

[Data]

# L'Equità per target

## Piano Regionale della Prevenzione 2020 - 2025

### **Ragazzi e Adolescenti 11 – 13 – 15 – 17 anni**

PP01 - Scuole che promuovono salute

PP02 – Comunità Attive

PP04 - Dipendenze

PL12 – Alimentazioni nutrizione e sicurezza

Disagio adolescenti

#### **Procedura HEA**

*profilo di salute e di equità*

*Progettazione partecipata*

*Programmazione*

*Azioni*

Centro Regionale per la Salute Globale  
Laboratorio di Equità



## **Introduzione:**

La questione del disagio giovanile rappresenta una delle sfide più complesse e rilevanti del nostro tempo. Le giovani generazioni si trovano ad affrontare un mondo in rapida trasformazione, caratterizzato da incertezze economiche, pressioni sociali e un acceso confronto con modelli di vita spesso irraggiungibili. In questo contesto, è fondamentale comprendere le cause e le manifestazioni del disagio tra i giovani, al fine di promuovere il loro benessere e garantire uno sviluppo armonioso.

Il disagio giovanile può emergere in molteplici forme, tra cui l'ansia, la depressione, la perdita di motivazione, l'isolamento e comportamenti a rischio. Questi sintomi riflettono non solo un malessere individuale, ma anche le difficoltà di una generazione che si scontra con aspettative elevate, spesso irrealistiche, e con una mancanza di supporto adeguato. È quindi essenziale analizzare le dinamiche familiari, educative e sociali che contribuiscono a queste situazioni, nonché l'impatto dei nuovi media e delle tecnologie digitali sulla costruzione dell'identità giovanile.

Lo studio degli stili di vita dei giovani, che include le loro abitudini quotidiane, le relazioni sociali, la gestione del tempo libero e la cura della salute fisica e mentale, offre importanti spunti di riflessione. Questi aspetti sono infatti strettamente interconnessi con il loro benessere complessivo e con la capacità di affrontare le sfide del presente e del futuro.

La riflessione proposta in queste pagine si rivolge a chiunque si occupi di giovani, siano essi genitori, educatori, operatori sociali o decisori politici. L'obiettivo è promuovere una maggiore consapevolezza delle problematiche legate al disagio giovanile e contribuire allo sviluppo di interventi che possano sostenere i giovani nel loro percorso di crescita, aiutandoli a costruire una vita ricca di significato e soddisfazione. Con una comprensione più profonda e interventi mirati, è possibile accompagnare i giovani verso un futuro in cui possano esprimere pienamente il loro potenziale e vivere in equilibrio con se stessi e con gli altri.

## **La fonte dei dati:**

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

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

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

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

Dal 2017, a seguito del DPCM "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, in attuazione del Decreto legge n. 179 del 2012" che ha riconosciuto la rilevanza nazionale e regionale della sorveglianza sugli adolescenti attribuendone il coordinamento all'Istituto Superiore di

Sanità, lo studio HBSC è stato adottato quale strumento unico nazionale per monitorare la salute dei ragazzi e delle ragazze.

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

### **Popolazione in studio**

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

### **Modalità di campionamento**

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

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

### **Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi**

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

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

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

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

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

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

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

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

## Le principali disuguaglianze evidenziabili dalla sorveglianza HBSC

### Lo status socio-economico familiare

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

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

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

Status socio-economico misurato secondo la Family Affluence Scale (da 'Basse possibilità di consumo' ad 'Alte possibilità di consumo') (%) 11-15 anni Umbria

Family Affluence Scale	
Basso	19,0
Medio	57,8
Alto	23,2
Totale	100,0

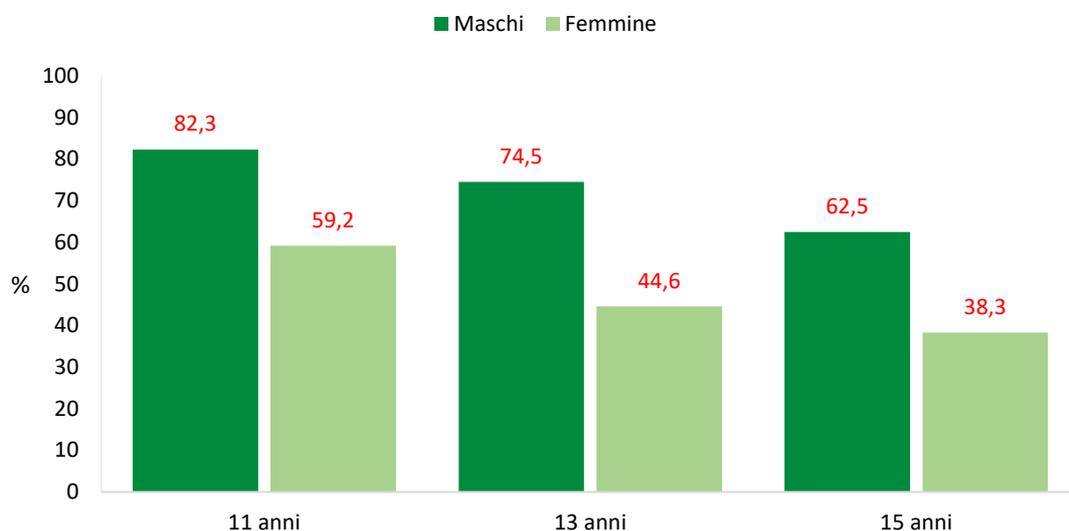
Circa una famiglia su 4 si colloca nella fascia di "alta possibilità di consumo" (23,2%), mentre quasi 1 su 4 è nella fascia di "bassa possibilità di consumo".

