



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Settembre 2023

Rapporto 9

Promozione della salute per e con gli adolescenti e i giovani adulti

Approfondimenti scientifici e raccomandazioni per la prassi

Promozione Salute Svizzera è una fondazione sostenuta da cantoni e assicuratori. Su incarico della Confederazione, essa coordina e valuta le misure volte a promuovere la salute (art. 19 della Legge federale sull'assicurazione malattie). La Fondazione sottostà alla vigilanza della Confederazione. L'organo decisionale supremo è il Consiglio di fondazione. Promozione Salute Svizzera ha due sedi operative, situate negli uffici di Berna e Losanna. Ogni persona residente in Svizzera versa annualmente CHF 4.80 a favore di Promozione Salute Svizzera, importo che viene prelevato dagli assicuratori malattia. Ulteriori informazioni: www.promozionesalute.ch

Nell'ambito della serie «Rapporti Promozione Salute Svizzera» vengono pubblicate informazioni di fondo allestite o commissionate da Promozione Salute Svizzera. I rapporti, sottoposti a un controllo della qualità (reviewboard, gruppo di affiancamento), servono agli specialisti in campo pratico e scientifico nonché ai media e agli attori della politica sanitaria. Responsabili della redazione dei contenuti dei rapporti sono i rispettivi autori. I rapporti di Promozione Salute Svizzera sono in genere disponibili in formato elettronico (PDF).

Impressum

Editrice

Promozione Salute Svizzera

Autrici e autore

- **Capitolo 1 Introduzione e Capitolo 10 Conclusioni e raccomandazioni:** Dr. phil. Fabienne Amstad
- **Capitolo 2 L'adolescenza e la giovane età adulta:** Prof. Dr. med. Joan-Carles Suris, Dr. Yara Barrense-Dias
- **Capitolo 3 Principi e i metodi:** Prof. Dr. med. Julia Dratva, Matthias Meyer, dipl. SozÖk, Prof. Dr. phil. Karin Nordström
- **Capitolo 4 Pari opportunità:** lic. phil. Dominik Weber
- **Capitolo 5 Media digitali:** MSc Jael Bernath, Prof. Dr. Daniel Süss
- **Capitolo 6 Attività fisica:** Prof. Dr. Suzanne Suggs
- **Capitolo 7 Alimentazione equilibrata:** Dr. Sophie Bucher Della Torre
- **Capitolo 8 Salute psichica:** Prof. Dr. Frank Wieber, Prof. Dr. Agnes von Wyl, Dr. Annina Zysset
- **Capitolo 9 Interazione:** MSc Ronia Schiftan, MSc Anne-Françoise Wittgenstein Mani

Direzione del progetto Promozione Salute Svizzera

- Fabienne Amstad, responsabile del progetto Rapporti di base
- Ilona Hannich, responsabile del progetto Rapporto di base adolescenti e giovani adulti
- Christa Rudolf von Rohr, pubblicazione

Gruppo di sostegno

- Hanspeter Brigger, Ufficio dell'igiene pubblica dei Grigioni
- Christina Akre, Canton Vaud, Unisanté – Secteur systèmes et services de santé
- Joseph Oggier, Canton San Gallo, ZEPRA, Servizio di promozione sanitaria
- Marco Mettler, vicedirettore e responsabile programmi, Pro Juventute
- Marjory Winkler, direttrice, Association romande CIAO
- Ronia Schiftan, psicologa dell'alimentazione ZEP
- Marina Delgrande Jordan, Dipendenze Svizzera
- Divisione programmi, Promozione Salute Svizzera

Lektorat

Christa Rudolf von Rohr

Serie e numero

Promozione Salute Svizzera, Rapporto 9

Citazione

Amstad, F., Suris, J., Barrense-Dias, Y., Dratva, J., Meyer, M., Nordström, K., Weber, D., Bernath, J., Süss, D., Suggs, S., Bucher Della Torre, S., Wieber, F., von Wyl, A., Zysset, A., Schiftan, R. & Wittgenstein Mani, A.-F. (2022). *Promozione della salute per e con gli adolescenti e i giovani adulti – Approfondimenti scientifici e raccomandazioni per la prassi*. Rapporto 9. Promozione Salute Svizzera.

Foto di copertina

iStock

Informazioni

Promozione Salute Svizzera, Wankdorffallee 5, CH-3014 Berna, tel. +41 31 350 04 04, office.bern@promotionsante.ch, www.promozionesalute.ch

Testo originale

Tedesco e francese

Numero d'ordinazione

02.0451.IT 09.2023

La presente pubblicazione è disponibile anche in francese e in tedesco (numeri di ordinazione 02.0451.FR 11.2022 e 02.0451.DE 11.2022).

Scarica PDF

www.promozionesalute.ch/pubblicazioni

© Promozione Salute Svizzera, settembre 2023

Editoriale

La salute è un bene prezioso

La situazione pandemica degli ultimi anni ha evidenziato chiaramente quanto sia importante la salute per noi tutti. La salute è un bene particolarmente prezioso perché ci mette nelle condizioni di svolgere delle attività e di condurre una vita appagante. La pandemia ha rivelato e rafforzato la rilevanza sociale della promozione della salute. La Fondazione Promozione Salute Svizzera vuole utilizzare questa consapevolezza per rafforzare ulteriormente la promozione della salute, proseguendo sulla scia dei successi finora ottenuti.

Programmi d'azione cantonali – una storia di successi

Nel 2007 la Fondazione Promozione Salute Svizzera, in collaborazione con i Cantoni, ha iniziato a pianificare e realizzare i programmi d'azione cantonali sul tema del peso corporeo sano, destinati a bambini e adolescenti. Questi programmi hanno dato un impulso positivo alla promozione della salute in tutto il paese. Cinque anni più tardi, alla luce dei successi ottenuti, il Consiglio di fondazione ha deciso di sviluppare ulteriormente i programmi d'azione cantonali, estendendo il raggio d'azione al gruppo target delle persone anziane e integrando il tema della salute psichica. Ad oggi quasi tutti i Cantoni conducono con successo un programma d'azione cantonale.

Informazioni basate sulle evidenze e orientate alla pratica

Il presente rapporto rappresenta la base per le attività di Promozione Salute Svizzera in relazione agli specifici ambiti tematici e gruppi target e, di conseguenza, costituisce la base anche per i programmi d'azione cantonali. Le basi scientifiche sono state aggiornate e per la prima volta è stato redatto un rapporto separato per ciascun gruppo target della Fondazione, ovvero

- bambini;
- adolescenti e giovani adulti;
- persone anziane.

I tre rapporti hanno una struttura analoga e racchiudono al loro interno ampie conoscenze specialistiche. Numerosi esperti hanno contribuito alla redazione dei singoli capitoli, redigendo dei testi sugli stessi argomenti (salute psichica, attività fisica e alimentazione) per i diversi gruppi target.

Il presente rapporto dedicato agli adolescenti e i giovani adulti illustra quali opportunità offre la promozione della salute per questo gruppo target e come si possono realizzare degli interventi basati sulle evidenze.

La Fondazione desidera esprimere la propria gratitudine agli autori nonché ai membri del gruppo di accompagnamento per l'eccellente lavoro svolto e augura a tutti un'interessante e proficua lettura.



Thomas Mattig
Direttore



Bettina Abel
Vicedirettrice

Indice

Management Summary	8
1 Introduzione	12
2 L'adolescenza e la giovane età adulta	14
2.1 Un periodo di transizioni	14
2.2 Cambiamenti fisici e immagine corporea	14
2.3 Cambiamenti cognitivi e relazionali	15
2.4 Comportamenti a rischio	15
2.5 Una finestra di opportunità	16
3 Principi e metodi della promozione della salute nell'adolescenza e in giovane età adulta	17
3.1 Promozione della salute e prevenzione	17
3.2 Valutazione e gestione degli impatti	20
3.3 Salute degli adolescenti e dei giovani adulti in Svizzera: la situazione attuale	22
3.4 Concetto di salute specifico per gruppo target	24
3.5 Obiettivi della promozione della salute nell'adolescenza e in giovane età adulta	25
3.6 Setting e attori	25
3.7 Sfide, potenziali e approcci della promozione della salute nell'adolescenza e in giovane età adulta	26
4 Pari opportunità di salute	36
4.1 Promuovere le pari opportunità di salute attraverso misure adeguate	37
4.2 Fattori sociali all'origine delle disparità di salute	37
4.3 Cosa può fare la promozione della salute	38
4.4 Misure di comprovata efficacia e criteri di successo	39
4.5 Definizione dei gruppi target	40
5 Media digitali	43
5.1 Uso dei media	43
5.2 Social media	44
5.3 Opportunità e rischi	45
5.4 Media digitali e promozione della salute	46
6 Promozione dell'attività fisica nell'adolescenza	50
6.1 Principi e definizioni	50
6.2 Perché è utile promuovere l'attività fisica nell'adolescenza?	51
6.3 Raccomandazioni per l'attività fisica	51
6.4 Comportamento motorio: la situazione attuale	52
6.4.1 Attività fisica	52
6.4.2 Pratica sportiva	52
6.4.3 Mobilità attiva	53
6.5 Promozione dell'attività fisica nell'adolescenza	55
6.6 Pari opportunità nella promozione dell'attività fisica	57
6.7 Fattori di successo ed esempi di buona prassi	58
6.8 Conclusioni	59
7 Promozione di un'alimentazione equilibrata	60
7.1 Perché è utile promuovere un'alimentazione equilibrata nell'adolescenza e in giovane età adulta?	60

7.2	Raccomandazioni nutrizionali e alimentari	60
7.3	Cosa mangiano gli adolescenti e i giovani adulti?	61
7.4	Fattori che influenzano il consumo alimentare	61
7.5	Possibili interventi e impatti previsti	63
7.5.1	Principi di intervento in età adolescenziale	63
7.5.2	Esempi di interventi	64
7.5.3	Competenze mediali	66
7.6	Pari opportunità nella promozione dell'alimentazione equilibrata	66
7.7	Conclusioni	67
7.7.1	Professionisti della salute	68
7.7.2	Priorità d'azione sul piano alimentare	68
8	Promozione della salute psichica	69
8.1	Principi e definizioni	69
8.1.1	Salute psichica e disturbi psichici	69
8.1.2	L'adolescenza è un'importante fase di transizione con possibili ripercussioni sulla salute psichica	70
8.1.3	Risorse e carichi	70
8.2	Perché è utile promuovere la salute psichica nell'adolescenza?	71
8.2.1	Permette di rafforzare gli sviluppi positivi	71
8.2.2	Permette di contrastare gli sviluppi negativi	71
8.3	La salute psichica degli adolescenti in Svizzera	72
8.3.1	Benessere	72
8.3.2	Prevalenza di malattie e anomalie psichiche	72
8.3.3	La pandemia di coronavirus	74
8.3.4	Inserimento nel mondo del lavoro	74
8.4	Promozione della salute psichica nell'adolescenza	76
8.4.1	Promuovere l'autoefficacia	76
8.4.2	Promuovere le competenze di vita	77
8.4.3	Promuovere le competenze relative alla salute psichica	78
8.4.4	Promuovere il sostegno sociale	79
8.4.5	Rilevamento e intervento precoce	80
8.5	Pari opportunità nella promozione della salute psichica	80
8.5.2	Genere	81
8.5.3	Orientamento sessuale e identità di genere	81
8.5.4	Passato migratorio	82
8.6	Conclusioni	82
8.6.1	Fattori di successo	82
8.6.2	Raccomandazioni	83
9	Interazione tra attività fisica, alimentazione e salute psichica	85
9.1	Introduzione	85
9.2	Interazione tra alimentazione, attività fisica e salute psichica	85
9.2.1	Salute psichica e attività fisica	85
9.2.2	Attività fisica e alimentazione	87
9.2.3	Alimentazione e salute psichica	87
9.3	Healthy Body Image – un esempio pratico	88
10	Conclusioni e raccomandazioni	92
10.1	Argomenti a favore della promozione della salute: PERCHÉ	92
10.2	Raccomandazioni	93
11	Riferimenti bibliografici	96

Indice delle figure e tabelle

Figura 3.1	La Behaviour Change Wheel	19
Figura 3.2	Modello d'impatto per un progetto	21
Figura 3.3	Attori coinvolti nel settore della salute durante l'infanzia e l'adolescenza	26
Figura 3.4	Periodi sensibili per interventi	27
Figura 3.5	Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme, anno scolastico 2017/18, n = 13 916)	34
Figura 3.6	Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme, anno scolastico 2018/19, n = 14 531)	34
Figura 3.7	Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme, anno scolastico 2019/20, n = 14 197)	34
Figura 3.8	Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme), confronto temporale tra quattro periodi*	34
Figura 3.9	Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico, dal 2018/19 fino al 2020/21 (Basilea, Berna e Zurigo, insieme)	35
Figura 4.1	Distinzione tra pari opportunità e eque opportunità	36
Figura 4.2	Modello esplicativo dell'inequità di salute	38
Figura 6.1	Körperliche Aktivität und Bewegung für Jugendliche	50
Figura 6.2	Scelta del mezzo di trasporto per tutti i percorsi nazionali e tutti gli scopi nel 1994, 2000, 2005, 2010 e 2015 per fasce d'età (base: 9847, 18 631, 18 785, 34 864 risp. 36 883 spostamenti di bambini e adolescenti)	54
Figura 6.3	Scelta del mezzo di trasporto sul percorso casa-scuola risp. casa-luogo di formazione nel 1994 e nel 2015 per fasce d'età (base: 3730 risp. 13 419 spostamenti)	55
Figura 6.4	Importanza delle diverse motivazioni (in % di tutti i giovani tra i 15 e i 19 anni che praticano sport)	56
Figura 6.5	Percentuale di partecipanti alle attività G+S nella rispettiva fascia d'età per età/sexo, 2020	57
Figura 7.1	Fattori che condizionano le scelte e i comportamenti alimentari degli adolescenti	62
Figura 8.1	Dual continuum model secondo Keyes	69
Figura 8.2	Evoluzione dei disturbi psicoaffettivi frequenti o cronici nei ragazzi di 15 anni, dal 2002 al 2018	73
Figura 9.1	Dai determinanti della salute alle tematiche comuni tra alimentazione, attività fisica e risorse psichiche	86
Tabella 6.1	Evoluzione della scelta del mezzo di trasporto su tutti i percorsi nazionali (per tutti gli scopi) di bambini e adolescenti dal 1994 al 2015 per fasce d'età	54

Indice dei riquadri

Definizioni

Definizione 3.1	Empowerment e partecipazione	20
Definizione 3.2	Modelli d'impatto per la misurazione dell'efficacia	22
Definizione 3.3	Dual continuum model	24
Definizione 3.4	Competenze di vita	25
Definizione 3.5	Peer education	31
Definizione 8.1	Autoefficacia	77
Definizione 8.2	Intersezionalità	80
Definizione 8.3	LGBTIQ+	81

Excursus

Adolescenti e peso corporeo sano – la situazione richiede un intervento. Ma cosa si può fare?	32
Monitoraggio dell'IMC in relazione alla pandemia di coronavirus	35
Young Carers	42
Giovani e lavoro: condizioni di lavoro e salute	75

Conoscenze di base, fatti e cifre

La Carta di Ottawa per la promozione della salute (OMS, 1986)	17
La Dichiarazione di Jakarta (1997)	18
Interazione tra approccio comportamentale e approccio contestuale	18
Return on Investment (ROI) – un parametro di valutazione economico	28
Scuola sana	30
Lecture e approfondimenti sul tema delle pari opportunità	41
Ulteriori informazioni di altre organizzazioni sul tema delle competenze medialti	44
Come si misurano i disturbi psichici e le anomalie psichiche?	72
Diagnosi orientata allo sviluppo	73
Elementi di un'immagine corporea positiva	89

Management Summary

Il gruppo target degli adolescenti e dei giovani adulti è tornato al centro dell'attenzione nel contesto della pandemia di coronavirus, che ha messo in luce quanto sia importante promuovere la salute nell'adolescenza e in giovane età adulta. Alla luce di questa considerazione è importante verificare e aggiornare i fondamenti scientifici alla base delle misure e degli interventi, per garantire che i programmi e i progetti siano sempre al passo con i tempi. Il presente rapporto mette in luce i motivi per cui è fondamentale impegnarsi a favore della salute degli adolescenti e dei giovani adulti e, sulla scorta delle più recenti conoscenze scientifiche, spiega perché le tematiche dell'attività fisica, dell'alimentazione e della salute psichica sono pilastri importanti per la salute in età adolescenziale e in giovane età adulta. Infine presenta interventi e approcci di comprovata efficacia e fornisce alcune utili raccomandazioni.

Il **capitolo 2** descrive questa **fase di vita**, sottolineando che è in atto un prolungamento dell'adolescenza e che oggi si preferisce usare una definizione più ampia del termine. Questa fase di vita è caratterizzata da molteplici transizioni e cambiamenti che si verificano in un arco di tempo molto breve. Gli adolescenti e i giovani adulti acquisiscono una crescente autonomia e responsabilità in generale e di conseguenza anche nei confronti della propria salute. Ma a tal riguardo occorre ricordare che sono ancora facilmente influenzabili. In questa fase di vita si osserva un aumento dell'influenza da parte dei pari e dei media, mentre l'influenza dei genitori e delle altre persone responsabili dell'educazione perdura ancora, seppure in misura minore rispetto all'infanzia. I mutamenti fisici, l'immagine di sé come pure l'urgenza di sperimentare cose nuove, che si manifesta ad esempio nei comportamenti a rischio, sono temi importanti in questa fase di vita. I numerosi cambiamenti rappresentano un'opportunità per la promozione della salute: a quest'età i ragazzi sviluppano e consolidano molte abitudini che possono perdurare fino in età adulta. La curiosità tipica dell'adolescenza e lo sviluppo dell'identità sono ulteriori fattori che sottolineano quanto sia utile promuovere la salute in questa fase di vita.

