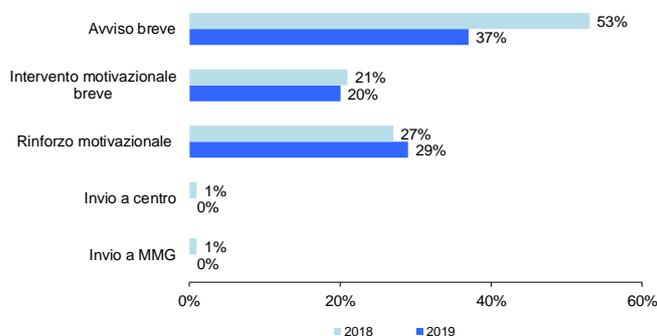
Alimentazione
Stadi del cambiamento di chi ha abitudini alimentari da
correggere - anno 2018 e 2019



Alimentazione
Interventi del medico competente sui lavoratori a rischio
anno 2018 e 2019



Alimentazione
Interventi del medico competente sui lavoratori a rischio per
stadio del cambiamento intervento specifico
anno 2018 e 2019



Circa l'attività fisica, la prevalenza di coloro non attivi è aumentata, passando dal 55% del 2018 al 57% del 2019. Il 68% dei lavoratori sedentari o parzialmente attivi era nello stadio della contemplazione nel 2018 e nel 2019 ammonta al 63%. Vi è poi un aumento della percentuale di chi è in precontemplazione, passando dal 22% del 2018 al 25% del 2019.

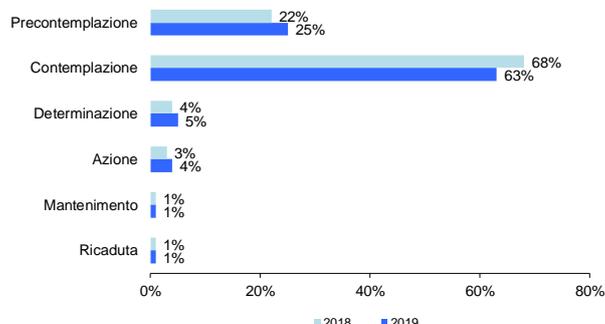
Per gli interventi dei MC, nel 2018 si può notare una diminuzione dell'intervento motivazionale breve che passa dal 33% all'11% e anche un decremento del rinforzo motivazionale (dal 24% del 2018 al 12% del 2019). Al contrario, si evince un aumento dell'avviso breve, passando dal 23% nel 2018 al 55% nel 2019.

Sui lavoratori non attivi in stadio precontemplativo e ricaduta, vi è stata una diminuzione del ricorso all'avviso breve (43% nel 2018 e 11% nel 2019) e anche del rinforzo motivazionale su coloro che si trovano in azione, in mantenimento o in ricaduta (dal 44% del 2018 al 28% del 2019); al contrario, vi è stato un aumento dell'intervento motivazionale breve (attuato sul 26% dei lavoratori nel 2018 e sul 46% nel 2019) su coloro che si trovano nello stadio di contemplazione, determinazione o in ricaduta.

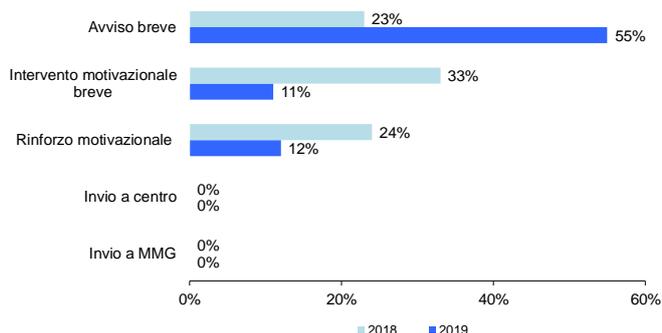
Prevalenza dei lavoratori non attivi anno 2018 e 2019