### Gli indicatori storici di HBSC un confronto pre e post pandemia (%) 11-15 anni Umbria

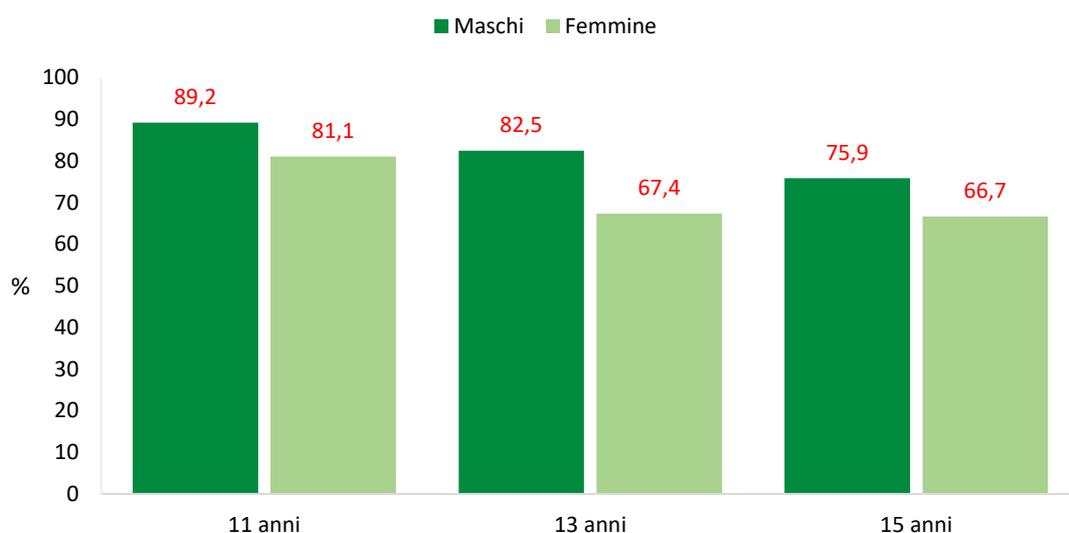
Family Affluence Scale	2018	2022
Ragazzi e ragazze che vivono con entrambi i genitori	79,9	81,1
Parlare facilmente/molto facilmente con la madre	81,2	77,5
Parlare facilmente/molto facilmente con il padre	65,1	61,1
Famiglie con FAS alto	25,5	23,2

## Parlare facilmente con i genitori differenze di genere:

Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con il padre, per genere ed età (%)**11-15 anni Umbria**



Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre, per genere ed età (%)**11-15 anni Umbria**



## Abitudini alimentari, nutrizione e sovrappeso:

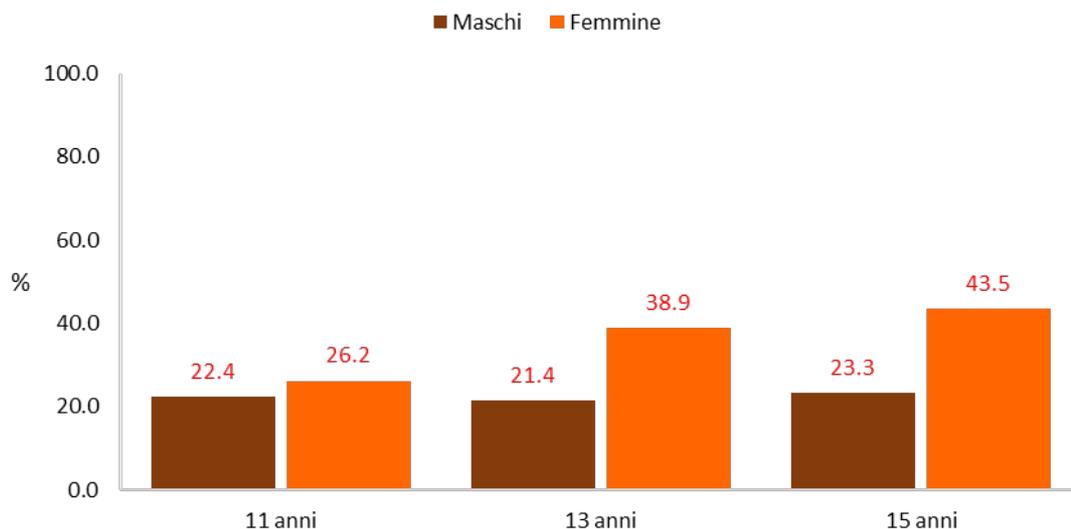
. Gli indicatori storici di HBSC stratificati con il FAS (%)11-15 enni Umbria