Il **capitolo 3** illustra i **principi e i metodi** della promozione della salute nell'adolescenza e in giovane età adulta. La promozione della salute comprende tutte le forme di intervento finalizzate a migliorare le condizioni di vita che incidono sulla salute e si pone l'obiettivo di rafforzare i fattori di protezione nonché le risorse. La prevenzione, per contro, mira a evitare l'insorgenza delle malattie nonché a limitarne la progressione e ad arginarne le conseguenze. La combinazione di misure comportamentali e strutturali si è dimostrata efficace. Se da un lato le misure strutturali, ovvero le misure incentrate sul contesto, possono favorire un cambiamento comportamentale, al tempo stesso risultano essere più efficaci quando sono combinate con misure orientate al comportamento. La promozione della salute dovrebbe idealmente prendere in considerazione diversi livelli; non solo i fattori psichici e quelli legati al comportamento, ma anche i fattori sociali, economici e ambientali. I quattro livelli dei PAC (interventi, messa in rete, policy e comunicazione) rispondono a questo requisito. L'empowerment e la partecipazione sono elementi centrali per la promozione della salute; garantiscono che le offerte siano adeguate ai bisogni del gruppo target e promuovano la coesione sociale, le pari opportunità e l'ancoraggio a lungo termine dei programmi e progetti. Prima del 2020 il quadro relativo alla salute di adolescenti e giovani adulti in Svizzera era tutto sommato positivo: la maggior parte di loro era in salute e si sentiva bene. Tuttavia, a seguito della pandemia la salute soggettiva è peggiorata. Diversi studi hanno infatti riscontrato un aumento delle preoccupazioni, dei timori e del disagio psichico. Circa un quinto dei giovani risulta essere affetto da una malattia cronica o da un problema di salute cronico. Man mano che crescono, gli adolescenti tendono ad osservare sempre meno le raccomandazioni di movimento e il sovrappeso si manifesta con maggiore frequenza. I livelli più bassi di attività fisica si osservano soprattutto tra le adolescenti di sesso femminile e le giovani donne. A quest'età sono frequenti i comportamenti a rischio che hanno un impatto sulla salute (il consumo di sostanze stupefacenti, la man-

canza di sonno, il consumo di nicotina, ecc.) mentre solo una minoranza dei giovani segue la raccomandazione di consumare cinque porzioni di frutta o verdura al giorno. Inoltre, circa la metà dei giovani di età compresa tra 15 e 25 anni dispone di competenze di salute problematiche o insufficienti. I capitoli 6, 7 e 8 approfondiscono le singole tematiche e presentano i dati dettagliati relativi all'attività fisica, all'alimentazione e alla salute psichica degli adolescenti e dei giovani adulti in Svizzera.

Il **capitolo 4** sulle **pari opportunità** esordisce spiegando che le opportunità di salute sono ripartite in modo impari anche nell'adolescenza e illustra le correlazioni con diverse caratteristiche sociali. Il livello di istruzione dei genitori, il genere, l'orientamento sessuale e l'origine migratoria sono alcuni esempi di determinanti sociali che hanno un comprovato effetto negativo sulla salute nell'adolescenza e in giovane età adulta. Alcuni importanti criteri di successo che contribuiscono a rafforzare le pari opportunità nell'ambito degli interventi sono la partecipazione del gruppo target, il lavoro basato sulle relazioni, l'adattamento culturale e linguistico delle offerte, lo sviluppo di offerte a bassa soglia, la collaborazione multisettoriale e il coordinamento su piccola scala. Un excursus sul gruppo dei young carer e un riquadro informativo sui giovani con limitazioni illustrano alcuni approcci concreti rivolti a gruppi target specifici.

Il **capitolo 5** affronta il tema dei **media digitali** nell'ambito della promozione della salute. I media digitali sono diventati parte integrante della vita quotidiana di adolescenti e giovani adulti; praticamente tutti possiedono uno smartphone e usano quotidianamente i social media. In questo contesto è importante contrastare l'utilizzo intenso degli schermi poiché è associato alla sedentarietà. È stata inoltre comprovata la presenza di un legame tra la visione di schermi nelle ore serali e i problemi di insonnia negli adolescenti (e nei bambini). La dipendenza da internet, il cybermobbing e le molestie sessuali in rete possono provocare problemi di natura psichica e compromettere lo sviluppo di una sana immagine corporea.

I media digitali offrono anche delle opportunità, ma gli aspetti potenzialmente favorevoli alla salute hanno finora ricevuto una scarsa considerazione da parte dei ricercatori. Alcuni studi indicano che

l'uso dei media digitali contribuisce alla regolazione dell'umore e favorisce il rilassamento. Inoltre l'esperienza di *flow* connessa a un determinato uso dei media può avere effetti positivi sul benessere. I media digitali offrono inoltre un semplice accesso alle informazioni sulla salute, senza vincoli di orario e luogo.

Il **capitolo 6** verte sulla **promozione dell'attività fisica** nell'adolescenza. In generale si osserva un graduale calo della frequenza e della durata dell'attività fisica man mano che l'età avanza. I maschi tendono ad essere più attivi delle femmine. È stata inoltre osservata una correlazione tra l'osservanza delle raccomandazioni di movimento e una buona salute psichica come pure una buona qualità di vita; questi fattori si influenzano reciprocamente in maniera positiva. In primavera e in estate gli adolescenti sono più inclini a seguire la raccomandazione di fare più di 60 minuti di attività fisica al giorno rispetto al periodo autunnale e invernale. I cambiamenti legati alle transizioni scolastiche e professionali, oltre a incidere sul comportamento motorio in generale, si fanno sentire pure all'interno del sistema di Gioventù+Sport. Anche sul piano della mobilità il quadro è analogo, con l'utilizzo della bicicletta in forte calo. Il capitolo 6 illustra i diversi fattori che possono favorire oppure ostacolare una vita attiva in età adolescenziale e menziona anche l'approccio incentrato sulla persona e orientato allo sviluppo. Tale approccio nasce dalla premessa che gli adolescenti vogliono sentirsi bene ed essere attivi e sono quindi sostanzialmente ricettivi nei confronti degli interventi di promozione della salute. Per attirare l'interesse dei giovani e stimolarli a partecipare si consiglia di adottare un approccio partecipativo, coinvolgendo i ragazzi nello sviluppo delle offerte.

Nel **capitolo 7** si discute di promozione dell'**alimentazione equilibrata**. In Svizzera molti adolescenti e giovani adulti sono affetti da sovrappeso e non seguono le raccomandazioni alimentari. Oltre a consumare poca frutta e verdura e troppe bevande zuccherate, i giovani consumano molti spuntini, hanno una predilezione per il fast-food e il take-away come pure la tendenza a saltare i pasti. È tuttavia incoraggiante constatare che i pasti in famiglia rivestono ancora un ruolo importante a quest'età. Durante l'adolescenza i ragazzi tendono a mettere in discussione le abitudini alimentari acquisite in età infantile

e questo ripensamento rappresenta un'opportunità nell'ottica di promuovere abitudini alimentari sane e un atteggiamento positivo verso l'alimentazione. Tra i principali fattori alla base delle scelte alimentari degli adolescenti e dei giovani adulti figurano il gusto e la comodità (di consumo e preparazione). Altri fattori che condizionano le loro abitudini alimentari sono il tempo, i costi e le preoccupazioni legate al peso corporeo. Intervenire sui comportamenti modificabili, concentrarsi sulle motivazioni importanti per gli adolescenti e utilizzare metodi attivi, come insegnare loro a cucinare delle ricette semplici, sono tutti approcci promettenti. Nell'ambito della promozione di un'alimentazione equilibrata sono particolarmente importanti le misure strutturali, come la creazione di offerte sane nelle scuole e l'integrazione dell'educazione alimentare nel programma scolastico. Per garantire le pari opportunità in questo specifico contesto, oltre a utilizzare elementi visivi e un linguaggio semplice, è importante tenere conto delle differenze culturali che incidono sulle abitudini alimentari.

Il **capitolo 8** approfondisce il tema della promozione della **salute psichica**. In apertura il capitolo illustra il «dual continuum model», un modello che raffigura il benessere psichico e la malattia psichica come due continuum separati. Questo modello offre la possibilità di promuovere la salute psichica a prescindere dalla presenza di una malattia psichica. Per il mantenimento della salute psichica è fondamentale la presenza di un equilibrio tra risorse e carichi. Tra le risorse interne che hanno un elevato valore protettivo figurano un elevato senso di autoefficacia, buone competenze di vita, un concetto di sé positivo, il rispetto di sé e l'ottimismo, mentre le risorse esterne più importanti per gli adolescenti e i giovani adulti sono i fattori di protezione familiari (ad es. la qualità dell'attaccamento ai genitori) nonché i contatti prosociali con i coetanei. In questo contesto è importante anche la qualità degli istituti di istruzione e formazione. I principali fattori di rischio sono la povertà, uno statuto socioeconomico basso, esperienze di violenza o la malattia psichica di un genitore. L'adolescenza è un momento particolarmente propizio per la realizzazione di interventi. Da un lato durante l'adolescenza si manifestano per la prima volta la maggior parte delle malattie psichiche e dei comportamenti a rischio, dall'altro in questa fase di vita si osserva nell'ambito dello sviluppo cerebrale

un'elevata variabilità degli schemi di pensiero e comportamento. Le abitudini che i ragazzi sviluppano a quest'età si mantengono nel tempo. Rafforzare le risorse degli adolescenti permette di ridurre la prevalenza dei disturbi psichici, diminuire le dipendenze e i comportamenti a rischio, contribuendo in ultima analisi alla prevenzione dei suicidi.

In Svizzera la maggior parte degli adolescenti e giovani adulti sono soddisfatti della propria vita, anche se in misura leggermente minore nella fascia d'età 12-15 anni rispetto ai ragazzi di 11 anni. Nel 2018, in circa un terzo delle giovani donne e un quinto dei giovani uomini di età compresa tra 17 e 22 anni sono stati riscontrati indizi di uno dei tre seguenti disturbi psichici: depressione, ansia o ADHD. Sempre nel 2018, nell'ambito dello studio HBSC sono stati misurati i valori più elevati in relazione alla presenza di disturbi psichici nella fascia d'età 11-15 anni rispetto alle quattro misurazioni precedenti. La pandemia di coronavirus ha accentuato ulteriormente il disagio psichico in età adolescenziale: durante il primo lockdown circa un terzo degli adolescenti e giovani adulti è risultato positivo allo screening per una malattia psichica, mentre i ricoveri di emergenza nei servizi di psichiatria pediatrica e adolescenziale sono aumentati in modo considerevole. La situazione è peggiorata ulteriormente nella seconda ondata pandemica.

Per promuovere la salute psichica è importante rafforzare l'autoefficacia: rispetto al resto della popolazione i giovani tra i 16 e i 25 anni presentano un livello più basso di autoefficacia e hanno un minore senso di padronanza. In questa fase di vita è importante anche promuovere in modo mirato le competenze di vita. La capacità di gestire lo stress e le emozioni è decisiva per far fronte alle numerose sollecitazioni che si presentano durante l'adolescenza e in giovane età adulta. Altrettanto importante è la promozione delle abilità comunicative e relazionali poiché consentono di instaurare delle relazioni sociali, un fattore di protezione fondamentale per la salute psichica. Anche le competenze in materia di salute psichica – ovvero la capacità di regolare e migliorare la propria salute psichica – sono importanti.

Per quanto concerne le pari opportunità è importante tenere presente che sul piano della salute psichica a quest'età vi sono delle importanti differenze tra ragazze e ragazzi e che i giovani appartenenti alla comunità LGBTIQ+ tendono a sviluppare con mag-

giore frequenza disturbi psichici rispetto ai loro coetanei eterosessuali. In questo contesto è importante mettere in atto misure volte a modificare le norme e i valori sociali, adattare le offerte esistenti alle esigenze delle persone LGBTIQ+ e realizzare progetti mirati per questo gruppo target.

Il **capitolo 9** affronta la questione dell'**interazione tra alimentazione, attività fisica e salute psichica** e illustra le numerose interfacce, correlazioni e influenze reciproche tra queste tre tematiche. L'attività fisica, ad esempio, favorisce il benessere, riduce lo stress e può rafforzare l'autoefficacia. L'attività fisica e l'alimentazione, insieme, contribuiscono allo sviluppo motorio e psichico. Lo stress incide negativamente sul comportamento alimentare e le emozioni in generale possono influenzare l'alimentazione, ma viceversa anche un'alimentazione squilibrata può incidere sulla psiche, ad esempio favorendo l'insorgere di una depressione.

L'immagine corporea è un tema importante nell'adolescenza così come in giovane età adulta e permette di illustrare bene le correlazioni tra alimentazione, attività fisica e salute psichica. In Svizzera la soddisfazione per il proprio corpo risulta essere ambivalente durante l'adolescenza. Per realizzare i propri desideri (ad es. pesare meno o avere più muscoli) molti giovani fanno dieta, praticano sport o assumono integratori alimentari. Per promuovere un'immagine corporea positiva bisogna incoraggiare i ragazzi ad apprezzare, accettare e amare il proprio corpo e a coltivare la positività interiore. L'immagine corporea positiva è associata al benessere psichico, all'alimentazione intuitiva e a un atteggiamento positivo verso la sessualità, il ciclo mestruale e altri aspetti fisici e di conseguenza risulta essere un'importante risorsa in relazione all'alimentazione equilibrata, all'attività fisica e al benessere psichico.

In **conclusione** il **capitolo 10** riassume i principali argomenti per la promozione della salute nell'adolescenza e in giovane età adulta e fornisce delle raccomandazioni riguardo ai contenuti e ai metodi da applicare nella promozione della salute con questo specifico gruppo target.

Argomenti:

- L'adolescenza è una fase di vita caratterizzata da molteplici transizioni e cambiamenti.
- L'adolescenza è una «window of opportunities».
- Sono pochi i progetti destinati agli adolescenti e ai giovani adulti.
- Aumento dei problemi di natura psichica (inaspriti dalla pandemia di coronavirus).
- Il ripensamento delle abitudini alimentari è un'opportunità da cogliere.
- Durante l'adolescenza si assiste a un graduale calo dell'attività fisica.
- Le competenze di salute degli adolescenti sono insufficienti.

Raccomandazioni di carattere contenutistico:

- Competenze di vita: gli adolescenti devono sapere cosa fare e come farlo.
- È importante promuovere l'autoefficacia.
- Occorre promuovere *sia* la pratica sportiva *sia* l'attività fisica quotidiana.
- Le conoscenze nutrizionali da sole non sono sufficienti per promuovere l'alimentazione sana.
- Healthy Body Image: l'importanza di promuovere l'immagine corporea positiva.

Raccomandazioni di carattere metodologico:

- Bisogna tenere conto del prolungamento dell'adolescenza.
- È meglio coinvolgere che imporre.
- Le transizioni rappresentano una porta d'accesso.
- Il tempo libero è un setting importante.
- È necessario coinvolgere i pari.
- I genitori continuano ad essere importanti figure di riferimento.
- Gli approcci incentrati sulla persona e orientati allo sviluppo sono più efficaci rispetto al modello biomedico.
- È importante fare una differenziazione del gruppo target.
- L'autonomia è un fattore chiave.
- È opportuno integrare le tematiche piuttosto che separarle.
- I media digitali rappresentano sia un'opportunità che un rischio.

1 Introduzione

• **Fabienne Amstad**, Promozione Salute Svizzera

Promozione Salute Svizzera collabora con i Cantoni per promuovere la salute della popolazione in Svizzera. Progetti e programmi d'azione cantonali collaudati e di successo promuovono la salute psichica di bambini, giovani e persone anziane, un'attività fisica regolare e un'alimentazione equilibrata. La fondazione pubblica, a intervalli regolari, documenti di base sui quali fondare questi programmi d'azione e progetti, documenti che costituiscono la base scientifica della sua attività. I rapporti di base sono rivolti a gruppi target specifici:

- bambini
- adolescenti e giovani adulti
- persone anziane

Il presente rapporto si occupa del gruppo target degli adolescenti e dei giovani adulti.

Definizione del gruppo target «adolescenti»

Il rapporto di base dedicato all'adolescenza, che fa seguito al rapporto di base dedicato all'infanzia, affronta la fase di vita compresa tra il 13° e il 25° anno di vita o fino alla conclusione di una formazione. Questa fase di vita comprende la seconda adolescenza (livello secondario I, in genere dalla seconda alla quarta media) e la terza adolescenza (livello secondario II/studi superiori; 10° anno scolastico, formazione professionale di base, scuole medie superiori, università e scuole universitarie professionali).

Obiettivi e destinatari dei rapporti

I rapporti di base forniscono una sintesi delle evidenze scientifiche sui temi dell'attività fisica, dell'alimentazione e della salute psichica e sono redatti con un occhio di riguardo alla pratica. Essi si propongono di mostrare quali aree presentano necessità d'intervento e quali approcci si sono dimostrati efficaci per i vari gruppi target e argomenti. Partendo da dati scientifici, i rapporti di base offrono un aiuto per trasferire nella pratica le evidenze di cui attualmente disponiamo. Il rapporto rappresen-

ta un primo passaggio dalla teoria alla realizzazione operativa. In fase di attuazione intervengono altri servizi come le consulenze, le liste di controllo e i materiali predisposti da Promozione Salute Svizzera ai fini della pratica.

I destinatari dei rapporti sono principalmente:

- specialiste e specialisti di Cantoni, Comuni e ONG responsabili della strategia e dell'attuazione di programmi e progetti di promozione della salute
- altre persone specializzate attive sul campo o impegnate nello studio e nella ricerca

Interdisciplinarietà del rapporto

Per via della natura interdisciplinare del rapporto, il documento è stato revisionato da diverse persone esperte dei rispettivi settori scientifici (università e università di scienze applicate). Un gruppo di sostegno ha assicurato la vicinanza alle esigenze del pubblico cui sono destinati i rapporti.

Pandemia di coronavirus

La pandemia di coronavirus influisce sulla salute e sul comportamento sanitario degli adolescenti e dei giovani adulti nonché sulle attività di promozione della salute. I suoi effetti sono quindi esaminati sistematicamente in tutti i capitoli del rapporto.

Struttura del rapporto

Il rapporto dedicato al gruppo target degli adolescenti e dei giovani adulti inizia illustrando la fase di vita dell'adolescenza e della giovane età adulta e prosegue descrivendo i principi e i metodi della promozione della salute in età adolescenziale e giovane età adulta, per poi approfondire la questione delle pari opportunità in relazione alla salute nonché il legame tra i media digitali e la promozione della salute. Seguono quindi tre capitoli distinti sui temi dell'attività fisica, dell'alimentazione e della salute psichica. Il rapporto termina con un capitolo sull'interazione tra questi temi.