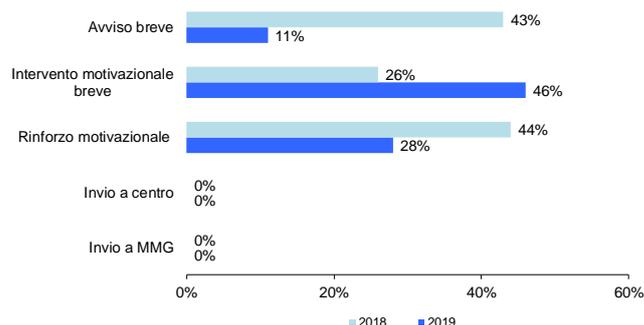
Attività fisica Stadi del cambiamento dei sedentari e parzialmente attivi anno 2018 e 2019



Attività fisica Interventi del medico competente sui lavoratori a rischio anno 2018 e 2019



Attività fisica Interventi del medico competente sui lavoratori a rischio per stadio del cambiamento intervento specifico anno 2018 e 2019



Elaborazione dei dati provenienti dai Medici Competenti che hanno aderito al progetto a cura dell'Ausl di Modena, Dipartimento di Sanità Pubblica, Servizio di Epidemiologia e Comunicazione del Rischio, Giuliano Carrozzi, Floriana Pinto.

Esecuzione del programma sperimentale a cura del Gruppo di coordinamento regionale del progetto 1.2 "Promozione della salute nei luoghi di lavoro" del Piano Regionale della Prevenzione 2015 – 2018, esteso al 2019:

- coordinato da Mara Bernardini, Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale cura della persona, salute e welfare, Servizio prevenzione collettiva e sanità pubblica e Davide Ferrari, direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL di Modena

- composto da Maria Teresa Cella, SPSAL AUSL Piacenza; Walter Catellani, SPSAL AUSL Parma, Loredana Guidi e Lia Gallinari, SPSAL AUSL Reggio Emilia; Davide Ferrari e Paola Prampolini, SPSAL AUSL Modena; Vincenzo D'Elia e Fabio Piretti, SPSAL AUSL Bologna; Donatella Nini e Cristina Neretti, SPSAL AUSL Imola; Valerio Parmeggiani, SPSAL AUSL Ferrara; Marilena Mazzavillani e Vittorio Masier; SPSAL AUSL della Romagna.

Hanno partecipato al programma sperimentale e contribuito a fornire dati, oltre ai Medici Competenti delle aziende private, anche Medici Competenti di Aziende Sanitarie tra cui l'AOU di Parma, l'AUSL – IRCCS di Reggio Emilia, l'AUSL e l'AOU di Modena, l'AUSL di Imola e quella della Romagna con l'Ospedale di Ravenna.

Coordinamento complessivo del Piano Regionale della Prevenzione: Adriana Giannini, Responsabile del Servizio prevenzione collettiva e sanità pubblica, Direzione Generale cura della persona, salute e welfare, regione Emilia-Romagna.



DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE
AREA GOVERNO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

IL DIRIGENTE DI RIFERIMENTO
VALENTINA SOLFRINI

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.	CFR FILESEGNATURA.XML		
DEL	CFR FILESEGNATURA.XML		

Ai Direttori Sanitari

p.c.

Ai Direttori dei Dipartimenti/Servizi
farmaceutici

Ai Responsabili dei Centri antifumo

delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-
Romagna

Al Coordinamento regionale dei Centri
antifumo

Loro Indirizzi di posta Elettronica

Oggetto: individuazione dei Centri prescrittori ed indicazioni per la prescrizione del farmaco Vareniclina per la cessazione dell'abitudine al fumo negli adulti.

Gentilissimi,

la Commissione Regionale del farmaco (CRF) ha inserito vareniclina in PTR a febbraio 2020 per l'uso nella cessazione dell'abitudine al fumo in pazienti adulti affetti da BPCO o in prevenzione secondaria di patologie cardiovascolari, definendo i seguenti criteri per la prescrizione ed erogazione del farmaco, in accordo con il Coordinamento regionale dei Centri antifumo (CAF):

- l'utilizzo di vareniclina deve avvenire secondo i criteri di eleggibilità definiti dal Piano terapeutico cartaceo AIFA e **all'interno di un programma di disassuefazione dal fumo definito dal CAF stesso per ciascun paziente;**
- la prescrizione può avvenire unicamente all'interno dei CAF in cui è **garantita la presenza di un medico;**
- l'erogazione può avvenire **esclusivamente attraverso la Distribuzione Diretta**

E' stato quindi concordato con il supporto del Coordinamento dei CAF, l'elenco dei Centri prescrittori, prevedendo, ai fini di assicurare un adeguato follow up dei pazienti l'individuazione di un numero limitato di Centri per ciascuna provincia della Regione, sulla base dei criteri sopra riportati.