	FAS BASSO	FAS MEDIO	FAS ALTO
consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	53,9	61,1	61,5
consumo di frutta almeno una volta al giorno	31,6	38,6	39,9
consumo di verdura almeno una volta al giorno	29,4	33,2	35,4
consumo quotidiano di bevande gassate	11,8	8,4	8,6
prevalenza di sovrappeso	20,5	16,8	12,3
prevalenza di obesità	6,1	3,4	1,1

Come emerge dalla tabella, le corrette abitudini trattate in questo capitolo sono più frequenti tra coloro che hanno un livello socio-economico familiare più alto (FAS alto)

Ancora differenze di genere:

Frequenza di coloro che si sentono grassi o molto grassi, per età e genere (%)11-15 enni Umbria



La sedentarietà e i comportamenti sedentari:

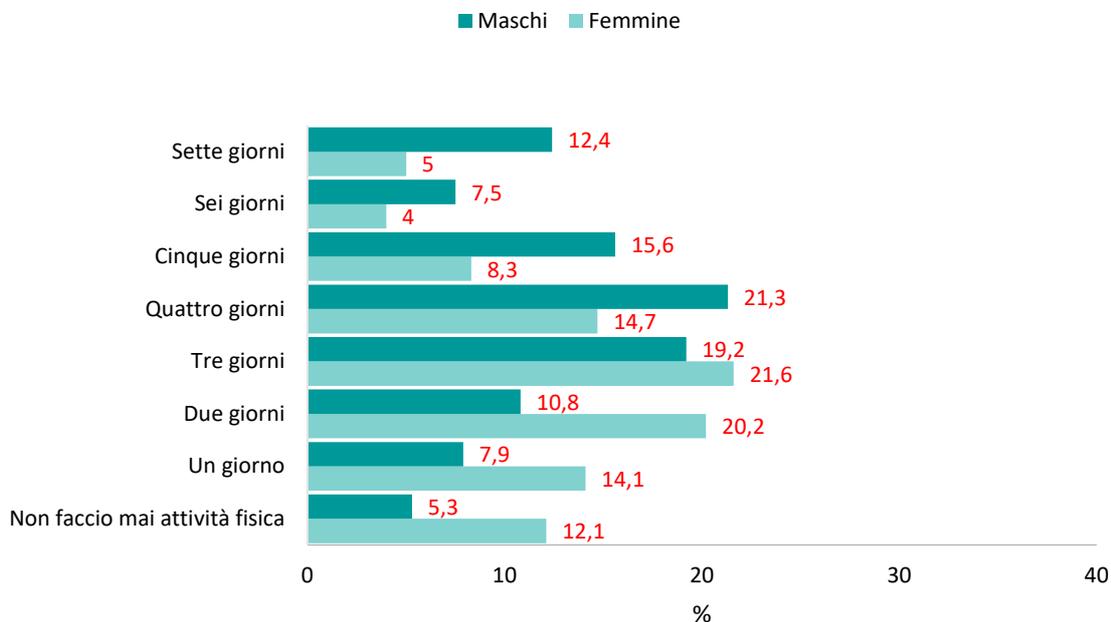
Gli indicatori storici di HBSC stratificati con il FAS (%)

	FAS BASSO	FAS MEDIO	FAS ALTO
<b>attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)</b>	<b>33,7</b>	<b>45,2</b>	<b>52,3</b>
<b>attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)</b>	<b>48,7</b>	<b>56,9</b>	<b>64,7</b>
<b>tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il pc/tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)</b>	<b>36,5</b>	<b>31,5</b>	<b>31,3</b>
<b>tempo dedicato a usare il pc/ tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)</b>	<b>41,1</b>	<b>36,4</b>	<b>41,4</b>
<b>tempo dedicato a guardare tv/dvd o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)</b>	<b>29,0</b>	<b>20,8</b>	<b>22,5</b>

Praticare i livelli di Attività Fisica raccomandati è più frequente tra coloro che hanno un livello socio-economico familiare più alto (FAS alto). Meno evidente è la correlazione con i comportamenti sedentari trattati in questo capitolo come la visione della TV e l'uso dei device elettronici/videogiochi

Le differenze di genere:

.Frequenza di attività fisica moderata-intensa settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere (%)11-15 anni Umbria