Per una lettura veloce

I contenuti più importanti sono riassunti nel **Management Summary**. Le principali conclusioni e raccomandazioni sono raccolte nel capitolo 10 **«Conclusioni e raccomandazioni»**.

Guida alla lettura

I tre rapporti, specifici per gruppo target, sono simili nella forma e in parte anche nei contenuti al fine di facilitare l'orientamento all'interno del testo. Le seguenti istruzioni forniscono utili indicazioni per un'efficace consultazione dei rapporti.

Abbiamo voluto strutturare i rapporti in modo tale da ottenere una vera e propria opera di consultazione. Oltre a mettere l'accento sulla natura pratica dei contenuti, ci siamo quindi adoperati per redigere dei testi di facile consultazione e lettura. Ciascun rapporto offre una panoramica autonoma e completa in tema di promozione della salute nel rispettivo gruppo target.

I rapporti dedicati ai gruppi target bambini nonché adolescenti e giovani adulti contengono alcuni passaggi identici, contrassegnati da una linea arancione al margine del testo. Un'indicazione in merito sarà fornita anche all'inizio dei rispettivi capitoli.

Nei riquadri colorati si trovano definizioni, ulteriori riferimenti bibliografici, considerazioni sulla pandemia di coronavirus, indicazioni per l'attuazione, conoscenze di base come pure dei brevi excursus su argomenti di particolare interesse.

Riquadro: definizione

Nelle caselle colorate di verde si trovano le definizioni dei termini chiave.

**Riquadro: bibliografia di approfondimento**

Nelle caselle colorate di arancione si trovano riferimenti bibliografici per l'approfondimento degli argomenti trattati. I fogli di lavoro e gli opuscoli di Promozione Salute Svizzera sono segnalati per primi. Basta un semplice clic sul prodotto desiderato per trovare le informazioni rapidamente.

**Riquadro: prassi**

Una selezione di esempi pratici illustra come vengono attuate le raccomandazioni in Svizzera.

**Riquadro: pandemia di coronavirus**

Nelle caselle colorate di rosso si trovano informazioni specifiche sulla pandemia di coronavirus.

**Riquadro: conoscenze di base, fatti e cifre**

I riquadri con questa icona propongono conoscenze approfondite e dati interessanti su un argomento specifico.

**Riquadro: excursus**

Nelle caselle colorate di blu sono indicati altri argomenti di interesse.



2 L'adolescenza e la giovane età adulta

- Joan-Carles Surís, Unisanté
- Yara Barrense-Dias, Unisanté

L'adolescenza è considerata come il periodo di transizione che intercorre tra l'infanzia e l'età adulta. La durata di questa fase varia a seconda dello **sviluppo individuale** e delle **norme culturali** [2.1]. Mentre l'inizio dell'adolescenza coincide generalmente con l'inizio della pubertà, non è altrettanto facile definire quando inizia l'età adulta. Durante l'adolescenza si acquisiscono diritti e doveri. A 16 anni, ad esempio, si raggiunge la maggiore età in ambito sessuale e religioso, mentre a 18 anni si ottiene il diritto di votare, di sposarsi, di condurre un veicolo o di bere superalcolici. Tuttavia, il raggiungimento di queste età, da solo, non consente di decretare la fine dell'adolescenza e di conseguenza l'inizio dell'età adulta. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce gli adolescenti come i soggetti di età compresa tra i 10 e i 19 anni, mentre i giovani («youth») sono i soggetti dai 15 ai 24 anni. In termini più generici, l'OMS usa il termine «persone giovani» («young people») per fare riferimento alla **fascia d'età compresa tra i 10 e i 24 anni**. Questa definizione è stata ripresa recentemente dai ricercatori che ritengono che l'adolescenza dovrebbe coprire la fascia d'età 10-24 anni piuttosto che il periodo 10-19 anni [2.2]. Questa estensione del limite superiore si spiega soprattutto con il fatto che le **transizioni di ruolo** legate al completamento degli studi, all'autonomia finanziaria o alla genitorialità (tra le altre cose) avvengono **più tardi** nella vita [2.2]. I cambiamenti sul piano economico, educativo e sociale si traducono in un'adolescenza più lunga [2.3]. È importante adottare una definizione più ampia del termine adolescenza al fine di ottenere un migliore adeguamento delle leggi, delle politiche sociali e dei servizi che hanno un impatto sullo sviluppo degli adolescenti [2.2].

2.1 Un periodo di transizioni

Oltre al passaggio dall'infanzia all'età adulta [2.5], l'adolescenza comprende numerose altre transizioni importanti [2.4]. Innanzitutto questo periodo è caratterizzato dalla transizione dalla scuola dell'obbligo all'istruzione di grado superiore o al mondo del lavoro. Questo cambiamento implica delle scelte che hanno delle importanti ripercussioni sul futuro dell'individuo. Anche la transizione dalla dipendenza dai genitori all'autonomia è importante perché implica la necessità di arrangiarsi da soli. Infine, in particolare per i giovani affetti da malattie croniche, il passaggio dalle cure pediatriche alle cure per adulti nonché la transizione da un trattamento controllato dai propri genitori all'autocontrollo implicano una presa di coscienza della responsabilità individuale in materia di salute. È importante tenere presente che tutte queste transizioni si verificano in un arco di tempo molto breve.

2.2 Cambiamenti fisici e immagine corporea

Con l'inizio della pubertà si manifestano i primi cambiamenti fisici. Gli adolescenti crescono molto in fretta (si parla di scatto o picco di crescita). In questa fase si verifica uno scatto di crescita pari all'incirca al 20% della futura altezza da adulti [2.3]. Durante l'adolescenza nei maschi aumenta la massa magra, mentre nelle femmine si assiste a una diminuzione della massa magra e a un aumento della massa grassa [2.3]. Sebbene questi cambiamenti fisici si verificano in un lasso di tempo simile per la maggior parte degli adolescenti, sono possibili variazioni dalla normalità (per eccesso o per difetto). In linea di massima e in assenza di patologie di fondo, una pubertà precoce rispetto ai coetanei è vissuta positivamente dai maschi e negativamente dalle femmine, mentre è vero il contrario in caso di pubertà ritardata [2.6].

Questi **rapidi cambiamenti fisici** possono **influenzare il modo in cui i ragazzi si percepiscono (immagini di sé)**. A quest'età in cui i giovani sono fortemente influenzabili, alcuni fattori (media, prestazioni sportive, famiglia, coetanei) possono favorire lo sviluppo di un'immagine corporea negativa, che può avere delle conseguenze importanti sul piano della salute [2.9] come un comportamento alimentare alterato, un disagio psicologico o un calo dell'autostima [2.10]. Un'immagine corporea negativa è inoltre fortemente correlata a relazioni meno favorevoli con il sesso opposto per i maschi e con persone appartenenti allo stesso sesso per le femmine [2.11]. **Internet** e i **social network** svolgono un importante ruolo in relazione a questa problematica perché rappresentano un nuovo spazio per il confronto sociale [2.12]. I temi dell'immagine corporea e dei media digitali sono affrontati in maniera più approfondita nei **capitoli 5 e 9**.

2.3 Cambiamenti cognitivi e relazionali

Durante l'adolescenza si acquisisce una capacità di ragionamento più evoluta; si passa dal pensiero concreto al pensiero astratto e si è in grado di immaginare cosa pensano gli altri [2.3-2.5]. L'adolescenza è anche un periodo durante il quale si rafforza **l'autonomia**, si sviluppa un **senso d'identità** e si traccia un orientamento futuro, con obiettivi professionali che diventano via via più realistici [2.3, 2.4].

Questo periodo è anche connotato da **cambiamenti sul piano relazionale** [2.3, 2.5]. I giovani adolescenti si allontanano dai propri genitori per rifugiarsi nel gruppo dei pari (inizialmente dello stesso sesso, poi misto) e successivamente riavvicinarsi ai genitori verso la fine dell'adolescenza. Questa fase segna anche l'inizio delle relazioni amorose. Gli adolescenti sviluppano competenze in ambito di comunicazione, negoziazione o risoluzione dei conflitti [2.3]. La **sessualità** svolge un ruolo importante nella vita delle persone, sia sul piano fisico, mentale, emotivo e relazionale [2.15] ed è particolarmente importante durante l'adolescenza, un periodo nel corso del quale la maggior parte dei giovani intrattiene i primi rapporti sessuali. Queste prime esperienze scandiscono spesso la transizione verso l'età adulta, sul

piano personale e sociale. Incoraggiare i giovani ad adottare comportamenti sessuali non a rischio e a rispettare i diritti sessuali di ciascuno è una delle principali sfide per la sanità pubblica, in particolare perché le azioni compiute durante l'adolescenza possono avere delle conseguenze in età adulta.

In questo contesto non bisogna trascurare il ruolo di internet e dei media perché durante l'adolescenza lo sviluppo e l'esplorazione della sessualità avvengono anche attraverso le nuove tecnologie. Oltre alla problematica dell'accesso alla pornografia sono emerse nuove pratiche (ad es. le piattaforme di incontri, il «sexting») che si possono ripercuotere sul benessere, sulle concezioni e sulle esperienze degli adolescenti in materia di sessualità.

2.4 Comportamenti a rischio

L'adolescenza è una **fase di ricerca** che implica l'adozione di **comportamenti esplorativi** o a **rischio** [2.5]. I comportamenti descritti con maggior frequenza sono l'uso di sostanze, la violenza e i rapporti sessuali non protetti, ma ve ne sono anche molti altri, tra i quali figurano l'eccessiva esposizione agli schermi (a questo riguardo sono attualmente in corso numerosi dibattiti sui limiti), il gioco d'azzardo, i disturbi del comportamento alimentare e l'inattività fisica. La maggior parte di questi comportamenti risultano essere più frequenti tra gli adolescenti di sesso maschile. I comportamenti esplorativi o a rischio fanno parte dello sviluppo in età adolescenziale [2.16]; solo una piccola minoranza degli adolescenti non adotta nessun comportamento di questo genere [2.17]. La maggior parte dei giovani tende ad adottare comportamenti a rischio multipli [2.17, 2.18]. In effetti, con l'adozione di un comportamento a rischio aumenta la probabilità di adottarne altri, perché verosimilmente presentano cause comuni o fattori di rischio correlati [2.19]. Un comportamento esplorativo è un comportamento che può avere conseguenze negative, ma queste sono compensate dagli effetti positivi percepiti dagli adolescenti [2.20]. In questo contesto, **l'effetto del gruppo** ha un valore particolare nell'adolescenza: la presenza di pari aumenta la probabilità di adottare un comportamento a rischio poiché incide positivamente sulla percezione di ottenere una ricompensa [2.21].

In genere si osserva un aumento della maggior parte di questi comportamenti fino all'età di 20 anni, dopo di che tendono a stabilizzarsi o a diminuire, in particolare quando i giovani cominciano ad integrare nella loro vita dei ruoli adulti (ad es. il lavoro, la vita di coppia, la creazione di una famiglia) [2.16].

2.5 Una finestra di opportunità

L'adolescenza è considerata come una finestra di opportunità [2.5] perché in questo periodo si acquisisce un gran numero di comportamenti che hanno un impatto sulla salute. Si tratta di abitudini e comportamenti che avranno delle conseguenze sulla vita adulta [2.5] come pure sulla generazione successiva. L'adolescenza è quindi una fase di vita propizia per la promozione della salute, favorita dalla curiosità degli adolescenti e dallo sviluppo dell'identità in questo periodo [2.5].

L'adolescenza è un **periodo cruciale** e in quanto tale è fondamentale mettere in campo **azioni preventive** e di gestione delle **malattie croniche** [2.2] a livello individuale, ma anche della famiglia, della scuola, della comunità e della società tutta.

3 Principi e metodi della promozione della salute nell'adolescenza e in giovane età adulta

- **Julia Dratva**, Università di scienze applicate di Zurigo (ZHAW)
- **Matthias Meyer**, Università di scienze applicate di Zurigo (ZHAW)
- **Karin Nordström**, Università di scienze applicate di Zurigo (ZHAW)

I passaggi di questo capitolo contrassegnati con una linea arancione verticale sono identici a quelli presenti nel capitolo 3 del rapporto 8 [Promozione della salute per e con i bambini](#).

3.1 Promozione della salute e prevenzione

Approcci complementari con un obiettivo comune

La promozione della salute e la prevenzione sono due strategie complementari che si distinguono in termini di origini e principi di azione. Se da un lato il concetto di prevenzione (delle malattie) risale alle conoscenze in campo medico e scientifico che sottolineavano l'importanza dell'igiene a fronte delle condizioni di vita gravose nel 19° e all'inizio del 20° secolo, dall'altro il concetto di promozione della salute è emerso più recentemente, nell'ambito di un dibattito sulla politica sanitaria in seno all'OMS, e fa riferimento alle più moderne conoscenze nel campo delle scienze mediche e sociali.

La promozione della salute e la prevenzione sono unite dall'obiettivo comune del «guadagno di salute». Entrambe le strategie sono forme di intervento che prevedono «l'intervento mirato di attori, generalmente persone o istituzioni pubbliche e/o con un'autorizzazione professionale, allo scopo di in-

fluenzare l'insorgere o l'evolvere di un peggioramento della salute di singoli individui o gruppi della popolazione» oppure al fine di rafforzare il loro stato di salute o i comportamenti favorevoli alla salute. L'intervento prevede spesso anche una «compensazione delle disuguaglianze nel campo della salute legate alla condizione di vita sociale» [3.1]. Mentre il principio d'azione della prevenzione fa riferimento alla patogenesi, la promozione della salute si basa sull'approccio della salutogenesi [3.1].

La promozione della salute

L'ampio concetto di salute formulato dall'OMS nel 1946 è all'origine del concetto di promozione della salute, che si può definire come il «rafforzamento delle opportunità individuali nel campo della salute». La promozione della salute indica le forme di intervento finalizzate a migliorare le condizioni di vita che hanno un impatto sulla salute della popolazione e persegue l'obiettivo di rafforzare i fattori di protezione nonché le risorse interne ed esterne [3.1-3.5]. Le principali pietre miliari della promozione della salute sono la Carta di Ottawa e la Dichiarazione di Jakarta.



La Carta di Ottawa per la promozione della salute (OMS, 1986)

- definisce la salute come un'«importante risorsa di vita quotidiana»;
- persegue un modello di politica sanitaria orientata alla salutogenesi;
- associa la promozione della salute alla «promozione di condizioni di vita sane e di un benessere generale». [3.2]



La Dichiarazione di Jakarta (1997)

La Dichiarazione di Jakarta prende spunto dalla Carta di Ottawa per definire le priorità della promozione della salute nel 21° secolo e pone l'accento sull'evidenza e sulla comparabilità degli interventi nel campo della promozione della salute. Le priorità sono:

- promuovere la responsabilità sociale per la salute;
- aumentare gli investimenti per il miglioramento della salute;
- ampliare le partnership per la promozione della salute;
- accrescere le capacità delle comunità;
- attribuire maggiore potere agli individui;
- garantire un'infrastruttura per la promozione della salute.

La prevenzione

La prevenzione mira a «evitare l'insorgere delle malattie, ridurre la loro diffusione e attenuare le loro conseguenze» [3.1]. L'approccio della prevenzione si prefigge di «anticipare» le malattie [3.2] oppure «contenere o eliminare del tutto i fattori scatenanti all'origine delle malattie» [3.1], attraverso una «valutazione delle probabilità di insorgenza» di una malattia. La prevenzione identifica i fattori di rischio per poi intervenire con azioni mirate nella «dinamica della patogenesi» [3.1]. Esistono diverse forme di prevenzione, che si possono classificare in base al fattore temporale, al gruppo target a cui si rivolge e alle misure di prevenzione adottate.

Oltre alle malattie, la prevenzione mira anche a prevenire gli infortuni.

Fattore temporale della prevenzione

Per quanto concerne il fattore temporale si distingue tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Queste tre categorie non sono sempre chiaramente distinguibili l'una dall'altra e talvolta si assiste a una sovrapposizione tra di esse [3.2].

- **Prevenzione primaria** – misure atte a ridurre la probabilità di insorgenza di una nuova patologia e/o misure volte a ridurre i fattori di rischio legati a un determinato comportamento
- **Prevenzione secondaria** – misure atte a individuare e curare tempestivamente patologie ancora silenti dal punto di vista clinico

- **Prevenzione terziaria** – misure atte a evitare il peggioramento o la progressione di una patologia conclamata, nonché a prevenire le recidive nel processo di guarigione

Gruppi target della prevenzione

La classificazione secondo il gruppo target fa una distinzione tra prevenzione universale, selettiva e indicata (www.dipendenzesvizzera.ch).

- Prevenzione universale – le misure sono rivolte a tutta la popolazione o a segmenti della stessa
- Prevenzione selettiva – le misure sono rivolte a gruppi della popolazione a rischio
- Prevenzione indicata – le misure sono rivolte a soggetti con un rischio manifesto

Livello delle misure di prevenzione

Un'ulteriore classificazione opera una distinzione tra prevenzione comportamentale e prevenzione contestuale (o strutturale). Mentre la prevenzione comportamentale interviene a livello dell'individuo, stimolandolo ad adottare comportamenti volti a prevenire le malattie e gli infortuni nonché a ridurre al minimo i comportamenti nocivi alla salute, la prevenzione strutturale interviene a livello di condizioni di vita e agisce per mezzo di misure normative che mirano a modificare l'infrastruttura e l'ambiente [3.6]. Entrambi gli approcci sono importanti nell'infanzia e nell'adolescenza.



Interazione tra approccio comportamentale e approccio contestuale

La combinazione di misure di prevenzione comportamentale e misure di prevenzione contestuale è considerata generalmente efficace e si esprime nel cosiddetto «approccio per setting». Le misure strutturali possono favorire o persino rendere possibile un cambiamento comportamentale, ad esempio se permettono di accedere a una scelta sana, rendendola quella più semplice o più ovvia. D'altro canto, gli interventi strutturali risultano essere più efficaci quando sono combinati con misure orientate al comportamento (ad es. incrementare la motivazione o le conoscenze delle persone affinché fruiscono effettivamente di determinate offerte strutturali oppure osservino le regole introdotte o siano quantomeno intenzionate a farlo) [3.6].