Si riporta di seguito l'elenco dei Centri individuati.

Viale Aldo Moro 21 tel 051.527.7286 – 7320 – 7319
40127 Bologna

assistentaterritoriale@regione.emilia-romagna.it
assistentaterritoriale@postacert.regione.emilia-romagna.it
www.regione.emilia-romagna.it

Azienda Sanitaria	Centro Anti Fumo provinciale
AUSL Piacenza	Ambulatorio LILT – AUSL PC, Via G. Taverna n. 49 Piacenza
AUSL Parma	Centro Antifumo c/o Casa della Salute Pintor-Molinetto – Parma
	Centro Antifumo c/o Ambulatorio Cardiologia - Poliambulatori Ospedale di Fidenza
AUSL Reggio Emilia	Centro Anti Fumo Provinciale: <ul style="list-style-type: none"> - Luoghi di Prevenzione, via Amendola 2 – Reggio Emilia - CAF- SerDP di Reggio Emilia - CAF- SerDP area Nord (sede Correggio) - CAF- SerDP area Sud (sede Scandiano)
AUSL Modena	Centro antifumo Carpi, P.le Donatori di sangue 3 (Area Nord)
	Centro antifumo Modena, via Newton 150 (Area Centro)
	Centro antifumo Sassuolo, via F.lli Cairoli 19 (Area Sud)
AUSL Bologna	Centro antifumo, Hub Via Montebello 6 Bologna
AUSL Imola	fa riferimento al CAF di Bologna
AUSL Ferrara	Distretto Ovest presso la casa della salute di Pieve di Cento
AUSL Romagna:	
Forlì – Cesena	Centro prevenzione e cura del tabagismo c/o Servizio Dipendenze Patologiche via Orto del Fuoco, 10 Forlì
Rimini	Centro Dipendenze Alcol-fumo dell'U.O. Dipendenze Patologiche c/o Padiglione Stampa Ospedale Infermi via Settembrini n.2 Rimini

Qualora si ritengano necessarie integrazioni, si chiede di comunicarle alla Dr.ssa Anna Maria Potenza (mail: annamaria.potenza@regione.emilia-romagna.it) e alla Dr.ssa Mara Bernardini (mail: mara.bernardini@regione.emilia-romagna.it) entro il 22 agosto pv..

Rispetto alla prescrivibilità attuale di vareniclina, si fa presente che sul sito di AIFA il 15 luglio us è stata pubblicata una Nota Informativa Importante (<https://www.aifa.gov.it/-/nota-informativa-importante-su-champix-vareniclina->) relativa al ritiro da parte della Ditta Pfizer (il titolare AIC del farmaco) di alcuni lotti in seguito al riscontro di livelli di nitrosoderivati al di sopra dei livelli di assunzione giornalieri ritenuti accettabili. La Ditta ha, inoltre, ritenuto di sospendere in via cautelativa la distribuzione del medicinale, in attesa che vengano completati gli ulteriori controlli in corso. I clinici sono invitati pertanto a non mettere in trattamento nuovi pazienti.

Rispetto a quelli già in trattamento, sempre all'interno della nota di AIFA sopra citata sono fornite indicazioni in merito alla modalità con cui effettuare un'eventuale de-escalation della dose del farmaco nel caso di impossibilità a completare il trattamento per la mancata disponibilità del prodotto e proposto, ove vi siano le condizioni, di ricorrere ad altra terapia con indicazione nella disassuefazione dal fumo.

Si ricorda a questo proposito che vareniclina rappresenta attualmente l'unico farmaco rimborsato SSN per la cessazione dell'abitudine al fumo e quindi il costo della terapia in caso di sostituzione ad esempio con farmaci a base di nicotina o bupropione rimane a totale carico del cittadino.

Cordiali saluti

Valentina Solfrini
(F.to digitalmente)



ASSESSORATO POLITICHE PER LA SALUTE

L'ASSESSORE

TIPO ANNO NUMERO

REG.