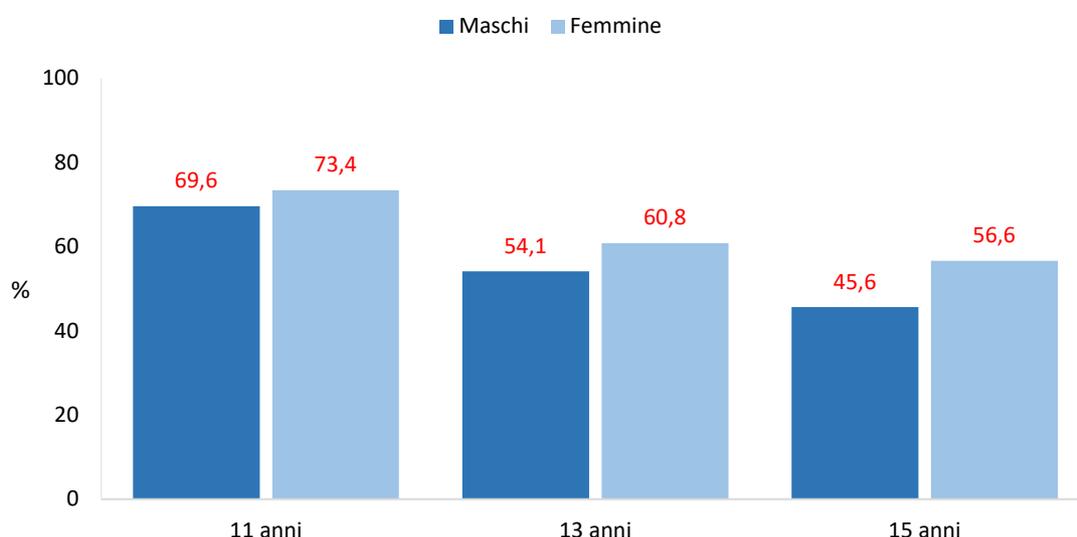
La frequenza di attività fisica moderata è maggiore tra i maschi. Le femmine più frequentemente non svolgono attività fisica (12.1% vs 5.3% dei maschi).

### Gli indicatori storici di HBSC un confronto pre e post pandemia (%)

	2018	2022
<b>attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)</b>	<b>42,9</b>	<b>44,6</b>
<b>attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)</b>	<b>70,4</b>	<b>56,9</b>

Dal confronto dei dati con la precedente rilevazione emerge una chiara riduzione della quota di coloro che svolgono attività fisica intensa almeno 3 volte a settimana che rappresenta l'attività svolta su iniziativa del ragazzo: è probabile che questo sia ancora l'effetto del forte impatto della pandemia da covid-19 sulle abitudini dei ragazzi relativo all'attività fisica.

### Percentuale di coloro a cui piace "molto" o "abbastanza" la scuola, per età e genere (%)11-15 enni Umbria



Complessivamente al 60.4% dei ragazzi la scuola piace "molto" o "abbastanza". 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/meno diffuso tra le ragazze in ogni fascia di età.

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

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

### "Quanto ti senti stressato da tutto il lavoro che devi fare per la scuola?", per età (%)11-15 enni Umbria

	11 ANNI	13 ANNI	15 ANNI	TOTALE
<b>per niente</b>	<b>8,4</b>	<b>5,4</b>	<b>5,5</b>	<b>6,4</b>
<b>un po'</b>	<b>46,5</b>	<b>36,2</b>	<b>29,2</b>	<b>37,8</b>
<b>abbastanza</b>	<b>30,3</b>	<b>32,1</b>	<b>35,3</b>	<b>32,4</b>
<b>molto</b>	<b>14,8</b>	<b>26,3</b>	<b>30,0</b>	<b>23,4</b>

Il confronto con la rilevazione precedente mostra un peggioramento di tutti gli indicatori indagati: diminuisce l'interesse percepito nei confronti di sé stessi da parte di insegnanti e compagni, diminuisce la quota di ragazzi che non ha mai subito atti di bullismo e soprattutto di cyberbullismo, come pure l'interesse per la scuola. Si riscontra un complessivo peggioramento.

Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze

#### **Gli indicatori di HBSC stratificati per il FAS (%) – solo 15enni**

	<b>FAS basso</b>	<b>FAS medio</b>	<b>FAS alto</b>
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	9,3	6,8	7,3
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	19,2	21,8	20,9
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	50,0	53,4	60,9
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	19,1	17,4	19,6
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	33,8	37,4	42,3
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	16,8	17,5	22,3
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	28,4	33,6	37,1

L'abitudine al fumo di sigaretta mostra una lieve associazione con un basso livello socioeconomico della famiglia, mentre per l'utilizzo della sigaretta elettronica non si osservano grandi differenze; per contro il consumo di alcol, il binge drinking il fumo di cannabis e il gioco di azzardo sono più diffuse tra i ragazzi che provengono da famiglie con un più alto stato socioeconomico.