Le scoperte fatte nel campo della psicologia della salute permettono di comprendere e influenzare i comportamenti che hanno un impatto sulla salute

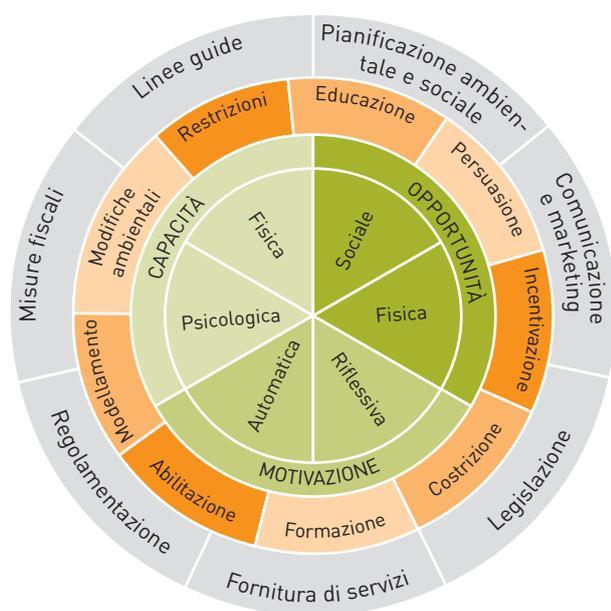
I modelli e gli approcci d'intervento della psicologia della salute stanno assumendo una crescente importanza per la prevenzione. La psicologia della salute studia le percezioni e i comportamenti degli individui in relazione alla salute e alla malattia, prestando una particolare attenzione ai comportamenti a rischio e a quelli preventivi, ai fattori d'influenza psichici e sociali nonché al modo in cui questi interagiscono con le patologie e le disabilità fisiche [3.7]. Si possono sviluppare misure di prevenzione efficaci attingendo alle teorie e alle conoscenze sui comportamenti di salute, che analizzano gli elementi in grado di spiegare e, di conseguenza, condizionare i processi di cambiamento comportamentale [3.8].

Due importanti pietre miliari della psicologia della salute sono la cosiddetta Behaviour Change Wheel [3.9] e la Behaviour Change Technique Taxonomy [3.10].

FIGURA 3.1

La Behaviour Change Wheel

- Origini del comportamento
- Possibili interventi
- Politiche pubbliche



Fonte: [3.9]

Behaviour Change Wheel (BCW):

- Metodo per la sistematizzazione e la pianificazione degli interventi volti a ottenere un cambiamento comportamentale.
- I tre elementi alla base di un cambiamento del comportamento sono la capacità, l'opportunità e la motivazione.
- Sulla base di questi tre elementi, il modello identifica nove forme di intervento e sette policy che consentono di implementare gli interventi.

Behaviour Change Technique Taxonomy (BCTT):

- Tassonomia delle tecniche di cambiamento del comportamento.
- Nell'ambito di una procedura complessa sono state identificate e analizzate 93 tecniche di cambiamento del comportamento.

Approcci di promozione della salute efficaci

Le misure di promozione della salute si basano spesso sul cosiddetto approccio per setting (cfr. 3.7), secondo il quale le persone devono essere considerate parte dei sistemi sociali nei quali vivono [3.4]. Al fine di migliorare lo sviluppo della salute, la promozione della salute mira a rafforzare quattro categorie di fattori di protezione [3.1]:

- fattori sociali ed economici;
- fattori ambientali;
- fattori legati al comportamento e fattori psichici;
- accesso alle prestazioni rilevanti per la salute.

Al fine di garantire l'efficacia della promozione della salute si è dimostrata valida l'adozione del sistema multilivello, che ripartisce le misure di promozione della salute in base al legame con i diversi livelli sociali. In Svizzera oltre ai tre obiettivi nazionali, ovvero contesto materiale, contesto sociale nonché risorse personali e comportamento del gruppo target, si fa riferimento ai quattro livelli dei PAC, ovvero:

- Interventi
- Policy
- Messa in rete
- Comunicazione



Definizione 3.1

Empowerment e partecipazione

L'empowerment e la partecipazione sono elementi centrali nella promozione della salute. Per empowerment si intende l'acquisizione della capacità di autodeterminarsi e di perseguire i propri interessi in maniera autonoma e responsabile. A tal fine le persone devono essere in grado di riconoscere e utilizzare le proprie risorse. Per partecipazione si intende coinvolgere le persone e permettere loro di prendere parte alle decisioni e ai processi che li riguardano [3.2]. Empowerment e partecipazione sono due approcci che si arricchiscono e si rafforzano reciprocamente. La partecipazione genera molteplici effetti positivi, tra i quali figurano [3.11]:

- un maggiore orientamento alle esigenze dei gruppi target e di conseguenza un maggiore attaccamento dei gruppi target ai progetti;
- rafforzamento della coesione sociale;
- maggiori pari opportunità, a condizione che i soggetti più vulnerabili ricevano un'attenzione particolare;
- rafforzamento dei processi intersettoriali;
- effetto moltiplicatore;
- ancoraggio a lungo termine di programmi o progetti.



Letture e approfondimenti dell'UFSP sul tema della promozione della salute e della prevenzione

- [Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili 2017-2024 \(Strategia MNT\)](#), Versione breve
- [Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili \(Strategia MNT\) 2017-2024](#)
- [Economia comportamentale](#)

3.2 Valutazione e gestione degli impatti

Le misure di promozione della salute e prevenzione intervengono in molteplici modi negli ambienti di vita dei gruppi target e generalmente beneficiano di finanziamenti pubblici. Per questo motivo devono presentare un ottimo rapporto costi-benefici, laddove il beneficio consiste in un impatto che si vuole ottenere a livello sociale e/o individuale. Gli ambienti di vita rilevanti durante l'adolescenza sono lo spazio pubblico, la famiglia, la scuola, le associazioni e le aziende di tirocinio. Weare e Nind hanno appurato che la tematizzazione della salute psichica nelle scuole attraverso misure specifiche consente di ottenere solo lievi cambiamenti sul piano statistico, ma questi piccoli cambiamenti riescono a produrre un grande miglioramento della situazione per i soggetti direttamente interessati [3.12]. Tuttavia, non è per niente facile comprovare questo genere di impatto perché spesso mancano indicatori e parametri facilmente accessibili, di cui dispongono invece le organizzazioni a scopo di lucro con i loro risultati finanziari [3.13].

Così come altri settori che mirano a ottenere un impatto sociale, anche la promozione della salute e la prevenzione si avvalgono dei cosiddetti modelli d'impatto [3.14-3.16]. Tali modelli forniscono la base teorica per la misurazione degli impatti e, al tempo stesso, consentono di dimostrare in che modo le diverse misure contribuiscono, singolarmente o collettivamente, al raggiungimento di un obiettivo in termini d'impatto sul lungo periodo. Il modello d'impatto può legittimare l'attuazione di singole misure o la combinazione di diverse misure oppure, altrettanto importante, la può delegittimare. Oltre a contribuire all'ulteriore sviluppo di misure esistenti nonché all'elaborazione di nuove misure, la rappresentazione degli impatti permette di individuare



Letture e approfondimenti sul tema della promozione della salute e della prevenzione

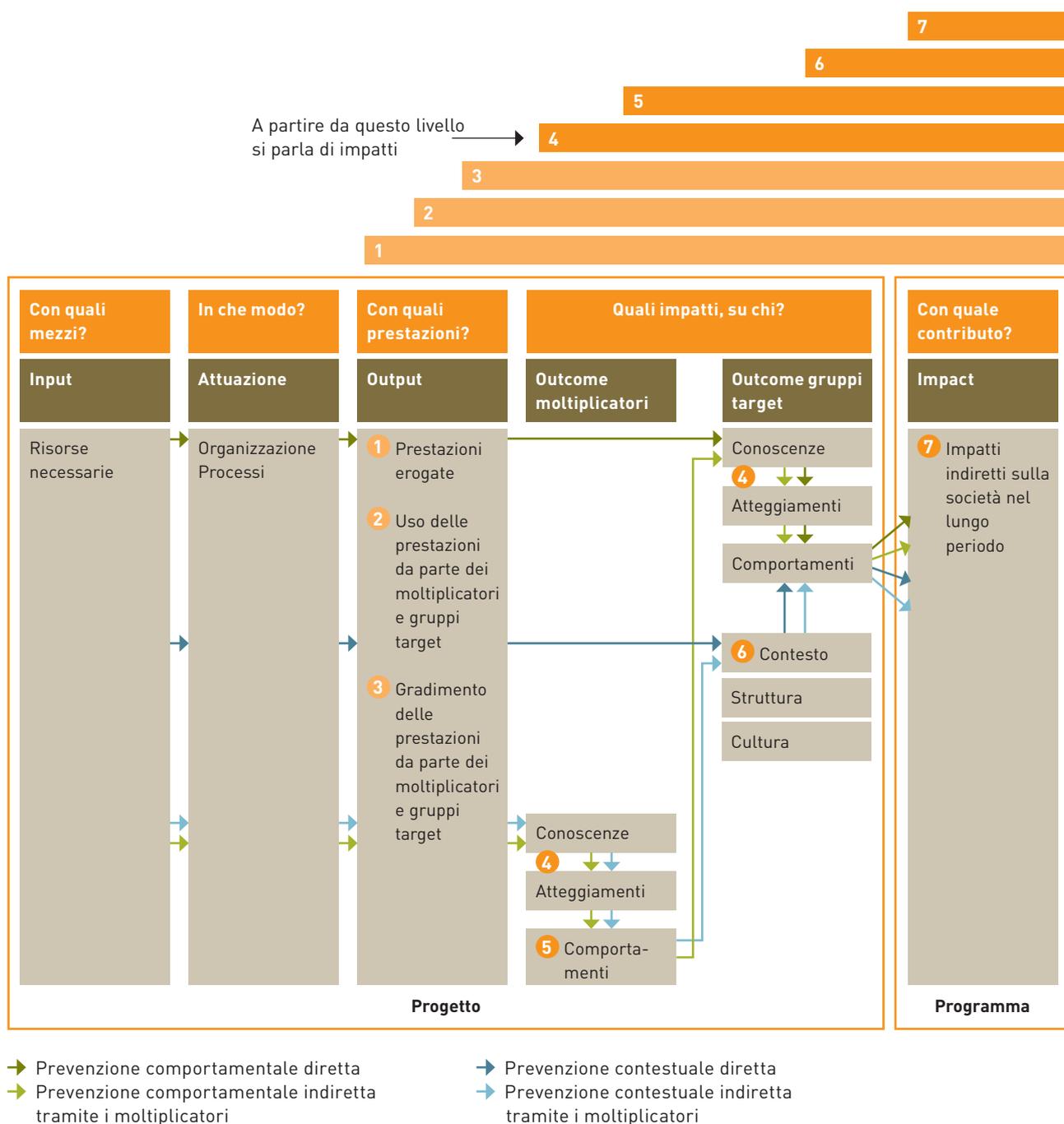
- Foglio di lavoro 60: [Applicazione di approcci comportamentali nelle misure statali](#) (in tedesco e francese)
- [Argomentario Promozione della salute e prevenzione delle malattie](#) (Foglio di lavoro 53, infografiche e video)
- Foglio di lavoro 48: [Partecipazione e promozione della salute](#)
- Opuscolo: [Sostegno finanziario per progetti di promozione della salute e prevenzione in Svizzera](#) (in tedesco e francese)

eventuali lacune nella catena d'impatto e di identificare le attività che hanno un orientamento poco preciso. Promozione Salute Svizzera ha iniziato molto presto ad affrontare la questione degli impatti pro-

dotti dai suoi programmi e dai progetti sostenuti, integrando il monitoraggio degli impatti nei programmi e progetti (figura 3.2).

FIGURA 3.2

Modello d'impatto per un progetto



Fonte: [3.19]



Nonostante la buona base teorica e la presenza di modelli d'impatto, la valutazione degli impatti non è un compito semplice. Come si possono misurare gli indicatori definiti e valutare gli impatti senza dover ricorrere a metodi complessi e all'occorrenza costosi? Una possibilità consiste nel prevedere la misurazione degli impatti fin dalle fasi preliminari di un progetto. Procedendo in tal modo si possono rilevare su base continuativa i dati di processo e altri dati necessari. Inoltre, ai fini della valutazione, ci si può anche avvalere dei dati di routine.

Il metodo del *goal attainment scaling*, sviluppato nell'ambito della psicologia clinica e impiegato in Svizzera nel campo della riabilitazione e della psichiatria, è stato adottato nel settore della promozione della salute, dove sono state maturate le prime esperienze [3.18]. Prima di realizzare una misura, questo metodo prevede di definire un obiettivo chiaro (risultato auspicato in termini di output o impact), diversi scenari per gli obiettivi (2 gradini più in alto o 2 gradini più in basso rispetto all'obiettivo auspicato) nonché degli indicatori per misurare il raggiungimento dell'obiettivo. Per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo si ricorre a una scala da 0 a 5, dove lo 0 rappresenta l'obiettivo auspicato [3.17]. Una particolarità di questo metodo è rappresentata dal coinvolgimento, in tutte le fasi, del gruppo target nonché degli addetti ai lavori [3.17].



Definizione 3.2

Modelli d'impatto per la misurazione dell'efficacia

Il modello d'impatto rappresenta la base per la valutazione e la misurazione degli impatti. Per determinare in modo affidabile se le singole misure hanno permesso di conseguire l'impatto desiderato, è necessario prima definire le misure e i percorsi che si vogliono attuare per ottenere tale risultato. Per la valutazione e la misurazione concreta si fa riferimento a obiettivi definiti in termini di impact, outcome e output [3.19-3.21].

Letture e approfondimenti sul tema della valutazione degli impatti

- Foglio di lavoro 46: [Valutazione d'impatto degli interventi](#)
- Foglio d'informazione 26: [Promozione della salute e prevenzione: analizzare l'efficacia delle misure](#)
- Foglio di lavoro 42: [Comprovare e ottimizzare gli impatti della promozione della salute](#) (in tedesco e francese)

3.3 Salute degli adolescenti e dei giovani adulti in Svizzera: la situazione attuale

Il compito di illustrare lo stato di salute degli adolescenti e dei giovani adulti in Svizzera è stato recentemente assunto dagli autori del [Rapporto nazionale sulla salute 2020](#) [3.22]. Il rapporto descrive in maniera esaustiva e particolareggiata le conoscenze disponibili nel 2019 in relazione alla salute di bambini, adolescenti e giovani adulti, seppur con la consapevolezza che anche un rapporto così recente presenta dati «obsoleti». È quindi fondamentale interrogarsi costantemente sulla salute degli adolescenti e dei giovani adulti: qual è il loro stato di salute oggi, come sarà domani?

Anche se raramente si assiste a un cambiamento repentino della salute di un'intera fascia d'età, la pandemia di coronavirus dimostra in che misura cambiamenti improvvisi nell'ambiente di vita degli adolescenti e dei giovani adulti possono avere importanti conseguenze sulla loro salute in tempi molto brevi.

Il rapporto nazionale sulla salute di bambini, adolescenti e giovani adulti, che fa riferimento ai dati **precedenti** l'anno 2020, ha dipinto tutto sommato un quadro positivo: la maggior parte degli adolescenti e dei giovani adulti era in salute e si sentiva bene [3.22]. Al momento del sondaggio la valutazione soggettiva del proprio benessere differiva secondo l'età, il sesso e la condizione sociale dei genitori. Secondo lo studio HBSC, che analizza ad intervalli regolari lo stato di salute di bambini e adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 15 anni, nel 2018 il 10,4% dei bambini di 11 anni ha dichiarato di sentirsi abbastanza bene, mentre l'1,1% ha affermato di non sentirsi bene [3.23]. Nell'ambito dell'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS), realizzata nel 2017, la maggior parte dei giovani di età compresa tra i 16 e i 25 anni ha dichiarato di

godere di una buona qualità della vita [3.24]. Nel 2022 non si può fare a meno di richiamare l'attenzione sul peggioramento dello stato di salute soggettivo legato alla situazione pandemica. Diversi studi e gruppi d'interesse hanno riscontrato, sia in Svizzera che all'estero, un notevole incremento in termini di preoccupazioni, timori e problemi di natura psichica tra bambini e adolescenti [3.25]. È tuttavia ancora troppo presto per valutare quali saranno le conseguenze a lungo termine della pandemia sulla salute e sul benessere dei giovani in Svizzera.



La promozione della salute durante la pandemia di coronavirus

- Foglio di lavoro 56: [Impatto della pandemia del coronavirus sulla promozione della salute](#)
- Foglio di lavoro 52: [Impatto della pandemia di coronavirus sui limiti e sulle risorse della popolazione in materia di salute](#)

I cambiamenti sociali tendono a ripercuotersi sulla salute con un tempo di latenza e in modo continuo. Possiamo citare a tal proposito l'epidemia di obesità, che a partire dal tardo 20° secolo preoccupa gli addetti ai lavori [3.26, 3.27]. In questo contesto si può osservare che gli interventi di promozione della salute spesso producono l'effetto desiderato – in questo caso la riduzione del sovrappeso – lentamente e con un certo ritardo.

Il Rapporto nazionale sulla salute del 2020 stima che circa un quinto dei bambini, adolescenti e giovani adulti ha una malattia cronica o un problema di salute cronico [3.22]. Il 16,7% dei giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni ha affermato di essere affetto da un problema di salute cronico [3.24]. Tra le patologie croniche figurano relativamente spesso le malattie delle vie respiratorie o altre patologie associate a un'ipersensibilità congenita (asma, dermatite atopica) (>5%). Anche i rischi cardiometabolici come l'obesità e l'ipertonia sono piuttosto frequenti (1-5%). Queste patologie sono riconducibili sia al contesto strutturale che al comportamento individuale. Il sovrappeso è molto più frequente rispetto all'obesità. In questo contesto sono incoraggianti i risultati del monitoraggio dell'indice di massa corporea (IMC), effettuato da alcuni servizi medici scolastici, che indicano un calo del sovrappeso e

dell'obesità nella prima infanzia e una stagnazione a un livello elevato in età adolescenziale [3.27]. Al grado primario (scuola dell'infanzia, prima elementare; 1-3 Harnos) l'8,7% dei bambini presenta un problema di sovrappeso, mentre il 3,7% è affetto da obesità, nel secondo ciclo della scuola elementare (dalla terza alla quinta, 5-7 Harnos) il 13,9% è sovrappeso mentre il 3,5% è obeso, mentre nel grado secondario (terza e quarta media, 10-11 Harnos) le quote si attestano al 16,6% per il sovrappeso e al 4,8% per l'obesità. Anche l'osservanza delle raccomandazioni relative all'attività fisica diminuisce in maniera considerevole con l'avanzare dell'età [3.28]. In particolare le adolescenti e le giovani donne fanno troppo poco movimento. Durante l'adolescenza e in giovane età adulta si assiste anche a un aumento dei comportamenti a rischio – come il consumo di sostanze stupefacenti, la mancanza di sonno oppure comportamenti a rischio nell'ambito dei trasporti e della sessualità – che hanno importanti ripercussioni sulla salute [3.29]. Nel 2018 il 6,4% dei ragazzi e il 5,3% delle ragazze tra gli 11 e i 15 anni fumava occasionalmente delle sigarette. Nella fascia d'età da 16 a 25 anni un giovane su tre fuma, la maggior parte quotidianamente. Diversi studi hanno appurato che un terzo dei giovani presenta sintomi di insonnia. Solo una minoranza segue la raccomandazione di consumare cinque porzioni di frutta o verdura al giorno. Ogni anno circa 200 giovani su 10000 (0-25 anni) si feriscono nel traffico stradale e molti di più sono gli infortuni registrati nell'ambito domestico, della pratica sportiva e del tempo libero. L'8,3% degli adolescenti e il 6,4% dei giovani adulti sessualmente attivi non si protegge da una gravidanza indesiderata e da malattie sessualmente trasmissibili.