DEL

Direttori generali
 Commissari straordinari
 delle Aziende sanitarie
 della Regione Emilia-Romagna

**Oggetto: Campagna regionale per la prevenzione del rischio cardiovascolare
 "Tieni in forma il tuo cuore", 4 settembre – 10 ottobre 2021.**

Gentilissimi,

faccio seguito ai contatti intercorsi per ufficializzare il progetto per la prevenzione del rischio cardiovascolare in oggetto, su cui sono a chiedere la Vostra diretta e fondamentale collaborazione, oltre a quella dei cardiologi e dei Direttori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica, che hanno già espresso un caloroso interesse.

Il progetto prevede lo svolgimento di un'iniziativa di prevenzione cardiovascolare di comunità nelle piazze delle principali città della regione, a cui può essere abbinato (a cura delle aziende e degli operatori stessi del territorio) un evento scientifico dedicato a operatori sanitari dell'ospedale e del territorio inerente la "Prevenzione cardiovascolare: una sfida per molti attori".

Alla presente seguirà una richiesta ufficiale, ai Sindaci delle città interessate, di adesione al progetto con il patrocinio e la disponibilità delle piazze.

Vi chiediamo, pertanto, di coordinarvi con loro attraverso i vostri Uffici competenti per la gestione degli aspetti tecnici quali l'individuazione delle piazze per il posizionamento del truck-clinica mobile e della manifestazione, le autorizzazioni per l'occupazione del suolo pubblico, i permessi per l'ingresso e uscita del mezzo, l'individuazione di servizi igienici pubblici e/o privati per gli operatori in servizio, e ogni altro aspetto logistico utile al corretto funzionamento della manifestazione anche nel rispetto delle misure anti-covid.

Di seguito il calendario degli appuntamenti nelle singole città.

Sabato	4 settembre	Ferrara
Domenica	5 settembre	Cesena
Sabato	11 settembre	Forlì
Domenica	12 settembre	Ravenna
Sabato	18 settembre	Bologna
Domenica	19 settembre	Bologna
Sabato	25 settembre	Modena
Domenica	26 settembre	Rimini
Sabato	2 ottobre	Parma
Domenica	3 ottobre	Piacenza
Sabato	9 ottobre	Reggio Emilia
Domenica	10 ottobre	Imola

Sono, inoltre, a chiedere la vostra collaborazione per:

- informare i medici di medicina generale del progetto e delle possibili ricadute dell'iniziativa sulla loro attività ordinaria (in allegato una descrizione più ampia del progetto);
- favorire la più ampia divulgazione dell'iniziativa (sia quella in piazza che l'eventuale convegno) attraverso i canali di comunicazione della vostra Azienda;
- rendere disponibile per le singole manifestazioni nelle piazze il materiale educativo (brochure etc.) in dotazione presso la vostra Azienda;
- coinvolgere le Associazioni del territorio da tempo impegnate nelle attività di prevenzione e promozione di corretti stili di vita, che vorranno e potranno aderire all'iniziativa pur con lo scarso preavviso per l'anno in corso.

Come regione ci occuperemo del noleggio e della brandizzazione delle unità mobili attrezzate (in allegato le note tecniche), dell'acquisto del materiale di consumo per l'attività di screening, della predisposizione del materiale informativo e di comunicazione di rilievo regionale che vi metteremo prontamente a disposizione.

Per eventuali richieste di chiarimenti o approfondimenti potete fare riferimento per le rispettive competenze alle dott.sse Marilena Fabbri (segreteria dell'assessore), Rossana de Palma, Giovanna Mattei e al Dott. Stefano Aurighi.