#### **Gli indicatori storici di HBSC: un confronto pre e post pandemia (%) - solo 15enni**

	<b>2018</b>	<b>2022</b>
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	27,9	27,4
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	41,9	54,5
2 o più esperienze di ubriachezza nella vita	21,1	17,9
Binge drinking: almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	40,9	37,6
Uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	17,4	10,9
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	37,1	33,5

Il confronto tra i due anni di rilevazione mostra un miglioramento nel 2022 di tutti gli indicatori considerati ad eccezione del consumo di alcol, che mostra invece un forte aumento (oltre 10 punti %)

#### **Conclusioni**

I comportamenti a rischio di dipendenza in questa fascia di età continuano a destare preoccupazione: infatti circa 1/3 ha fumato almeno 1 giorno negli ultimi 30gg (l'Umbria continua a essere tra le regioni con maggior abitudine al fumo di sigaretta), oltre la metà dei 15enni dichiara di aver consumato bevande alcoliche negli ultimi 30gg, circa 1 su 5 si è ubriacato almeno 2 volte nella vita e circa 2/5 riferiscono almeno 1 episodio di binge drinking negli ultimi 12 mesi. Anche l'uso di cannabis e il gioco di azzardo, sebbene in calo rispetto alla rilevazione precedente, continuano ad essere fenomeni su cui indirizzare azioni di promozione della salute.

Soddisfazione della vita e salute:

#### **Livello di soddisfazione di vita stratificato per il FAS (%)11-15 enni Umbria**

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
< 5	24,2	17,5	12,7
≥ 6	75,8	82,5	87,3

Coerentemente con l'atteso, il livello di soddisfazione della vita aumenta con l'aumentare del FAS.

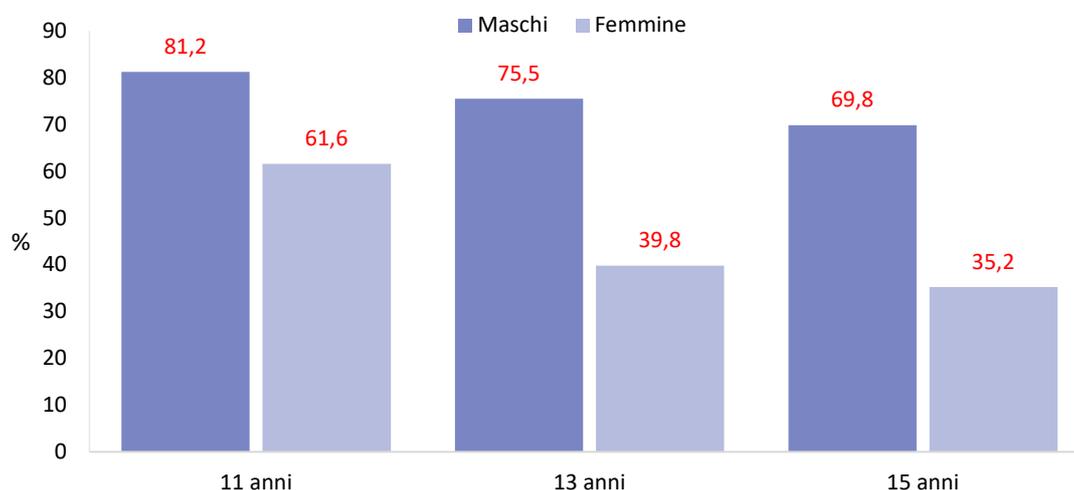
#### **Livello di soddisfazione di vita: un confronto pre e post pandemia (%)11-15 enni Umbria**

	2018	2022
< 5	10,9	17,6
≥ 6	89,1	82,4

Il confronto con il 2018 mostra anche in questa fascia di età una riduzione complessiva del livello di soddisfazione di vita.