Se le basi per l'adozione di un comportamento di salute consapevole si gettano durante l'infanzia, in età adolescenziale risulta essere cruciale l'acquisizione di competenze in materia di salute e rischio. Uno studio nazionale sulle competenze di salute, realizzato nel 2015, ha appurato che all'incirca la metà dei giovani di età compresa tra i 15 e i 25 anni disponeva di competenze di salute generali problematiche (47%) o insufficienti (1%) [3.30]. Da uno studio più recente che ha analizzato le competenze di salute in Svizzera è invece emerso che i partecipanti più giovani (18-39 anni) ritengono di possedere migliori competenze digitali nell'ambito della salute rispetto ai partecipanti più in là con gli anni [3.31].

Se si vuole descrivere lo stato di salute dei giovani in Svizzera e influenzarlo positivamente a lungo termine vale la pena analizzare la situazione attuale e anche gettare uno sguardo al futuro, tenendo conto dei cambiamenti sociali che possono incidere sulla salute e sul benessere.

3.4 Concetto di salute specifico per gruppo target

«La salute infantile è la misura in cui singoli bambini o gruppi di bambini sono in grado o sono messi nelle condizioni di (a) sviluppare e valorizzare il proprio potenziale, (b) soddisfare i propri bisogni nonché (c) sviluppare le capacità che consentono loro di interagire efficacemente con il proprio ambiente biologico, fisico e sociale.» [3.32]

Questa definizione della salute relativa all'infanzia e all'adolescenza, formulata dal National Research Council, Institute of Medicine (USA), fa riferimento alla definizione di salute sancita nella Carta di Ottawa [3.6], che considera la salute come una risorsa importante della vita quotidiana e la promozione della salute come un processo volto a conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale (cfr. 5.4). Durante l'infanzia e l'adolescenza la salute è molto più della semplice assenza di malattia. Il «dual continuum model», adottato nell'ambito della salute psichica, si può applicare anche alla salute fisica. Secondo tale modello, la salute e la malattia sono due condizioni distinte che coesistono con intensità diverse in momenti diversi [3.33, 3.34].

Il termine «sviluppo» assume una particolare importanza in questo concetto di salute. Un sano sviluppo fisico, mentale, intellettuale e sociale è, da un lato, l'obiettivo della promozione della salute e, al tempo stesso, è un fattore fondamentale per il suo successo. La promozione della salute non deve pertanto limitarsi ad adattare i temi e i contenuti allo stadio di sviluppo dei diversi gruppi target, bensì anche i metodi.

Anche nell'ambito della promozione delle competenze di salute degli adolescenti risulta essere fondamentale garantire un accesso commisurato all'età. Tse et al., ad esempio, hanno scoperto che l'uso di social media design multimodali per la promozione delle competenze di salute degli adolescenti può essere utile in quanto consente di migliorare sia le capacità di literacy che l'uso di formati multimodali per la trasmissione di informazioni [3.35].

L'età e lo stadio di sviluppo sono alla base del concetto di salute dei giovani anche nell'Unione Europea. Nell'ambito del progetto europeo «Child Health Indicators of Life and Development (CHILD)» [3.36], 15 Stati membri hanno elaborato alcuni «key topics» e una serie di indicatori della salute che analizzano i bisogni e gli indicatori specifici in termini di salute seguendo lo sviluppo e l'avanzare dell'età di bambini e adolescenti. Tra i «key topics» figurano, tra le altre cose, una politica favorevole alla salute, la salute psichica, il benessere, l'alimentazione e la crescita. Disporre di dati relativi alla salute e allo sviluppo dei bambini è fondamentale per la promozione della salute poiché permette di individuare le necessità d'intervento nonché di valutare il successo delle misure attuate. Anche la giovane età adulta, spesso definita con il termine «emerging adulthood» che sottolinea la natura dinamica di questa fase di vita, è caratterizzata da processi di sviluppo e transizioni che possono essere rilevanti per la salute [3.37].

Le «social and ecological theories» [3.38], applicate nel campo della promozione della salute, descrivono la presenza di un'interazione continua tra singoli individui o gruppi della popolazione e l'ambiente fisico, culturale, sociale e politico, sottolineando la componente dinamica del concetto di salute. Nonostante la crescente autonomia e responsabilità individuale, gli adolescenti e i giovani adulti spesso interagiscono con l'ambiente circostante non in maniera diretta, bensì indiretta, per il tramite di altre figure adulte. Una comprensione olistica della salute in questa



Definizione 3.3

Dual continuum model

Il «dual continuum model» fornisce una prospettiva moderna in relazione alla salute psichica e alle malattie psichiche. Secondo questo modello, salute e malattia sono due concetti distinti che coesistono. La salute psichica si esprime attraverso la presenza di sentimenti positivi e un buon funzionamento, mentre la malattia psichica è esattamente l'opposto. Il termine «flourishing» (fiorire), che indica un elevato grado di salute psichica, sottolinea l'effetto positivo della salute mentale sullo sviluppo infantile nonché il suo effetto protettivo in relazione alle malattie psichiche. (<https://cspm.csyw.qld.gov.au>)

fase di vita, oltre a considerare i genitori e altre figure di riferimento, deve contemplare anche i vicini di casa, il Comune e i sistemi sociali, politici ed educativi nei quali vive l'adolescente o il giovane adulto.

3.5 Obiettivi della promozione della salute nell'adolescenza e in giovane età adulta

Come accennato in precedenza (cfr. 3.1), la promozione della salute persegue un duplice obiettivo, ovvero creare condizioni quadro favorevoli alla salute e fornire alle persone i mezzi che consentono loro di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute [3.1, 3.33]. In quest'ultimo caso si usa spesso il termine empowerment. Da questi due obiettivi globali si possono ricavare alcuni obiettivi concreti per la promozione della salute nell'adolescenza:

- trasmettere conoscenze (cosa è sano, cosa fa bene alla mia salute?);
- acquisire competenze di vita (cfr. [definizione 3.4](#));
- rafforzare la partecipazione (alla vita sociale).



Definizione 3.4

Competenze di vita

Con il termine competenze di vita (*life skills*), l'Organizzazione mondiale della sanità OMS fa riferimento alle seguenti competenze fondamentali, che favoriscono la salute e il benessere delle persone giovani [3.40]:

- capacità di prendere decisioni e risolvere i problemi;
- pensiero creativo e pensiero critico;
- abilità comunicative e relazionali;
- consapevolezza di sé e empatia;
- capacità di gestire le proprie emozioni e lo stress.

Sia l'OMS che altre ONG attribuiscono una grande importanza alla trasmissione delle competenze di vita. Le competenze di vita, oltre a permettere ai giovani di affrontare meglio e/o evitare i problemi, consentono loro di trasformare conoscenze, opinioni e valori in abilità concrete (cosa devo fare e come posso farlo), diventando così sempre più responsabili nei confronti della propria salute. L'adolescenza è una fase di vita importante in questo senso. A quest'età l'ambiente di vita primario si discosta in misura crescente dal con-

testo familiare. In questa fase di vita gli adolescenti e i giovani adulti apprendono e sperimentano comportamenti che, oltre a condizionare la loro vita futura in generale, rappresentano una base importante per la loro salute durante il resto della vita [3.41]. Rientrano in questa categoria, tra le altre cose, gli atteggiamenti e i comportamenti legati alla salute nonché l'adozione (in)consapevole di decisioni che hanno un impatto sulla salute [3.42].

Parallelamente, la promozione della salute punta anche alla creazione di condizioni quadro favorevoli alla salute. L'importanza di questo approccio strutturale per il raggiungimento degli obiettivi è stata sottolineata in occasione della nona Conferenza internazionale per la promozione della salute, svoltasi a Shanghai nel 2016, che ha chiamato in causa la politica e la società [3.43]. Prendendo spunto dagli obiettivi di sviluppo sostenibile definiti dalle Nazioni Unite nel contesto dell'Agenda 2030, in occasione della conferenza di Shanghai sono stati definiti i tre pilastri prioritari della promozione della salute, ovvero:

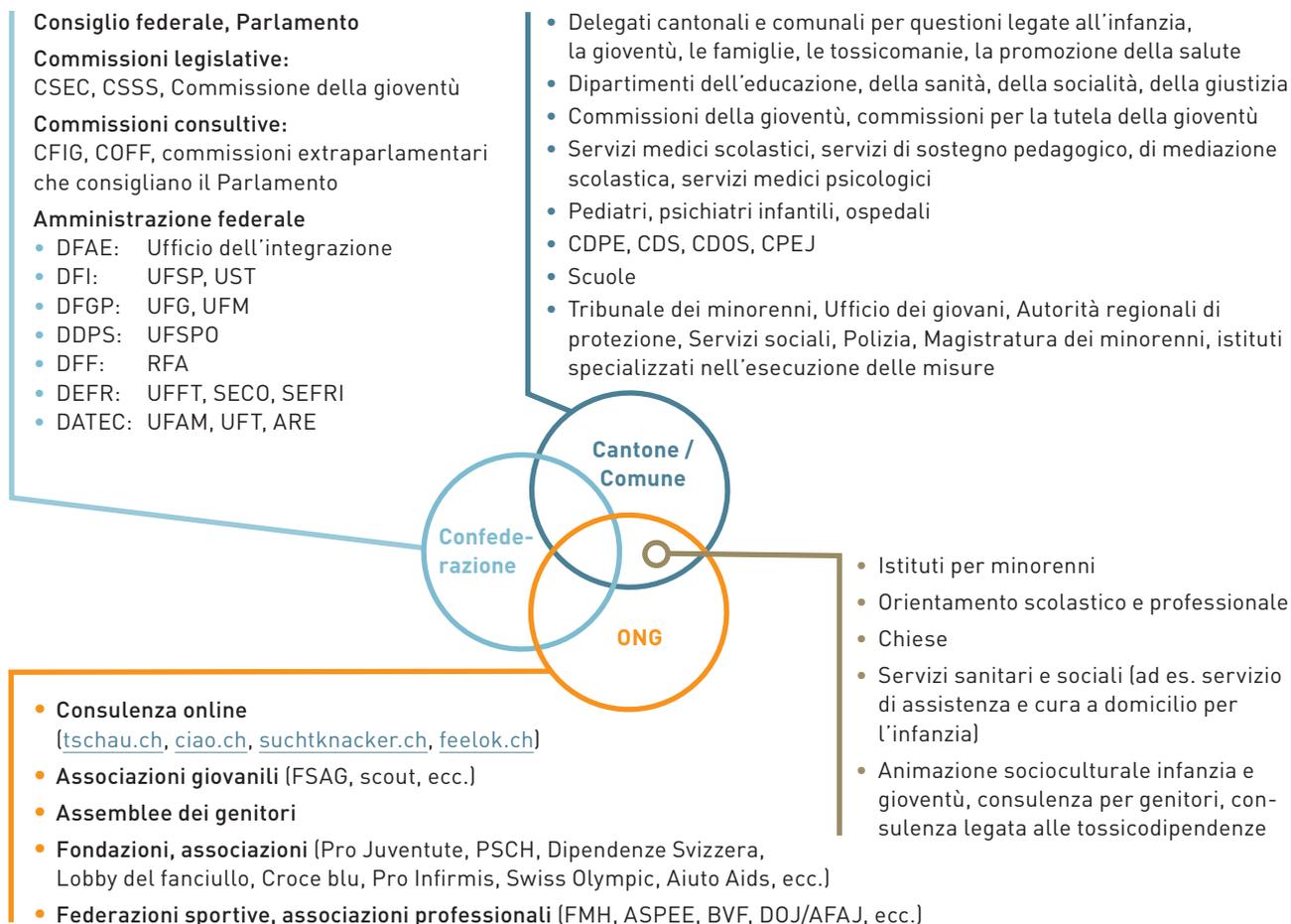
- città sane (*healthy cities*)
- buon governo (*good governance*)
- competenze di salute (*health literacy*)

3.6 Setting e attori

La promozione della salute si basa sull'apprendimento sociale e cognitivo [3.38]. L'apprendimento sociale è fondamentale per gli adolescenti e i giovani adulti. Sebbene in questa fase di vita l'apprendimento sociale avvenga ancora nel contesto familiare, con l'avanzare dell'età diventano vieppiù importanti i setting esterni alla famiglia come la scuola, la formazione, lo spazio pubblico o le attività strutturate del tempo libero (gruppi sportivi, coro, ecc.). In questi setting, che forniscono diversi spunti per la promozione della salute (cfr. 3.7) è impegnata una grande varietà di attori.

Un gran numero di attori, impegnati in diversi settori, è responsabile, nell'ambito di una responsabilità intersectoriale, per la salute dei bambini, degli adolescenti e dei giovani adulti. La [figura 3.3](#) illustra come, a livello nazionale, siano sostanzialmente coinvolti tutti i settori dell'amministrazione federale, dalla sanità all'istruzione, dal diritto all'ambiente, ai trasporti. A livello cantonale e comunale, le responsabilità per il benessere dei bambini si possono attribuire a organismi esecutivi e ruoli concreti. Anche a questo livello, il tema della salute si estende ben oltre i

FIGURA 3.3

Attori coinvolti nel settore della salute durante l'infanzia e l'adolescenza

Fonte: adattato da [3.44]

settori classici legati alla sanità e riguarda, tra gli altri, la pianificazione urbana, il settore dell'istruzione e la polizia. Il terzo livello è quello delle numerose ONG e organizzazioni private che si impegnano a favore degli adolescenti e dei giovani adulti, dando loro una voce e creando offerte mirate.

3.7 Sfide, potenziali e approcci della promozione della salute nell'adolescenza e in giovane età adulta

In un'accezione positiva del termine, dietro ogni sfida si cela sempre un'opportunità. In questo contesto, ad esempio, le sfide offrono degli spunti che consentono di ottenere un migliore accesso a un gruppo target, migliorare i metodi e ripartire meglio

le risorse. Le seguenti sfide che si presentano in età adolescenziale e in giovane età adulta sono importanti aree d'intervento:

- **Aumento dei problemi legati alla salute psichica** [3.45]

Ben una persona su cinque è interessata da una crisi psichica o una malattia psichica nei primi 25 anni di vita. A seguito della pandemia di coronavirus vi è stato un aumento, almeno temporaneo, della prevalenza. Per contrastare questo aumento occorre rafforzare la resilienza e i meccanismi di coping di bambini e adolescenti nei contesti di vita famiglia, scuola e tempo libero.

- **Insufficienti competenze di salute** [3.31]

Disporre di elevate competenze di salute è un importante fattore protettivo e pone gli individui nelle condizioni di prendere delle decisioni ponderate

per la propria salute nel corso dell'intera vita. Oltre alla comprensione di testi, le competenze di salute comprendono le competenze medial, scientifiche e digitali. In assenza delle necessarie competenze di salute si crea lo spazio per falsi miti relativi alla salute, che risultano essere formativi in questa fase di vita e che perdurano fino in età adulta avanzata.

• **Uso dei media e dipendenza dai media in aumento** [3.46, 3.47]

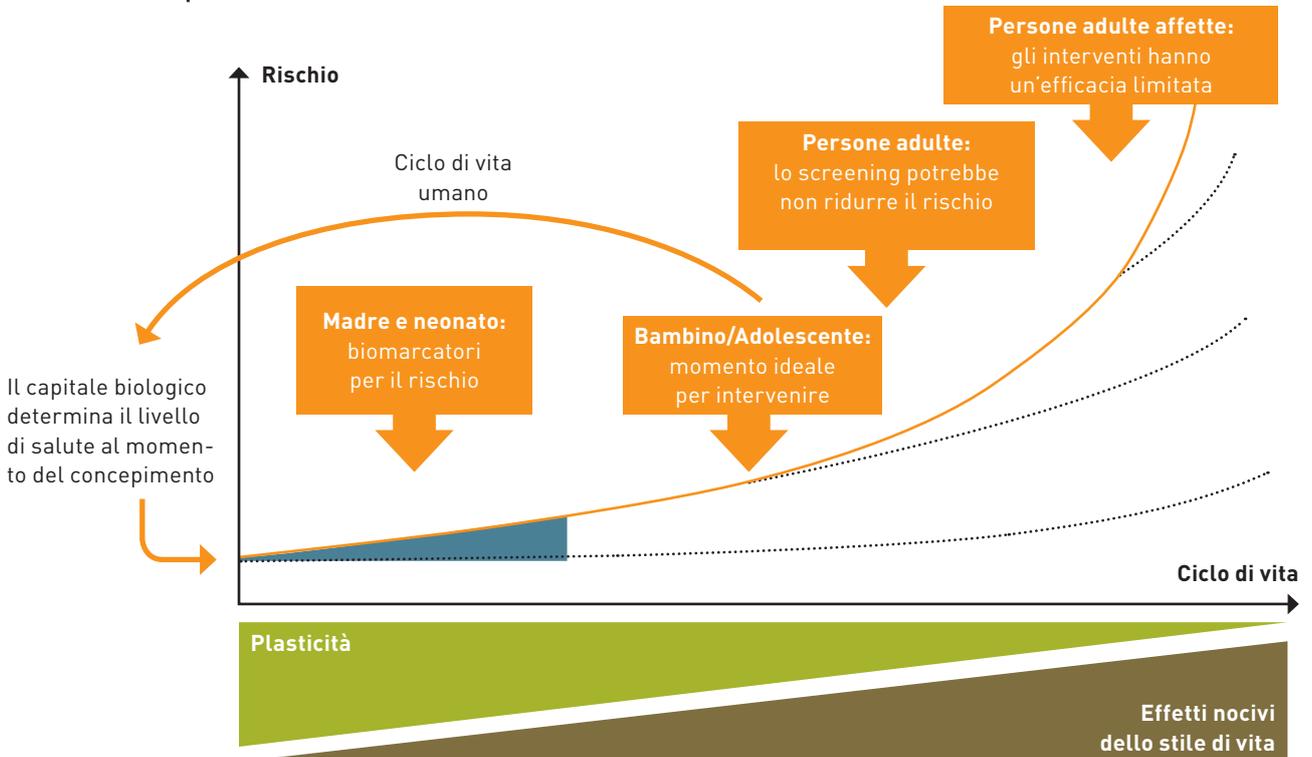
Gli adolescenti e i giovani adulti sono spesso connessi al mondo dei social media. L'uso problematico dei media è un fenomeno in crescita e gli adolescenti, in particolare, sono fortemente influenzati dai contenuti dei social media. Influencer, ma anche aziende, si rivolgono in modo mirato al pubblico degli adolescenti e dei giovani adulti con le loro campagne di marketing. Per questo è importante che la promozione della salute intervenga anche in questo ambiente di vita dei giovani, al fine di rafforzare le loro competenze medial.