Nel ringraziarvi per la disponibilità e l'impegno per la buona riuscita dell'iniziativa, colgo l'occasione per porgervi

Cordiali Saluti

Raffaele Donini

In Allegato:

- 1- Il Progetto
- 2- Nota tecnica sulle caratteristiche dei mezzi

Allegato 1

Progetto Prevenzione Cardiovascolare Settembre - Ottobre 2021

Considerazioni di contesto

Le malattie cardiovascolari continuano a rappresentare in Italia la prima causa di morte nonostante i rilevanti progressi della cardiologia avvenuti negli ultimi decenni nel trattamento delle patologie cardiovascolari acute e croniche. L'attuazione di strategie di prevenzione basate sull'implementazione dei corretti stili di vita e su interventi farmacologici di documentata efficacia rappresentano gli strumenti principali per combattere le malattie cardiovascolari, garantire un miglioramento della qualità di vita nell'età avanzata e assicurare la sostenibilità del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

La Regione Emilia-Romagna, che è stata tra le prime in Italia all'inizio degli anni 2000 a organizzare la rete per l'infarto consentendo una drastica riduzione della mortalità cardiaca, a partire da quest'anno intende avviare un progetto regionale di prevenzione cardiovascolare rivolto ai cittadini. L'obiettivo è quello di mettere ulteriormente a valore le azioni che gli operatori delle Aziende e le Associazioni di volontariato, da tempo promuovono sul territorio, con l'auspicio che possa diventare un appuntamento annuale dopo la pausa estiva (settembre-ottobre "mese del cuore") in sintonia anche con gli obiettivi di informazione e sensibilizzazione che la giornata mondiale del cuore (World Heart Day), celebrata il 29 settembre di ogni anno, si prefigge.

Calendario delle Giornate di Prevenzione Cardiovascolare

Sabato	4 settembre	Ferrara
Domenica	5 settembre	Cesena
Sabato	11 settembre	Forlì
Domenica	12 settembre	Ravenna
Sabato	18 settembre	Bologna
Domenica	19 settembre	Bologna
Sabato	25 settembre	Modena
Domenica	26 settembre	Rimini
Sabato	2 ottobre	Parma
Domenica	3 ottobre	Piacenza
Sabato	9 ottobre	Reggio Emilia
Domenica	10 ottobre	Imola

Attività di screening

La Giornata della prevenzione cardiovascolare che, visto l'interesse dimostrato, verrà realizzata in ogni città della regione, dedicata alla popolazione, consta dell'allestimento in una piazza centrale di un truck attrezzato e di 2 gazebo resi disponibili dalla Regione, aperti dalle 10:00 alle 18:00 e all'interno dei quali le persone potranno eseguire, a cura di cardiologi e infermieri:

- la determinazione dell'assetto lipidico e glucidico con un semplice prelievo di una goccia di sangue capillare;
- la rilevazione dei principali parametri vitali (pressione arteriosa, peso corporeo, body mass index-BMI, girovita);
- lo screening della fibrillazione atriale asintomatica.

Sarà, inoltre, possibile la valutazione del proprio livello di rischio cardiovascolare globale attraverso l'algoritmo computerizzato della carta del rischio, con un counseling finale personalizzato da parte del cardiologo.

I soggetti con elevato profilo di rischio cardiovascolare verranno invitati a contattare il proprio Medico di Medicina Generale e, in caso di riscontro di patologia cardiaca non precedentemente nota, verrà garantita una visita cardiologica presso la cardiologia di riferimento territoriale.

Collaborazione richiesto al personale delle aziende sanitarie

Per ciascuna giornata, si chiede che medici e infermieri delle cardiologie locali, nutrizionisti, operatori dei centri anti-fumo e medici di sanità pubblica delle Aziende sanitarie vita a momenti di educazione alla prevenzione cardiovascolare, diffondendo buone pratiche per corretti stili di vita (attività fisica, alimentazione sana, stop al fumo). In contemporanea, istruttori di rianimazione cardiopolmonare certificati dall'American Heart Association potranno dimostrare attraverso brevi training come è possibile trattare un arresto cardiaco (fare ripartire un cuore) mediante l'impiego del defibrillatore.

È fondamentale la collaborazione del personale infermieristico e dei medici cardiologi per l'attività di determinazione del rischio e di counseling, così come degli operatori sanitari dei Dipartimenti di Sanità Pubblica.

Si ritiene particolarmente significativo il coinvolgimento delle realtà territoriali (associazioni di volontariato, centri anti-fumo, terzo settore, etc) che normalmente collaborano con le Aziende sanitarie per l'attività di prevenzione primaria per contribuire ad animare le piazze e a sostenere la promozione di sani e corretti stili di vita.