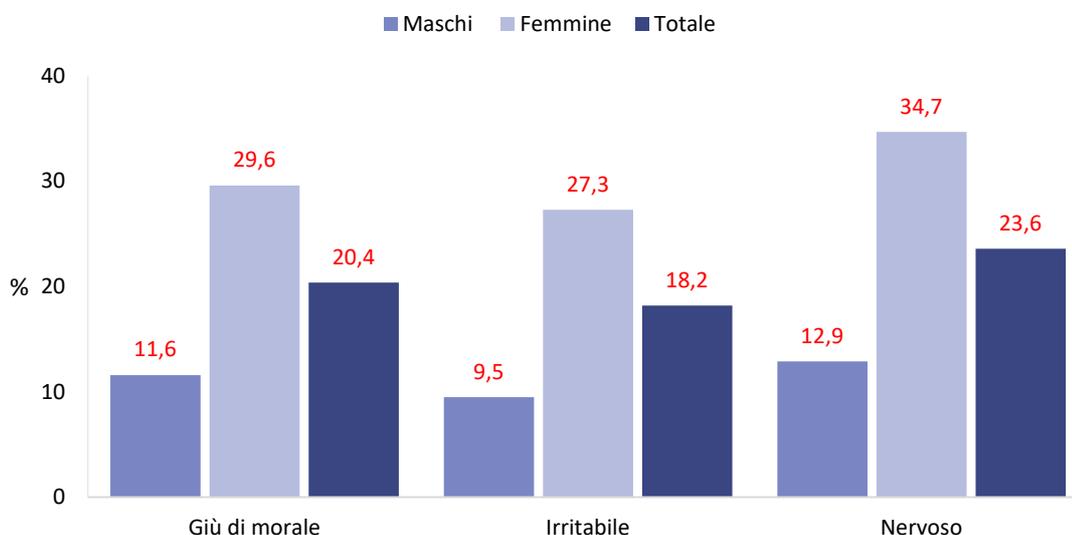
Il genere e alcuni indicatori di questo argomento:

#### **. Frequenza di coloro che dichiarano di avere un buon livello di benessere psicologico (punteggio ≥ 12.5, per genere e per età 11-15 enni Umbria**



Il confronto tra maschi e femmine evidenzia percentuali più basse nelle ragazze; i valori di buon livello di benessere psicologico diminuiscono in entrambi i sessi all'aumentare dell'età.

## Frequenza di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di sentirsi giù, irritabile o nervoso, per genere 11-15 anni Umbria



Il sintomo maggiormente riferito è sentirsi nervoso con una percentuale di 23,6%, più frequente nelle ragazze con il 34,7% mentre nei ragazzi la frequenza è pari al 12,9%. Anche in questo caso le ragazze mostrano sempre percentuali superiori rispetto ai ragazzi.

### Conclusioni

Sono le ragazze a mostrare una peggior salute percepita, anche psicologica, e un maggior consumo di farmaci. Le informazioni riportate in questo capitolo per la loro trasversalità sono fondamentali per orientare le azioni di promozione di salute

### Social Media e Gaming:

#### Gli indicatori dell'uso dei social media e dei videogiochi stratificati con il FAS (%)11-15 anni Umbria

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici stretti	72,4	77,4	82,6
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	42,3	44,3	54,0
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	20,3	14,6	20,4
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	43,5	49,6	56,0
Uso problematico dei social media	17,7	12,6	13,6
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	11,8	10,8	11,8
Uso problematico dei videogiochi	24,2	20,0	19,0

L'uso dei social media e dei videogiochi tendenzialmente aumenta con l'aumentare dello status socio economico della famiglia. Al contrario l'uso problematico di questi diminuisce all'aumentare del FAS.

## **Conclusioni**

Oltre i tre quarti degli studenti intervistati dichiara di avere contatti online con gli amici stretti più volte durante la giornata, con percentuali particolarmente elevate tra ragazze e ragazzi di 15 anni. L'uso problematico dei social media è più diffuso tra le ragazze in tutte le fasce d'età. La differenza è particolarmente pronunciata tra i 13enni e i 15enni, in cui la prevalenza di uso problematico tra le ragazze supera quella dei ragazzi di quasi 7 punti percentuali.

### **I 17enni una analisi separata:**

I ragazzi e le ragazze di 17 anni sono stati coinvolti per la prima volta nella relazione HBSC 2022 poiché il DPCM del maggio 2017 ha esteso la sorveglianza sugli adolescenti anche a questa fascia d'età. Questa fascia d'età, per competenze relazionali e cognitive nonché differenze legate allo sviluppo corporeo, si differenzia notevolmente dai ragazzi di 11,13 e 15 anni, per tale motivo la descrizione delle loro caratteristiche e dei loro stili di vita è stata volutamente trattata separatamente dalle altre fasce d'età. I ragazzi di 17 anni coinvolti sono stati 991 (54,8% maschi e 45,2% femmine).

L'eccesso ponderale a questa età è del 14,8% (12,9% sovrappeso e 1,9% obesi), è sensibilmente maggiore nei maschi (maschi sovrappeso e obesi: 17,1% e 2,3% vs femmine: 7,8% e 1,4%). Oltre 1 diciassettenne su 2 consuma tutti i giorni la prima colazione. Le ragazze consumano, in percentuale maggiore dei ragazzi, più verdura almeno una volta al giorno (22,6% vs 16,5%). Oltre 1/3 dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre il 9,5% dichiara di non assumerli mai. Per il consumo di bibite zuccherate e gassate almeno una volta al giorno la percentuale è maggiore nei maschi rispetto alle femmine (4,1% vs 3,6%). Il 16,8% dei 17enni non svolge mai attività fisica mentre solo l'11,8% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni alla settimana) con una maggior prevalenza nel maschio rispetto alle femmine.