Oltre alle sfide succitate, nella fase di vita compresa tra i 15 e i 25 anni vi sono enormi potenziali ai quali la promozione della salute può attingere.

• Un'adolescenza sana e uno sviluppo sano hanno effetti duraturi che si ripercuotono sulla salute in età adulta [3.48]. La prospettiva dell'arco di vita (life-span perspective) riferita alla salute e alla malattia sottolinea l'importanza e le potenzialità di un'adolescenza sana per il resto della propria vita. Dalla nascita fino al raggiungimento della prima età adulta, l'essere umano attraversa diversi stadi di sviluppo fisici, psicologici, sociali e intellettuali, facendo prova di un'elevata plasticità [3.49]. La fase di vita dell'adolescenza viene spesso contemplata da una prospettiva del rischio ed è considerata uno stadio caratterizzato da un'accresciuta vulnerabilità («window of increased vulnerability»). Fortunatamente, tuttavia, solo una minoranza degli adolescenti è «vulnerabile». L'adolescenza rappresenta piuttosto una «window of opportunities», una finestra delle opportunità,

FIGURA 3.4

Periodi sensibili per interventi



Fonte: [3.50]



o un periodo sensibile, ovvero una fase nella quale si possono rafforzare la resilienza e i comportamenti favorevoli alla salute e frenare quelli nocivi.

- Investire nella salute e in condizioni quadro favorevoli alla salute per i giovani conviene sul piano economico e sociale [3.51]. Gli adolescenti si trasformano molto presto in «consumatori» e in quanto tali sono suscettibili alla pubblicità o ai messaggi del marketing [3.52], ma al tempo stesso sono anche sensibili ai messaggi della promozione della salute e della prevenzione. Anche se la qualità dei dati disponibili varia in base al comportamento di salute esaminato, alcuni studi indicano che vi è un buon rapporto costi-benefici nel settore dell'alimentazione e dell'obesità [3.52] come pure nel campo delle dipendenze [3.53, 3.54]. Nei paesi occidentali si presume che i costi sociali del sovrappeso siano più elevati dei costi sociali legati al fumo [3.52, 3.55]. Inoltre è stato dimostrato che il rischio di sviluppare il sovrappeso è considerevolmente più elevato nei gruppi della popolazione economicamente più deboli rispetto alla popolazione benestante [3.52]. A causa degli elevati costi sociali provocati dal sovrappeso, si presume che il «return on investment» (ROI) delle misure messe in atto per contrastare questo problema sia equivalente a quello delle misure adottate per la prevenzione del tabagismo (ROI = 41) [3.51].

Return on Investment (ROI) – un parametro di valutazione economico

Una forma di valutazione utilizzata nel campo dell'economia aziendale è il cosiddetto ROI, che misura l'effetto monetario di un investimento. Il ROI calcola la differenza tra i costi prima e dopo l'investimento, confrontandoli con i costi dell'investimento stesso. Un ROI positivo indica che un investimento permette di risparmiare a lungo termine. Un limite di questo sistema di valutazione è che di solito è difficile rilevare in maniera completa altri fattori d'influenza, non riconducibili all'investimento stesso (ad es. una misura di promozione della salute). In Svizzera sono disponibili calcoli del ROI solo per i seguenti temi: infortuni della circolazione (ROI = 9,4), alcol (ROI = 23), tabagismo (ROI = 41) [3.51]. Questi valori indicano chiaramente qual è il potenziale di risparmio offerto dalla promozione della salute e della prevenzione.

$$\text{ROI} = (\text{costi attuali} - \text{costi dopo l'investimento}) / \text{costi d'investimento}$$

Prima si promuove la salute e si impedisce l'insorgere di comportamenti a rischio o di malattie, più a lungo ne beneficiano i singoli individui e la società tutta. Mentre durante l'infanzia i principali ambienti di vita sono la famiglia e la scuola (dell'infanzia), la crescente autonomia degli adolescenti si manifesta anche attraverso la scoperta di nuovi ambienti di vita. Secondo l'approccio per setting, sia gli ambienti di vita esistenti che i nuovi ambienti di vita offrono diversi potenziali per la promozione della salute.

Potenziali nell'ambiente di vita «spazio pubblico»

Gli adolescenti usano lo spazio pubblico nell'ambito del loro tempo libero. Uno dei motivi principali che spinge i giovani svizzeri ad usare gli spazi pubblici, oltre agli aspetti pratici come la raggiungibilità e il costo ridotto, consiste nel libero accesso [3.56]. Per questi motivi lo spazio pubblico viene usato anche nell'ambito dell'«animazione socioculturale per l'infanzia e la gioventù». Lo spazio pubblico rappresenta uno spazio di apprendimento, nel quale i giovani possono acquisire delle competenze di vita che «sono una premessa fondamentale per una partecipazione attiva alla vita sociale» [3.56].

Alcuni spazi pubblici di cui si possono avvalere i giovani nella nostra società sono le biblioteche (che risultano tuttavia essere poco attraenti a quest'età), i centri giovanili, le associazioni, i parchi e gli impianti sportivi. Anche se spesso i ragazzi tendono a cercare luoghi non espressamente dedicati a loro o non controllati [3.56], il successo del progetto «MidnightSports» mette in luce anche la necessità di offrire occasioni di incontro strutturate.



MidnightSports

MidnightSports è un'offerta destinata a tutti i giovani di età compresa tra i 12 e i 17 anni – indipendentemente dal genere, dalla condizione sociale e dall'origine. «MidnightSports» rivolge un'attenzione particolare ai gruppi socialmente svantaggiati, che sono generalmente più difficili da raggiungere con le attività di prevenzione. Durante l'anno scolastico, ogni sabato sera, in tutta la Svizzera si aprono le porte delle palestre, per offrire ai giovani un luogo dove incontrarsi, divertirsi e sfogarsi grazie a giochi e attività sportive. Un team di giovani coach e responsabili adulti si occupano dell'organizzazione e dello svolgimento delle serate «MidnightSports». Oltre a stimolare tutti i partecipanti a praticare attività fisica, questo progetto rafforza anche la resilienza dei giovani collaboratori.

Le misure strutturali attuate nello spazio pubblico mirano spesso a creare o modificare delle condizioni quadro al fine di migliorare l'ordine e la sicurezza, ma possono anche influenzare il comportamento degli adolescenti nell'ottica della promozione della salute o prevenzione delle malattie. L'attuazione di misure di questo genere è generalmente conveniente in termini economici e presenta quindi un ottimo rapporto costi-benefici.

La riorganizzazione di aree e spazi pubblici permette di ottenere ottimi risultati:

- aree verdi e campi sportivi di vario genere nei quartieri favoriscono l'esercizio fisico [3.57];
- spazi di incontro pubblici offrono ai giovani la possibilità di acquisire competenze sociali e sperimentare il sostegno sociale [3.56];
- la creazione di percorsi sicuri riduce il rischio di incidenti [3.58];

- l'offerta e l'accessibilità di cibi sani influenzano il comportamento alimentare [3.52];
- la riduzione delle emissioni atmosferiche e foniche favorisce la salute respiratoria e cardiovascolare [3.59].

Gli esempi menzionati, oltre a ridurre il rischio di contrarre malattie durante l'adolescenza e in giovane età adulta, contribuiscono a contrastare le disparità sociali in relazione alle opportunità di salute e al carico di malattia.

Nella sua accezione più ampia, il concetto di spazio pubblico può includere anche la società e le condizioni quadro sociali. Le misure adottate a questo livello possono riguardare in modo specifico il gruppo target degli adolescenti (prevenzione selettiva o promozione della salute) oppure essere indirizzate alla società nel suo complesso (prevenzione universale o promozione della salute). Alcuni esempi di misure selettive sono il divieto di pubblicizzare determinati prodotti in luoghi frequentati dagli adolescenti, l'integrazione di temi legati alla salute psichica nel programma scolastico obbligatorio o l'attuazione di misure di attività fisica e alimentazione nelle scuole.

Alcuni esempi di misure universali sono la riduzione di sale e zucchero negli alimenti o la cura dei denti nelle scuole [3.60]. L'esempio dell'obesità dimostra quanto possono essere efficaci le modifiche sociali apportate nell'ambiente. È stato comprovato che il contesto legato all'alimentazione, che comprende l'offerta, i prezzi e la pubblicità per alimenti (sani e meno sani), è correlato alla prevalenza del sovrappeso e dell'obesità [3.52].

Le associazioni offrono agli adolescenti e ai giovani adulti un contesto strutturato e organizzato per il tempo libero. Le offerte strutturali, oltre a garantire la sicurezza, si contraddistinguono per l'elevata affidabilità. Inoltre, nelle associazioni giovanili gli adolescenti entrano spesso in contatto con ragazzi più grandi di loro oppure giovani adulti che possono diventare importanti figure di riferimento. I messaggi di promozione della salute e prevenzione veicolati da queste figure di riferimento godono di un'elevata credibilità presso i più giovani [3.61]. Per questo motivo sono in aumento gli sforzi volti a implementare misure di promozione della salute e di prevenzione nel contesto delle organizzazioni e associazioni giovanili, dove si sono rivelate particolarmente efficaci le misure di natura strutturale (ad es. [Cool and Clean](#)).

Gli adolescenti e i giovani adulti (così come gli adulti) hanno anche bisogno di potersi rivolgere a qualcuno che possa aiutarli in caso di problemi, difficoltà o preoccupazioni. Per queste fasce d'età e in questo contesto sta acquisendo una crescente importanza la piattaforma di comunicazione internet [3.62]. In linea di massima i servizi di consulenza e sostegno destinati ai giovani devono essere facilmente accessibili e a bassa soglia. Queste offerte contribuiscono a ridurre il rischio di sviluppare patologie gravi, in particolare in presenza di una situazione di disagio psichico. Lo spazio pubblico è un contesto importante per la promozione della salute perché consente di offrire un accesso a bassa soglia alla promozione della salute, favorendo le pari opportunità.

Potenziali nell'ambiente di vita «famiglia»

Anche se l'influenza dell'ambiente di vita della famiglia diminuisce con l'avanzare dell'età, la famiglia continua ad avere un'importante influenza sugli adolescenti in termini di promozione della salute o prevenzione delle malattie. Le regole imposte dai genitori e il comportamento da loro adottato continuano a influenzare il comportamento degli adolescenti e dei giovani adulti e lo plasmano a lungo termine. I genitori possono influenzare il comportamento dei propri figli ad esempio applicando regole per l'utilizzo del telefonino, definendo l'orario di rientro dopo le uscite serali, ma anche dando l'esempio nell'ambito dell'alimentazione, del movimento o della cura consapevole della propria salute psichica. I genitori sono moltiplicatori estremamente importanti per la promozione della salute e la prevenzione, ma non sono sempre facilmente raggiungibili. La pubertà dei figli rappresenta un momento in cui molti genitori cercano consigli e sostegno ed è quindi un buon periodo per entrare in contatto con loro. Alla luce dell'elevata accettazione sociale nei confronti della pubertà e dei numerosi quesiti che accompagnano questa fase di vita, molti genitori sono aperti alle offerte di consulenza e agli eventi specifici o contattano dei professionisti. Un numero crescente di genitori consulta internet per cercare informazioni (cfr. riquadro), consigli nonché per condividere la propria esperienza con altre persone. Le misure di promozione della salute possono quindi anche consistere nel rafforzare le capacità dei genitori di usare i media digitali per usufruire delle offerte disponibili.

La presenza di buone relazioni tra genitori e figli adolescenti nonché l'informazione dei genitori sono importanti fattori protettivi. I genitori sono destinatari della promozione della salute anche nell'adolescenza e in giovane età adulta.



Sito web dedicato ai genitori e newsletter di Dipendenze Svizzera

Dipendenze Svizzera si impegna da molti anni a rafforzare i genitori nel loro ruolo di educatori. Il sito web come pure la [newsletter destinata ai genitori](#) affrontano diversi argomenti relativi alle dipendenze o all'educazione. È disponibile un'ampia gamma di materiali informativi per i genitori. La newsletter per i genitori viene pubblicata due o tre volte all'anno (in tedesco e francese).

Potenziali nell'ambiente di vita «scuola e formazione»

La scuola e il luogo di formazione sono contesti ambivalenti per gli adolescenti e i giovani adulti perché presentano sia fattori di protezione che di rischio. Considerato che i giovani trascorrono molto tempo a scuola, nelle scuole superiori o sul luogo di formazione, è importante che l'ambiente in questi contesti sia favorevole alla salute.



Scuola sana

Secondo l'OMS una scuola sana tiene in debita considerazione i seguenti aspetti [3.40]:

- l'ambiente fisico (l'edificio scolastico e le aule);
- l'offerta alimentare;
- il contesto psicosociale (cultura scolastica, atteggiamenti e convinzioni di allievi e insegnanti);
- le condizioni sociali e psichiche che incidono sull'istruzione e sulla salute.

La [rete delle scuole 21](#) mette in relazione la promozione della salute con lo sviluppo della qualità nelle «scuole sane», creando così le condizioni quadro e i

contenuti ideali per rendere la scuola un luogo di vita, di apprendimento e di lavoro sano. È fondamentale tenere presente che la scuola è importante tanto per lo sviluppo sociale quanto per quello intellettuale. A scuola i giovani sviluppano molteplici competenze di grande importanza per la loro vita futura. Si va dalla matematica alle competenze alimentari nell'ambito del corso di economia domestica, dall'apprendimento di nuove discipline sportive all'apprendimento di competenze per imparare a gestire i conflitti o presentare una candidatura. Gran parte degli scambi sociali con i propri coetanei avviene a scuola. I giovani possono anche trovare nel docente un'altra persona di fiducia adulta al di fuori del contesto familiare. Bisogna però ricordare che a scuola si possono presentare anche molti fattori di stress (aspettative di prestazione, stress scolastico, pressioni da parte dei compagni, ecc.) [3.63]. La rete delle [scuole universitarie sane](#) in passato si concentrava principalmente sui collaboratori e su attività generali di promozione della salute, ma alla luce dell'incremento di situazioni di disagio psichico tra gli studenti durante la pandemia di coronavirus e delle attività proposte dalle assemblee studentesche ha dovuto cambiare approccio. Molti aspetti delle «scuole sane» si possono applicare anche al luogo di formazione. Mentre la legislazione in materia di lavoro definisce il quadro generale per la formazione professionale, il contratto di tirocinio può definire ulteriori regole in relazione ai comportamenti e alle aspettative.



Definizione 3.5

Peer education

L'educazione tra pari (dall'inglese «peer education») nel settore della salute indica l'insegnamento o la trasmissione di informazioni relative alla salute e ai comportamenti di salute da parte di persone simili per età o status. L'approccio dell'educazione tra pari si applica spesso nei setting scuola e azienda o posto di lavoro, nei centri giovanili come pure nel tempo libero strutturato e non [3.61] (cfr. riquadro [Midnight-Sports](#)).

La promozione della salute e la prevenzione si possono attuare in molteplici forme nel contesto scolastico e formativo. Oltre a modificare i fattori ambientali, è importante che la scuola trasmetta contenuti di promozione della salute. Siccome alcuni adolescenti e giovani adulti hanno già iniziato ad adottare comportamenti a rischio (fumo, abuso di alcolici, inattività fisica, ecc.), la promozione della salute e la prevenzione non devono mirare solo a promuovere i comportamenti sani, bensì anche a ridurre o prevenire i comportamenti a rischio. In questo contesto si è rivelata particolarmente efficace l'educazione tra pari [3.61]. È stato inoltre dimostrato che le misure perseguite per un periodo prolungato risultano essere più efficaci, mentre gli interventi puntuali in classe, che non prevedono un approfondimento, sono perlopiù inefficaci [3.64, 3.65]. Conviene quindi integrare i contenuti di promozione della salute nelle lezioni ordinarie. Nella loro revisione sistematica, Weare e Nind sottolineano che è più efficace integrare i contenuti relativi alla promozione della salute nel programma scolastico piuttosto che trattare questi temi in contenitori separati [3.12].

Il [Piano di studio 21](#) si è posto l'obiettivo di promuovere, oltre alle competenze tecniche, anche alcune competenze trasversali, come le competenze di vita, tra le quali figurano le competenze sociali nonché le competenze in materia di salute e di rischio. Questo consente ai docenti di integrare in maniera continuativa il miglioramento delle competenze di vita nel programma scolastico, sotto forma di contenuti didattici o obiettivo di apprendimento (cfr. definizione 3.4) e permette agli studenti di imparare a gestire meglio i fattori di stress che incontrano sia in ambito scolastico che extrascolastico.

L'ambiente di vita scuola e formazione garantisce un'elevata accessibilità al gruppo target degli adolescenti e giovani adulti, favorendo così le pari opportunità. Insegnanti e pari possono veicolare i contenuti tesi a promuovere la salute e a rafforzare le competenze in un clima di «apprendimento condiviso», contribuendo così alla loro accettazione e diffusione.