Medici di medicina generale: attori fondamentali della prevenzione

L'iniziativa di sensibilizzazione della popolazione potrà avere un impatto indiretto sull'attività di medicina di base, eventualmente impegnando nei giorni successivi i Medici di Medicina Generale all'esecuzione di approfondimenti diagnostici per i propri pazienti, è pertanto importante che siano opportunamente informati dell'iniziativa.

Pur essendo consapevoli di un possibile maggior carico di lavoro, l'opportunità di avviare modalità di approccio partecipato della cittadinanza alla salute pubblica, e in particolare alle misure di prevenzione per il trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare, ci rende confidenti del positivo contributo dell'iniziativa tesa a sviluppare

una collaborazione sinergica tra i diversi attori per aumentare l'aspettativa degli anni di "vita in salute" e garantire una migliore qualità di vita nell'età avanzata.

Evento scientifico

In prossimità della giornata in piazza nelle diverse città coinvolte dall'iniziativa potrà essere organizzato un convegno dedicato agli operatori sanitari e/o alla cittadinanza dal titolo "Prevenzione cardiovascolare: una sfida per molti attori".

È stato predisposto un format standard del convegno che potrà essere oggetto di modifica da parte dei referenti locali dell'evento che avranno il compito di identificare anche i moderatori e i relatori del programma.

Alle Aziende sanitarie si chiede di poter fornire il supporto logistico (aula, desk di registrazione dei partecipanti, sistema audio e di proiezione slides, etc.) nei casi in cui si condivida con i cardiologi referenti locali di organizzare un convegno scientifico a livello territoriale.

Allegato 2

Note tecniche dei mezzi

La Regione Emilia- Romagna metterà a disposizione due mezzi con autorizzazione sanitaria a uso clinica mobile.

Per la collocazione del mezzo è necessaria un'area pianeggiante e asfaltata (auspicabile senza strutture sotto il manto stradale, tipo parcheggi sotterranei).

Per poter svolgere le proprie funzioni ambulatoriali, il mezzo ha bisogno di:

- Una presa di corrente industriale 380V
- Una presa di acqua potabile
- Un tombino per le acque chiare

Clinica mobile 1 (per tutte le piazze ad eccezione di Bologna)

Si tratta di un truck estendibile dotato di due scalette (una posteriore e una laterale).

Dimensioni: lunghezza 13,60 mt x larghezza 2,44mt (per una porzione di 7,60 mt il mezzo si allarga fino a 4mt).

La larghezza massima si riferisce alla parte del mezzo posteriore (lunga circa 7,60mt) in cui esce uno slider laterale. Il resto del mezzo è largo 2,5mt.

In aggiunta andranno considerate le scale: la scala laterale resta in sagoma nei 4 mt di larghezza, mentre quella posteriore aumenta la lunghezza di circa 1 metro.

Per stare tranquilli si consideri un ingombro di circa **15,5/16 mt x 5 mt.**

Superficie totale 44,5 mq.

Tempi di apertura/chiusura: rispettivamente 2-3 ore

Per valutare le condizioni di accesso all'area in cui posizionare la clinica mobile, si consideri anche il passaggio del trattore del mezzo, che una volta posizionato potrà essere sganciato per andare via.

La struttura è suddivisibile in 3 spazi + 1 reception ed è dotata di 2 porte per ingresso/uscita con accesso tramite scalette.

Arredi in dotazione:

- all'ingresso un divano da 3/4 posti, un tavolo ed una sedia da ufficio;
- nella prima e seconda stanza sono posizionati un lettino elettrico utilizzabile per visite mediche.
- Se lo si ritiene utile può essere inserito un letto dello stesso tipo nella terza stanza, o in alternativa è possibile inserire in questa stanza altra mobilia qualora non venisse utilizzata per visite mediche. In aggiunta verranno lasciati posizionati 3 sgabelli sanitari.

In tutti gli ambienti sono presenti lavandini, un frigorifero ed impianto di condizionamento.

La sanificazione degli ambienti sanitari a fine giornata è a carico della società che fornisce il mezzo.

Le operazioni di precauzione anti-covid tra un visitatore ed un altro è a carico del personale presente sul mezzo impegnato in attività di screening e counseling, compreso il materiale di consumo utile in tal senso.

Clinica mobile 2 (per Bologna)

Si tratta di un truck estendibile con una veranda accessibile da scale per l'accoglienza.