Tra i ragazzi intervistati 2 su 5 dichiarano di aver fumato almeno 1 giorno negli ultimi 30 giorni, tra le ragazze la percentuale è poco più alta ossia il 44,5%. Il consumo di alcol almeno 1 volta nell'ultimo mese (74,8%) ha differenza di genere meno marcate. Il 66,6% delle ragazze e il 58,9% dei ragazzi dichiarano di non aver mai fumato cannabis negli ultimi 30 giorni. Il 55,8% dei maschi ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita nettamente superiore la percentuale rispetto al genere femminile (18,3%). Il 45,1% dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi (43,8% maschi e 46,6% femmine). Il 65,5% dei ragazzi e delle ragazze che hanno avuto rapporti sessuali completi hanno dichiarato di aver usato il condom come contraccettivo e il 59,4% il coito interrotto. Il 12,2% ha dichiarato di aver utilizzato la contraccezione di emergenza. Il 24,4% dei 17enni in una scala da 0 (= la peggior vita possibile) a 10 (=la miglior vita possibile) sceglie un punteggio nel range 0-5 con una differenza tra maschi e femmine (18,7% vs 31,3%). Il 56,6% delle femmine riferisce di presentare almeno 2 sintomi (tra mal di testa, di stomaco, di schiena, sentirsi giù di morale, irritabile, nervoso, giramenti di testa e difficoltà nell'addormentamento) più di una volta a settimana negli ultimi 6 mesi. Più della metà delle ragazze (73,4%) riporta di avere un basso livello di benessere psicologico a fronte del 35,1% dei coetanei maschi.

## Dal catalogo delle scuole che promuovono salute in Umbria

### YAPS – Young And Peer School (BP)

*Tema di salute:* Promozione del benessere psicofisico e prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza

*Destinatari*

Insegnanti e studenti della Scuola Secondaria di secondo grado

Servizio Responsabile del Progetto: Reti distrettuali  
Promozione della salute

*Obiettivi*

Promozione del benessere psicofisico;  
Potenziamento delle life skills;  
Prevenzione dei comportamenti a rischio.



### Il Consultorio incontra le Scuole (BP)

*Tema di salute:* Promozione del benessere psicofisico e prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza

*Destinatari*

Scuole secondarie di primo e secondo grado

Servizio Responsabile del Progetto: Consultorio

*Obiettivi*

- Potenziare la rete tra scuola e Consultori come fattore protettivo, per un più facile accesso degli adolescenti ai servizi sanitari
- Promuovere la conoscenza dei Consultori come spazi dedicati alla prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio e come risorsa per bisogni di consultazione e di
- intervento di cui disporre al momento opportuno, in un'ottica di empowerment

## **W L'AMORE**

Tema di salute: *Promozione del benessere psicofisico e prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza*

### *Destinatari*

Classi terze di scuola secondaria di primo grado

Servizio Responsabile del Progetto: Consultori/Reti distrettuali Promozione della salute

### *Obiettivi*

- Migliorare le conoscenze nei preadolescenti su temi inerenti la salute sessuale attraverso corrette informazioni
- Sviluppare le competenze socio-emotive (Life skills) necessarie per affrontare i compiti evolutivi legati all'affettività e la sessualità
- Promuovere attitudini positive e competenze nell'ambito delle relazioni, dell'affettività e della sessualità consapevole e sicura
- Potenziare la rete tra scuola e Consultori come fattore protettivo, per un più facile accesso degli adolescenti ai servizi sanitari

## **Dipendo da me (BP)**

*Tema di salute:* Prevenzione dipendenze patologiche/Life skills

### *Destinatari*

Scuole Secondarie di primo grado che abbiano già partecipato alle attività del programma Unplugged; Scuole secondarie di secondo grado che abbiano partecipato alle attività del programma YAPS.

Servizio Responsabile del Progetto: Reti distrettuali Promozione della salute

### *Obiettivi generali*

Promozione del benessere psicofisico

Potenziamento delle life skills

Prevenzione di comportamenti a rischio, quali l'uso/abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali, dipendenze comportamentali, nuove dipendenze

*Obiettivo specifico:* Elaborazione, da parte delle scuole aderenti, di materiali da condividere nell'ambito della giornata regionale di prevenzione delle dipendenze.

## **Unplugged (BP)**

*Tema di salute:* Prevenzione dipendenze patologiche/life skills

### *Destinatari*

Scuole secondarie di primo grado.