Excursus

Adolescenti e peso corporeo sano – la situazione richiede un intervento. Ma cosa si può fare?

- **Dominik Steiger**, EvaluateScience

Situazione di partenza

Le prevalenze del sovrappeso e dell'obesità in età adolescenziale si situano a livelli elevati da diversi anni ormai, sia in Svizzera che a livello internazionale. Secondo il monitoraggio dell'indice di massa corporea (IMC), effettuato in diverse città svizzere, è stato raggiunto un picco nell'anno scolastico 2018/19 (cfr. [figure 3.5](#) a [3.8](#)). Alla luce di questa situazione si è reso necessario consultare degli esperti in materia.

Cosa è stato fatto?

Sono stati consultati cinque professionisti¹, i quali dopo aver esaminato la situazione e valutato l'efficacia degli interventi esistenti hanno discusso in merito a come si possono eventualmente rafforzare le misure in atto.

Principali risultati

Negli ultimi 15 anni è stato osservato un calo delle prevalenze nei gradi scolastici inferiori, mentre a livello di scuola media le prevalenze rimangono a livelli elevati o tendono persino ad aumentare. È quindi tuttora necessario intervenire in questo contesto. Ma cosa si può fare?

Le fasi di sviluppo precedenti influiscono in maniera determinante sullo sviluppo ponderale in età adolescenziale. Al tempo stesso la pubertà rappresenta un momento di svolta sul piano dello sviluppo psicofisico e di conseguenza è necessario adeguare anche le strategie d'intervento. Gli interventi in età precoce (i cui risultati sono riscontrabili nel miglioramento della situazione nei gradi scolastici inferiori) continuano ad essere importanti. Anche gli interventi in età adolescen-

ziale sono importanti, ma sono più impegnativi. A causa della crescente autonomia e della maggiore frammentazione degli ambienti di vita (sottogruppi culturali, minore influenza delle istanze di riferimento come genitori e scuola, maggiore influenza del gruppo di pari) risulta infatti più difficile raggiungere i giovani. In questo contesto è importante garantire una partecipazione autentica (co-progettazione) e promuovere il senso di autoefficacia. Gli interventi destinati agli adolescenti devono tenere conto di questi aspetti perché la loro efficacia dipende dalla misura in cui riescono a raggiungere i gruppi vulnerabili, un compito arduo.

Conclusioni e raccomandazioni

- Ciò che avviene prima della pubertà è fondamentale – la prevenzione nella prima infanzia e nell'infanzia è una questione della massima importanza.
- La condizione socioeconomica e socioculturale ha un peso considerevole e deve essere tenuta in debita considerazione nella selezione dei gruppi target e nello sviluppo degli interventi.
- Durante l'adolescenza risulta sempre più difficile avvicinare i ragazzi. Quelli che maggiormente avrebbero bisogno di un sostegno sono spesso i più difficili da raggiungere. In questo contesto possono rivelarsi efficaci gli interventi che integrano aspetti legati alla «community», puntano a creare strutture favorevoli al movimento e si focalizzano sui gruppi target più vulnerabili. Nelle scuole professionali e nell'ambito del tirocinio vi è un'elevata necessità di intervento, caratterizzata però da diverse sfide come il setting scolastico pressoché saturo. In alternativa si potrebbe tentare di avvicinare i ragazzi tramite la «community» o le aziende.

¹ Sono stati consultati i seguenti esperti: Prof. Dott. Dagmar L'Allemand, caposervizio dell'unità di endocrinologia e diabetologia pediatrica dell'Ostschweizer Kinderspital; Prof. Dott. Christine Joisten, istituto per le scienze motorie e le neuroscienze della scuola universitaria tedesca dello sport (Deutsche Sporthochschule Köln); Dott. Robert Sempach, fino al 2021 responsabile degli affari sociali presso la Federazione delle cooperative Migros, attualmente capoprogetto della rete Caring Communities; Dott. Hanspeter Stamm, partner della società di ricerca e consulenza Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG; Dott. Eva Würfel, vicedirettrice e medico scolastico, servizio di medicina scolastica di Basilea Città.

- Il riconoscimento precoce è fondamentale in relazione alla problematica del sovrappeso; è importante riconoscere tempestivamente la tendenza a sviluppare il sovrappeso. Un grande problema in questo contesto è la mancanza di percorsi di terapia e intervento: i pediatri riconoscono il problema, ma mancano i processi che consentono l'adozione di misure successive. In questo contesto vale la pena prevedere un maggiore coordinamento con gli sforzi intrapresi nel settore d'intervento «prevenzione nell'ambito delle cure (PADC)», ad esempio con il progetto «[Starke Familie](#)».
- È opportuno sviluppare strategie di intervento in collaborazione con altri ambiti d'intervento (prevenzione nell'ambito delle cure, gestione della salute in azienda) e adottare una strategia mirata nei confronti dei gruppi vulnerabili.

FIGURA 3.5

Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme, anno scolastico 2017/18, n = 13 916)¹

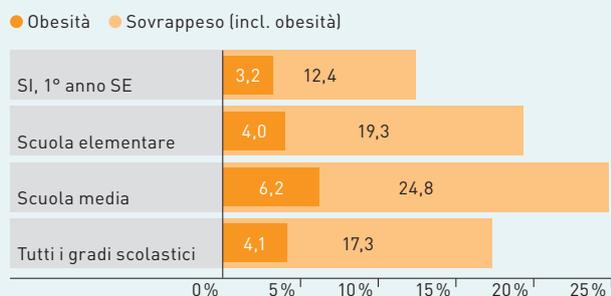


FIGURA 3.6

Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme, anno scolastico 2018/19, n = 14 531)¹

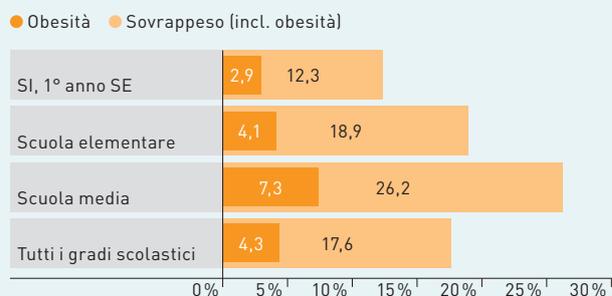


FIGURA 3.7

Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme, anno scolastico 2019/20, n = 14 197)¹

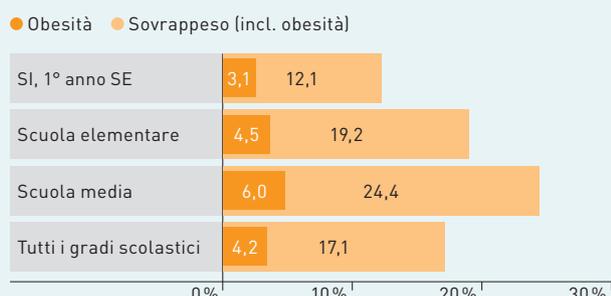


FIGURA 3.8

Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico (Basilea, Berna, Zurigo, insieme), confronto temporale tra quattro periodi^{*}



¹ Nota bene: in tutti questi grafici la categoria «sovrappeso» comprende sempre anche i bambini e adolescenti obesi. Le differenze tra i diversi gradi scolastici sono statisticamente significative, sia per il sovrappeso che per l'obesità, con p < .05.

* I primi tre periodi hanno una durata di 4 anni, mentre l'ultimo periodo in esame si estende solo sull'arco di 3 anni.



Excursus

Monitoraggio dell'IMC in relazione alla pandemia di coronavirus

- **Hanspeter Stamm**, Lamprecht & Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zurigo

Dall'analisi del monitoraggio dell'IMC [3.69] si evince che nell'anno scolastico 2020/21 la prevalenza totale del sovrappeso e dell'obesità, pari al 17,4%, era solo di poco superiore al valore registrato nell'anno precedente, ovvero il 17,1% (figura 3.9). A prima vista i risultati non indicano la presenza di un «effetto coronavirus»: sembrerebbe che il lockdown, le chiusure delle scuole nella primavera del 2020 e le restrizioni relative alle attività sportive e fisiche durante la pandemia di Covid-19 non abbiano finora prodotto un aumento della prevalenza del sovrappeso. Un'ulteriore analisi mette tuttavia in luce un «effetto coronavirus» temporaneo: è stato osservato un incremento considerevole della quota di bambini e adolescenti sovrappeso e soprattutto obesi proprio in quelle scuole dove i servizi medici scolastici hanno eseguito i controlli poco dopo le vacanze estive del 2020 e quindi a poca distanza dal lockdown, mentre non è stato osservato un incremento analogo nelle scuole dove i controlli sono stati effettuati in un momento successivo. A prescindere da questo dato, è significativo l'aumento della quota di bambini obesi registrata subito dopo il lockdown. Parrebbe che le misure adottate per contrastare la pandemia di coronavirus abbiano avuto forti ripercussioni sui bambini che già presentavano un problema di sovrappeso.

FIGURA 3.9

Percentuale di bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e obesità secondo il grado scolastico, dal 2018/19 fino al 2020/21 (Basilea, Berna e Zurigo, insieme)



Numero di casi in esame: anno scolastico 2018/19: n = 14 531; anno scolastico 2019/20: n = 14 197; anno scolastico 2020/21: n = 12 843. Anno scolastico 2020/21 senza il primo ciclo SE a Basilea.

Le differenze tra i diversi gradi scolastici sono statisticamente significative nei tre anni scolastici in esame, con $p < .05$. Si osservano differenze significative in relazione all'obesità a livello di scuola media tra gli anni scolastici 2018/19 e 2019/20 e per tutti i gradi scolastici per gli anni scolastici 2019/20 e 2020/21. Le altre differenze osservate non sono significative.

Ulteriori informazioni sul monitoraggio dell'IMC

- Sito web [Monitoraggio dell'IMC](#)
- Foglio d'informazione 69: [Monitoraggio dei dati relativi al peso effettuato dai servizi medici scolastici delle città di Basilea, Berna e Zurigo 2020/2021](#) (in tedesco e francese)
- Foglio di lavoro 58: [Monitoraggio comparativo dei dati relativi al peso di bambini e adolescenti in Svizzera](#) (in tedesco e francese)
- Foglio di lavoro 45: [Peso corporeo sano nell'infanzia e nell'adolescenza](#) (in tedesco e francese)



4 Pari opportunità di salute

• **Dominik Weber**, Promozione Salute Svizzera

I passaggi di questo capitolo contrassegnati con una linea arancione verticale sono identici a quelli presenti nel capitolo 4 del rapporto 8 [Promozione della salute per e con i bambini](#).

In Svizzera le premesse per una vita lunga e sana sono tra le migliori al mondo. Ma le condizioni non sono uguali per tutti i sottogruppi della popolazione. Anche in Svizzera, così come in altri paesi, la possibilità di crescere, vivere e invecchiare in salute dipende in modo decisivo da diversi fattori sociali:

- a livello di scuola media il sovrappeso si manifesta all'incirca tre volte più spesso negli adolescenti figli di genitori senza una formazione post-obbligatoria rispetto ai figli di genitori con un titolo di istruzione superiore [4.1];
- i giovani di età compresa tra 15 e 24 anni praticano sufficiente attività fisica o si possono considerare «allenati» con una maggiore frequenza rispetto alle loro coetanee (88% vs. 77%) [4.2];
- le adolescenti e giovani donne dai 15 ai 24 anni consumano almeno tre porzioni di frutta e verdura al giorno con una maggior frequenza rispetto ai loro coetanei di sesso maschile 57% vs. 46% [4.2];
- rispetto ai loro coetanei che non hanno un passato migratorio, gli adolescenti e i giovani adulti con un passato migratorio riferiscono con maggiore frequenza di soffrire di un disagio psichico da medio a elevato (20,2% vs. 11,5%) come pure di sintomi depressivi da medio a gravi (11,8% vs. 6,7%) [4.3];
- rispetto ai coetanei eterosessuali, gli adolescenti omosessuali sono cinque volte più propensi a sviluppare una depressione e a commettere un tentativo di suicidio [4.4].

Queste differenze non sono né casuali né imputabili a fattori biologici. Sono piuttosto legati a fattori sociali e/o seguono uno schema sociale chiaro: in genere le persone socialmente svantaggiate hanno uno stato di salute peggiore e un'aspettativa di vita inferiore rispetto alle persone con una posizione sociale migliore. Poiché sono determinate dalle condizioni sociali, queste differenze sono considerate in ampia misura evitabili e ingiuste [4.5, 4.6]. In questo contesto si parla di iniquità di salute («health inequities») [4.7].

La società è chiamata a intervenire per contrastare le iniquità di salute, perché le disparità nel campo della salute sono in netto contrasto con i valori e i principi fondamentali della Svizzera (si veda ad esempio l'articolo 2, capoverso 3 della Costituzione federale, che prevede, in termini generali, di assicurare quanto possibile pari opportunità ai cittadini), minacciano la coesione sociale e provocano inutili costi aggiuntivi [4.7]. Nessun Paese si può permettere di non affrontare la questione delle disparità nel campo della salute [4.8].

FIGURA 4.1

Distinzione tra pari opportunità e eque opportunità





Pari opportunità e coronavirus

La pandemia agisce come una lente d'ingrandimento sulle condizioni di svantaggio nella società: non ha creato nuove disparità, ma ha accentuato le disuguaglianze esistenti. Nel settore della salute vale l'affermazione «same script, different illness»: gli effetti del coronavirus seguono modelli epidemiologici comuni, il che significa che vi è una correlazione tra i fattori sociali menzionati nell'introduzione di questo capitolo e l'incidenza del coronavirus.

A livello empirico sono state individuate delle differenze dovute a fattori sociali in relazione ai seguenti indicatori:

- contagio da Covid-19 e gravità del decorso [4.28-4.30];
- competenze di salute in relazione al Covid-19 [4.31];
- effetti delle misure restrittive [4.32-4.34];
- volontà di farsi vaccinare [4.35-4.38].



Letture e approfondimenti sul tema delle pari opportunità

- Rapporto di base [Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera](#)
- Versione breve per la prassi: [Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione](#)

4.1 Promuovere le pari opportunità di salute attraverso misure adeguate

Le misure di promozione della salute e prevenzione tendono a raggiungere più facilmente i gruppi della popolazione con uno statuto socioeconomico medio o alto [4.9-4.11], mentre fanno più fatica a raggiungere quei gruppi sociali che ne trarrebbero il maggior beneficio [4.11].

Migliorare le pari opportunità nel campo della salute rientra tra gli obiettivi prioritari della promozione della salute. In Svizzera questo obiettivo è sancito,

tra le altre cose, nella strategia di politica sanitaria del Consiglio federale Sanità2030, nella Strategia MNT e nella Strategia nazionale Dipendenze.

Pari opportunità di salute non significa che tutte le persone debbano godere dello stesso stato di salute: con le pari opportunità non si mira ad ottenere lo stesso risultato («salute uguale per tutti»), bensì si punta alla parità in termini di possibilità e condizioni («pari opportunità di salute per tutti»).

4.2 Fattori sociali all'origine delle disparità di salute

Per capire dove la promozione della salute e la prevenzione possono fare leva per ridurre l'inequità di salute occorre innanzitutto comprendere come la stessa si sviluppa e si riproduce. Di seguito presentiamo un modello esplicativo generale, che si può applicare a tutti i gruppi target.

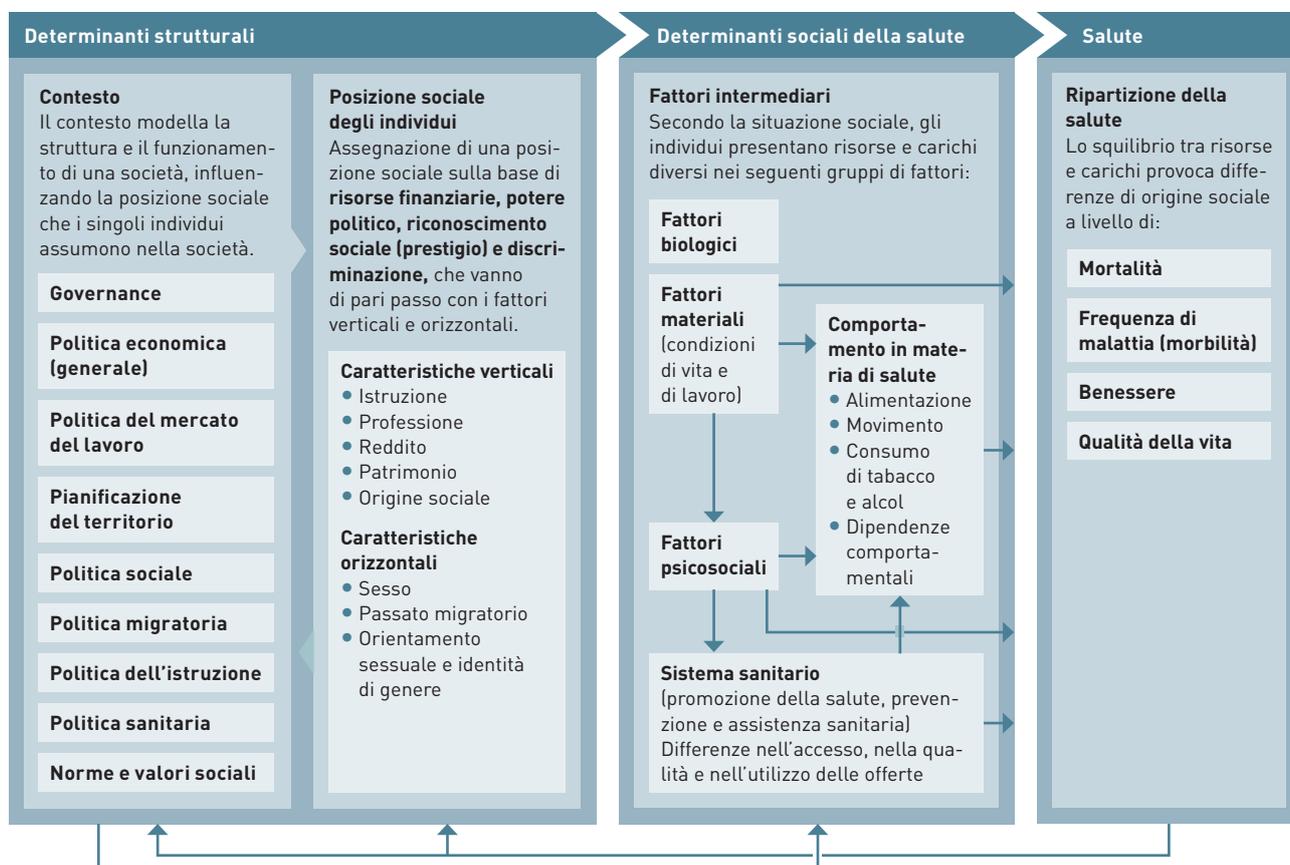
Un reddito elevato, ad esempio, non ci rende automaticamente più sani. Cionondimeno, le disparità economiche incidono in maniera complessa, e spesso incomprensibile, sulla nostra vita e pertanto anche sulla nostra salute. Il seguente modello (figura 4.2) tenta di illustrare le origini dell'inequità di salute in quattro passaggi (per un'analisi approfondita cfr. [4.7]).