Dimensioni: lunghezza 13,55 mt x larghezza 2,20mt (per una porzione di 7,60 mt il mezzo si allarga fino a 4,10 mt).

Per stare tranquilli si consideri un ingombro di circa **13,55/16 mt x 4,5 mt.**

Superficie totale 45 mq.

Tempi di apertura/chiusura: rispettivamente 3-4ore

Per valutare le condizioni di accesso all'area in cui posizionare la clinica mobile, si consideri anche il passaggio del trattore del mezzo, che una volta posizionato potrà essere sganciato per andare via.

La struttura è suddivisibile in più spazi

Arredi in dotazione: come per l'altro mezzo in dotazione.

Ulteriori elementi logistico-organizzativi

Permessi a carico delle singole aziende in collaborazioni con i comuni coinvolti:

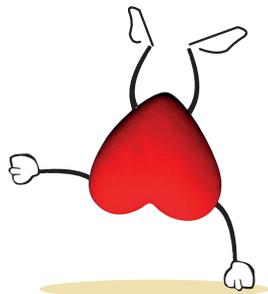
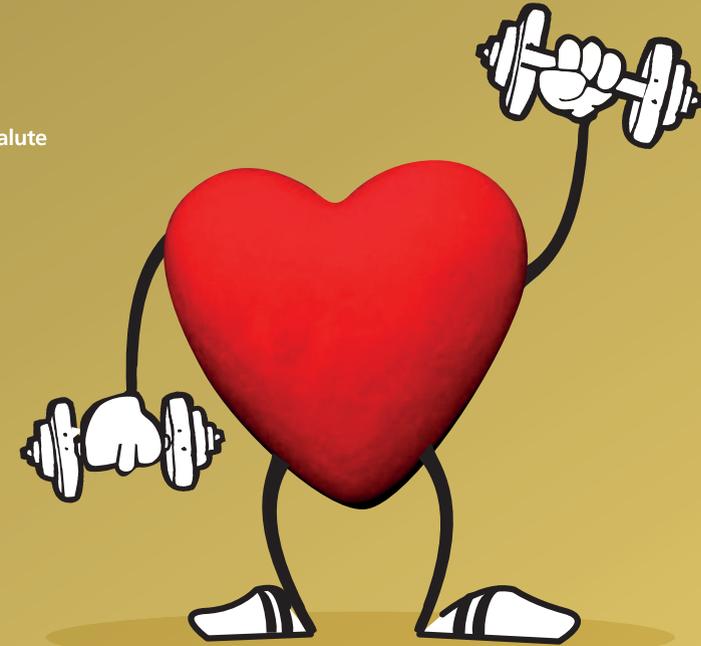
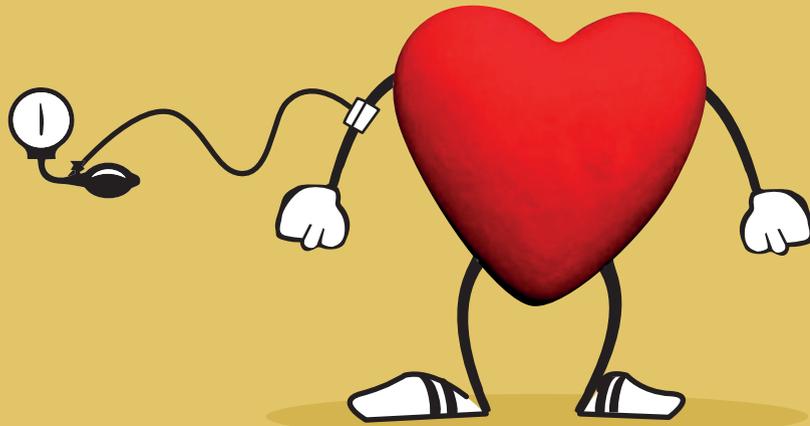
- occupazione del suolo pubblico,
- permesso al mezzo per accedere e per uscire da queste aree qualora fossero poste in zone con divieto di transito a camion.

L'accesso alle strutture è possibile solo attraverso scalette. La regione mette a disposizione due gazebo privi di barriere architettoniche, uno dei quali può essere utilizzato per l'accoglienza delle persone con problemi di deambulazione. Le singole aziende possono sempre valutare di poter mettere a disposizione una sedia con cingoli per il trasporto di portatori di disabilità motorie per accesso al mezzo.