Servizio Responsabile del Progetto: Reti distrettuali  
Promozione della salute

È un programma evidence based, costruito in ambito europeo e validato attraverso un percorso di valutazione dei risultati che ne ha evidenziato l'efficacia; per l'Italia è coordinato dall'OED (Osservatorio Epidemiologico Dipendenze del Piemonte); è rivolto principalmente alle ragazze/i della Scuola Secondaria di primo grado. E' un programma di prevenzione scolastica rivolto all'uso di sostanze psicoattive e a comportamenti assimilabili, basato sul modello dell'influenza sociale e sul potenziamento delle life skills, ed è riconosciuto sempre di più come utile strumento della più generale promozione del benessere relazionale, che impatta positivamente sul miglioramento del clima in classe e sul successo scolastico ([www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia](http://www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia)). Unplugged utilizza un approccio interattivo, secondo un modello standardizzato, ed è coerente con altri progetti indirizzati alle scuole dell'infanzia, alle scuole primarie e alle secondarie di secondo grado che propongono metodologie affini, con l'obiettivo di realizzare un percorso di promozione della salute esteso, in maniera continuativa, lungo tutto l'iter scolastico. Per applicare Unplugged nelle classi, gli insegnanti devono partecipare ad un corso, tenuto da formatori Unplugged accreditati dall'OED.

*Obiettivo generale:* promuovere l'implementazione del programma, in maniera diffusa, presso le scuole secondarie di primo grado, quale strumento di prevenzione specifica del consumo di sostanze psicoattive e comportamenti assimilabili.

*Obiettivi specifici:* formare gli insegnanti all'applicazione di questa metodologia in classe.

## **Un miglio attorno a scuola**

**(BP)**

*Tema di salute:* benessere e movimento

*Destinatari*

Scuole primarie, Scuole secondarie di primo e secondo grado

Servizio Responsabile del Progetto: Igiene Pubblica e

Promozione della Salute

*Obiettivi*

Implementare interventi evidence-based (EB) sull'attività fisica a scuola contribuendo al raggiungimento dei livelli di attività motoria consigliati, aumentando le occasioni per poterla praticare e creando un'abitudine al movimento che possa consolidarsi e strutturarsi in uno stile di vita attivo in età adulta.

### ***Pause attive (BP)***

*Tema di salute:* benessere e movimento

*Destinatari*

Scuole dell'infanzia, Scuole primarie e Scuole secondarie di primo grado

Servizio Responsabile del Progetto: Igiene Pubblica e

Promozione della Salute

*Obiettivi*

Sensibilizzare insegnanti, genitori e alunni rispetto a buone pratiche per la promozione del benessere psicofisico attraverso la sperimentazione diretta di brevi, ma frequenti e costanti, pause attive in classe.

## **“IO ...DI CO OK”**

*Tema di salute* Utilizzo del sale iodato nell'alimentazione Destinatari

Scuole primarie, Scuole secondarie di primo grado e Ristorazione Collettiva

### *Obiettivi*

Il progetto intende sensibilizzare sull'importanza dell'assunzione quotidiana dello iodio attraverso l'alimentazione nonché la riduzione del consumo di sale, preferendo l'utilizzo del sale iodato per l'adozione di comportamenti alimentari salutari.

In particolare:

- Promuovere la iodoprofilassi nelle scuole e nella ristorazione collettiva, comprese le mense scolastiche;
- Promuovere l'utilizzo di meno sale ma iodato e di alimenti naturalmente ricchi di iodio;
- Formazione sul contenuto di iodio negli alimenti (pesce marino, latte, ecc);
- Conoscenza dei metodi di cottura che provocano il decadimento dello iodio contenuto negli alimenti;
- Valutazione nutrizionale delle eventuali ricette (SIAN);
- Dove possibile, realizzazione e degustazione delle ricette proposte (Istituti alberghieri);
- Redazione opuscolo/brochure informativa.

## **Nutrizionando**

*Tema di salute* Alimentazione e corretto stile di vita

### *Destinatari*

Scuole primarie (classi IV e V), Scuole secondarie di primo grado (classi II) e Scuole secondarie di secondo grado (classi I e II)

### *Obiettivi*

Sensibilizzare gli studenti delle scuole primarie, secondarie di primo grado e di secondo grado sull'importanza dello stile di vita e dei comportamenti individuali e sociali e sulla loro influenza nelle scelte nutrizionali e sullo stato di salute delle persone. L'iniziativa vuole fornire ai ragazzi stessi quelle competenze di comunicazione efficace, lasciando loro il ruolo di protagonisti consapevoli nelle scelte legate ai temi di salute, e

per tale motivo è stata fatta la scelta di fare promozione della salute dall'interno del setting scolastico, sviluppando la peer education o educazione tra pari, in modo che con i materiali realizzati dagli studenti, i messaggi risultino più efficaci in quanto mittenti e destinatari del processo comunicativo coincidono, ragionano nello stesso modo, usano lo stesso linguaggio e si incontrano negli stessi canali. Il progetto pilota si avvale di materiali didattici forniti dal Ministero della Salute, con la condivisione e partecipazione sia della Regione Umbria che dell'Ufficio scolastico regionale (loghi di tutti e tre gli enti citati) editabili dal sito e/o stampati a cura della Regione Umbria.