La Regione in accordo con i cardiologi ha individuato le attrezzature e il materiale di consumo da mettere a disposizione sui mezzi, per ogni singola tappa, per le attività di screening. Ci si sta inoltre occupando della brandizzazione dei mezzi e della campagna comunicativa.

CONTROLLA REGOLARMENTE E PRESTA ATTENZIONE A:

- Una pressione arteriosa superiore a 140/90 mm Hg
- Un valore di glicemia uguale o superiore a 126 mg/dl a digiuno
- Un valore di "colesterolo cattivo" (LDL) nel sangue superiore al normale range previsto dal laboratorio
- Un peso corporeo superiore a quello indicato per la tua età e statura.



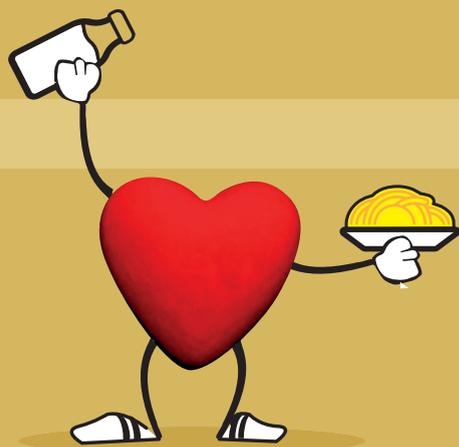
REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Assessorato politiche per la salute
 Viale A. Moro, 21 - 40127 Bologna
www.salute.regione.emilia-romagna.it
 numero verde del Servizio sanitario regionale **800 033 033**

TIENI IN FORMA IL TUO CUORE

**ALCUNE RACCOMANDAZIONI
E QUALCHE CONTROLLO REGOLARE
RIDUCONO IL TUO RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

SCEGLI UNA DIETA SANA E MANTIENI IL PESO IDEALE

- Frutta e verdura: 5 porzioni al giorno, meglio se di colore diverso e di stagione. Farai il pieno di vitamine, fibre, sali minerali ed acqua.
- Più legumi! Fagioli, piselli, ceci, lenticchie: usali sia freschi che secchi per preparare primi o secondi piatti ed altre preparazioni; sono un'ottima alternativa alle proteine animali.
- Alterna le fonti proteiche: scegli più volte a settimana il pesce, sia fresco che surgelato, meglio se azzurro e tra le carni prediligi quelle magre come pollo, tacchino e coniglio... è preferibile la cottura alla piastra o al vapore.
- Preferisci olio extravergine d'oliva per condire i tuoi piatti, ti regalerà sapore e salute!
- Inserisci nella tua alimentazione prodotti integrali ricchi di fibre, come pane, pasta, cereali e farine.
- Limita il consumo di salumi e formaggi, spesso molto ricchi di grassi e sale.
- Modera l'assunzione di dolci e di bevande zuccherate.
- Riduci l'aggiunta di sale nei piatti, per insaporire i tuoi piatti utilizza spezie ed erbe aromatiche.
- Consuma bevande alcoliche con moderazione e preferibilmente durante i pasti.



NON È MAI TROPPO TARDI PER COMINCIARE A MUOVERSI E I BENEFICI INIZIANO SUBITO!

- Pratica esercizio fisico in modo regolare e moderato per almeno 30 minuti al giorno
- Cerca di essere più attivo: scegli la bicicletta invece che la macchina per i piccoli spostamenti, utilizza le scale, passeggia all'aria aperta... .
- Considerando il tuo stato di salute, valuta col tuo medico di fiducia se praticare attività più intense, come camminate a passo veloce, nuoto e sport più volte a settimana.
- Inserisci nella settimana almeno 2 sedute di esercizi muscolari come stretching, yoga, flessioni... .
- Stai seduto il meno possibile e ciclicamente prova ad aumentare il livello della tua attività fisica.
- Smetti di fumare, otterrai benefici immediati!
- Dopo un anno, il rischio di malattie cardiovascolari si dimezza e progressivamente si riduce negli anni successivi.
- È dannoso sia il fumo attivo che quello passivo.