Il modello indica che la disparità sociale, ovvero la ripartizione impari delle risorse materiali e immateriali in seno a una società, si ripercuote in modo evidente sulla salute. L'inequità di salute non è quindi un problema individuale, bensì anche e soprattutto un problema sociale. Anche il comportamento in materia di salute – spesso causa diretta di diverse malattie – non dipende unicamente da una grande forza di volontà, ma è determinato in modo decisivo dalle condizioni sociali quadro.

Naturalmente la responsabilità individuale è fondamentale anche nell'ambito della salute e va pertanto rafforzata in modo mirato. Al contempo dobbiamo tuttavia riconoscere che non si può risolvere un problema sociale unicamente adottando provvedimenti incentrati sui singoli individui (livello comportamentale). È fondamentale creare le condizioni che permettano a tutte le persone di essere, rimanere e tornare in salute (livello contestuale).

FIGURA 4.2

Modello esplicativo dell'inequità di salute



Nel modello sono state illustrate soltanto le interazioni che determinano l'inequità di salute. Ve ne sono inoltre numerose altre (ad es. tra i fattori biologici e il comportamento sanitario o, in senso opposto, tra quest'ultimo e i fattori psicosociali).

Fonte: [4.7]

4.3 Cosa può fare la promozione della salute

Per consolidare le pari opportunità nel campo della salute è necessario in primo luogo ridurre le disparità sociali imputabili a fattori come il reddito, l'istruzione, il genere, il passato migratorio, l'orientamento sessuale e l'identità di genere. Di norma, le misure specifiche non sono di competenza della politica sanitaria e rientrano piuttosto nella sfera d'influenza della politica del mercato del lavoro, della socialità e dell'educazione. Il compito degli attori del settore sanitario consiste nel sensibilizzare gli altri ambiti politici (*agenda setting*) e nell'avviare collaborazioni (multisetoriali) mirate.

In secondo luogo, si raccomanda di intervenire sui determinanti sociali della salute, ovvero le condizioni nelle quali le persone crescono, vivono, giocano, lavorano e invecchiano, affinché siano favorevoli alla salute per tutti. Le misure in questo ambito rientrano anche nella sfera d'influenza della promozione della salute e della prevenzione. In questo contesto è fondamentale sia promuovere le risorse e la capacità di agire sia ridurre i carichi delle persone socialmente svantaggiate, intervenendo nei seguenti ambiti [4.7]:

- condizioni materiali di vita e di lavoro;
- fattori psicosociali;
- comportamento e competenze in materia di salute;
- sistema sanitario.

In questo contesto è importante riconoscere precocemente i fattori di carico per poter intervenire tempestivamente. Sul sito web dell'UFSP sono pubblicate conoscenze pratiche nonché diverse linee guida per il riconoscimento e l'intervento precoce nell'infanzia e nell'adolescenza.

4.4 Misure di comprovata efficacia e criteri di successo

Alla luce dei diversi processi di invecchiamento e delle disparità nel campo della salute, le misure universali, ovvero quelle indirizzate a tutta la popolazione, devono tenere conto della diversità sociale e delle possibilità di azione individuali («apertura delle offerte»). Può essere altresì opportuno elaborare e attuare misure mirate per gruppi target specifici.

Nei capitoli successivi presenteremo alcuni approcci d'intervento che si sono rilevati efficaci nel migliorare le opportunità di salute delle persone svantaggiate in relazione alle seguenti tematiche prioritarie:

- attività fisica ([capitolo 6](#))
- alimentazione ([capitolo 7](#))
- salute psichica ([capitolo 8](#))

Il successo degli approcci dipende in larga misura dal modo in cui sono stati elaborati, attuati e valutati. La [versione breve](#) del rapporto «Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione» illustra i principali criteri di successo che consentono di aumentare l'efficacia delle misure rivolte a gruppi della popolazione socialmente svantaggiati. I seguenti criteri di successo risultano essere particolarmente decisivi in questo contesto:

- La **partecipazione** del gruppo target in tutte le fasi dell'intervento o del progetto (elaborazione, pianificazione, attuazione e valutazione) [4.12, 4.13].
- Il **lavoro basato sulle relazioni**: si è dimostrato efficace il ricorso a figure di collegamento, ovvero singoli individui o istituzioni, professionali e informali. Tali figure sono validi «costruttori di ponti» che permettono di raggiungere più facilmente i gruppi svantaggiati [4.14, 4.15]. Un fattore decisivo in questo contesto è il rapporto di fiducia tra il

gruppo target e le figure di collegamento (ad es. figure professionali attive nel settore della salute e della medicina, ONG come la CRS, la Caritas e l'ACES, associazioni e persone chiave come pure familiari e vicini di casa). È importante che le prestazioni fornite dalle figure di collegamento, siano esse formali o informali, ottengano un riconoscimento materiale o simbolico [4.16].

- Un altro approccio promettente è la **diversificazione dell'offerta**, che deve essere **adattata in termini di contenuti e lingua** al gruppo target e al suo contesto socioculturale. Rientrano in questa categoria i materiali informativi redatti in un linguaggio semplice o nelle diverse lingue delle persone migranti, i contenuti orientati all'ambiente di vita del gruppo target, l'impiego di formatori provenienti dal contesto socioculturale dei partecipanti («peer educators») nonché lo svolgimento di attività nei setting delle comunità interessate (ad es. nelle chiese e presso le associazioni di migranti) [4.12, 4.17-4.21].
- Risulta più semplice usufruire delle offerte se queste sono **il più possibile concrete e a bassa soglia**. Le informazioni devono essere pratiche e di facile utilizzo, ad esempio istruzioni passo per passo per avviare cambiamenti del comportamento [4.20, 4.21].
- Le misure strutturali – ad esempio nel settore dell'alimentazione e dell'attività fisica – generalmente si rivelano efficaci solo se sono combinate con interventi a livello individuale, ad esempio sotto forma di informazione e sensibilizzazione (**combinazione di misure contestuali e comportamentali**) [4.22-4.26].
- Per promuovere le pari opportunità di salute in modo duraturo ed efficace è fondamentale l'impegno di diversi settori politici. Occorre rafforzare sia il principio **«Health in All Policies»** (salute in tutte le politiche) che **la collaborazione multisettoriale e il coordinamento su piccola scala** [4.13].
- Per meglio comprendere lo sviluppo dell'iniquità di salute e promuovere misure efficaci sono importanti il **monitoraggio** e la **valutazione** delle misure e dei progressi compiuti.



Esempi tratti dalla prassi in Svizzera

«Roundabout» (CH); «GLL – Das andere Schulprojekt» (CH); Suizidpräventionskampagne «Reden kann retten» (ZH); «My Perspective» (CH); «Più Forte» (TI); «Queere Jugendplattform» (CH); «Unterstützungsangebot für Young Carers» (CH); «FemmesTische» e «MännerTische» (CH)



Lista di orientamento di Promozione Salute Svizzera

La [lista di orientamento](#) di Promozione Salute Svizzera è una pubblicazione periodica che fornisce una panoramica di misure e progetti, validi e attuali, realizzati nel campo della promozione della salute. La raccolta comprende misure attuate ai livelli interventi, policy, messa in rete e comunicazione.

4.5 Definizione dei gruppi target

L'obiettivo della promozione della salute e della prevenzione è sempre il miglioramento della salute dell'intera popolazione. Tuttavia, l'intensità degli sforzi idealmente dovrebbe corrispondere al grado di svantaggio dei singoli gruppi della popolazione (principio del cosiddetto **universalismo proporzionale**) [4.8].

All'origine di una condizione di svantaggio vi possono essere numerosi fattori, i quali dipendono dall'argomento considerato e differiscono in base a quale aspetto si prende in considerazione, come ad esempio comportamento motorio, tendenze suicide oppure ricorso alla diagnosi precoce.

Le statistiche svizzere mostrano che per analizzare le disparità di salute bisogna prendere in particolare considerazione le seguenti caratteristiche rilevanti per le disparità [4.27]: lo statuto socioeconomico – che comprende l'istruzione, la professione, il reddito, il patrimonio e l'estrazione sociale (la famiglia) – ma anche il genere, un eventuale passato migratorio nonché l'orientamento sessuale e l'identità di genere (comunità LGBTIQ).

Nell'ambito della definizione dei gruppi target occorre tenere conto dei seguenti aspetti:

- In genere la situazione di vita, le risorse e i carichi di una persona non sono riconducibili a un'unica caratteristica. Se prendiamo l'esempio della popolazione migrante, è chiaro che la situazione di vita di un'allieva di origini germaniche sia fondamentalmente diversa rispetto a quella di un giovane profugo eritreo. La salute di una persona non è influenzata unicamente o prevalentemente dalla caratteristica «passato migratorio», bensì anche e soprattutto da fattori come l'istruzione, il reddito, il genere e l'origine migratoria. Pertanto, la definizione «popolazione migrante» usata per il gruppo target di un progetto è spesso insufficiente e inadeguata. In genere vale la seguente regola: più caratteristiche rilevanti per la disparità presenta una persona, maggiori saranno le sue probabilità di ammalarsi e minore sarà la sua aspettativa di vita. Ai fini della definizione del gruppo di destinatari occorre pertanto prestare particolare attenzione alla sovrapposizione delle caratteristiche sociali (**intersezionalità**).
- I dati sanitari indicano che vi è un nesso tra le caratteristiche rilevanti per la disparità e la salute (ad es. «alcune fasce della popolazione migrante sono più spesso affette da malattie»), ma in genere i dati non sono in grado di spiegare la presenza di tale nesso. Servono quindi analisi più approfondite per individuare i fattori che conducono a un rischio accresciuto di malattia. Se prendiamo l'esempio della popolazione migrante, potrebbe essere decisivo l'insufficiente conoscenza di una lingua nazionale, oppure la carente integrazione sociale ed economica oppure ancora uno statuto di soggiorno precario.

Più ampia e differenziata sarà la nostra comprensione del gruppo target, maggiore sarà l'efficacia delle misure attuate, soprattutto se si tiene debitamente conto delle risorse concrete e dei carichi specifici del gruppo target.



Letture e approfondimenti sul tema delle pari opportunità

Il rapporto [Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera](#) [4.7] approfondisce i seguenti aspetti:

- fornisce argomenti a favore di un rafforzamento delle pari opportunità di salute;
- chiarisce termini e concetti in un tema complesso e spesso vago;
- fornisce spunti per la pianificazione sistematica di una promozione della salute volta alle pari opportunità;
- individua approcci d'intervento basati sull'evidenza e criteri di successo pratici.

Versione breve per la prassi: [Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione](#)

Altre pubblicazioni sul tema:

- Foglio d'informazione 19: [Le minoranze sessuali e di genere nella promozione della salute e prevenzione](#) (in tedesco e francese)
- Foglio di lavoro 59: [Come raccogliamo i dati relativi al sesso, al passato migratorio e allo status socioeconomico?](#) (in tedesco e francese)
- Rapporto: [Le competenze di salute in contesti difficili](#) (in tedesco e francese)
- Foglio d'informazione 62: [Valutazione 2019-2023 «Femmes-Tische et Hommes-Tische»](#)
- Foglio di lavoro 48: [Partecipazione e promozione della salute](#)



Limitazioni individuali e pari opportunità

Sono due i motivi all'origine della vulnerabilità in relazione alla salute individuale: lo svantaggio sociale e/o una limitazione individuale [4.7]. Il presente capitolo è incentrato sulla vulnerabilità legata a una condizione di svantaggio sociale (dovuta ad esempio al livello di istruzione, al reddito, al passato migratorio, all'identità di genere o all'orientamento sessuale). Tuttavia, la vulnerabilità nel campo della salute può essere riconducibile anche alle cosiddette limitazioni individuali. La presenza di limitazioni fisiche (come una malattia o una disabilità) o psichiche (la presenza di traumi o la cura di familiari) può favorire l'insorgere di (altre) malattie e limitazioni [4.7]. È altresì importante tenere conto del fatto che le limitazioni individuali (come le disabilità) possono essere associate a una condizione di svantaggio sociale. Prendiamo l'esempio delle limitazioni fisiche: l'[Ufficio federale di statistica](#) stima che nel 2019 ben il 22% delle persone residenti in Svizzera vivesse con una disabilità e circa il 5% presentasse limitazioni gravi. Le quote percentuali risultano essere più basse nella popolazione giovane, per poi aumentare con l'avanzare dell'età. Le persone con disabilità presentano un rischio accresciuto di sviluppare (altre) malattie e limitazioni psichiche, fisiche, cognitive e sensoriali (OMS). Anche i genitori di bambini disabili si trovano spesso ad affrontare sfide importanti. Sul sito dell'Agenzia federale tedesca per l'educazione sanitaria si trova un interessante testo introduttivo sul tema [«Inclusione e promozione della salute»](#) (in tedesco).



Excursus

Young Carers

- **Agnes Leu**, Careum Hochschule Gesundheit
- **Hannah Wepf**, Careum Hochschule Gesundheit

Nella letteratura scientifica il termine young (adult) carers fa riferimento ai bambini, agli adolescenti e ai giovani adulti che svolgono compiti di assistenza e cura a familiari con problemi di salute [4.39]. All'origine dell'assunzione di un ruolo di assistenza vi può essere, ad esempio, una malattia fisica o psichica, un disturbo cognitivo, una condizione di fragilità legata all'età o una dipendenza della persona assistita. Nella maggior parte dei casi la persona assistita è un familiare (genitore, nonno, fratello o sorella) oppure un'altra persona cara. Alcuni young carers assistono più di una persona bisognosa.

I risultati di una ricerca indicano che in Svizzera circa l'8% dei bambini e degli adolescenti tra i 9 e i 15 anni svolgono un ruolo di assistenza [4.40]. La percentuale risulta essere ancora più elevata tra i giovani adulti [4.41]. Si osserva inoltre una prevalenza maggiore di young carers di sesso femminile [4.40].

Nell'ambito del loro ruolo di sostegno i young carers svolgono molteplici mansioni (lavori pratici in ambito domestico, assistenza personale, cura del corpo, sostegno emotivo, compiti amministrativi, cura dei fratelli, ecc.). Molti young carers non svolgono questa funzione di loro spontanea volontà, bensì per necessità e in assenza di alternative valide. Spesso mancano soluzioni di assistenza adeguate, accessibili e finanziabili oppure non vi sono altre persone adulte disponibili nella cerchia familiare o delle amicizie [4.39].

Diversi studi nazionali e internazionali hanno sottolineato che il ruolo di sostegno è associato a molteplici sfide, le quali si possono ripercuotere sulla salute, sullo sviluppo e sulle pari opportunità dei giovani curanti (per saperne di più: [4.39,

4.42, 4.43]). Va tuttavia notato che molti young carers riconoscono anche la presenza di diversi aspetti positivi in relazione al loro ruolo di assistenza (ad es. [4.44, 4.41]).

Per quanto concerne il riconoscimento dei young carers, una delle principali sfide è rappresentata dal fatto che molti di loro sono (o vogliono rimanere) «invisibili». In Svizzera, come in molti altri paesi, la situazione dei young carers ha finora ricevuto una scarsa considerazione a livello di politica e opinione pubblica [4.45-4.47]. Inoltre, spesso l'assunzione del ruolo di sostegno avviene in modo graduale e lo svolgimento di tale ruolo non è percepito in maniera consapevole nemmeno dai young carers stessi [4.48]. Il senso di normalità, insieme ad altri motivi, fa sì che il ruolo di sostegno rimanga nascosto.

Anche i young carers hanno bisogno di sostegno. Tra i bisogni menzionati con maggiore frequenza dai young carers di età compresa tra i 9 e i 15 anni figurano l'aiuto in caso di emergenza, informazioni e consigli su come gestire le situazioni di emergenza o svolgere le attività di assistenza, la possibilità di poter praticare un hobby e di poter esprimere la propria opinione [4.49]. Nella fascia d'età compresa tra i 16 e i 25 anni, la maggior parte dei giovani curanti ha espresso il desiderio di ricevere aiuto in caso di emergenza, un sostegno per la famiglia e altre persone vicine, consigli su questioni di natura finanziaria e assicurativa, poter parlare con un professionista della salute e condividere la propria esperienza con persone che si trovano in una situazione analoga [4.49].

Attualmente sono poche le offerte rivolte in modo specifico al gruppo target dei young carers [4.46]. Un'offerta interessante in questo contesto sono gli incontri «YC-Get-together», mentre è in fase di elaborazione un'altra offerta su scala nazionale, ovvero una mappa della rete svizzera: [Schweizweite Netzwerkkarte](#).

5 Media digitali

- **Jael Bernath**, Università di scienze applicate di Zurigo (ZHAW)
- **Daniel Süss**, Università di scienze applicate di Zurigo (ZHAW)

Il presente capitolo illustra i motivi per cui la promozione della salute deve anche tenere conto del mondo digitale nel quale si muovono gli adolescenti e i giovani adulti. I media digitali sono ormai parte integrante della loro vita e rappresentano potenziali nuove opportunità di intervento e prevenzione. Il capitolo illustra l'importanza che i media digitali rivestono nella vita dei giovani in Svizzera e mette in luce le opportunità e i rischi che il loro uso comporta sul piano della salute. Di seguito formula delle raccomandazioni rivolte ai genitori e ai professionisti allo scopo di promuovere le competenze medialie. In conclusione il capitolo illustra quali opportunità offrono i media digitali nel contesto della promozione della salute in età adolescenziale e in giovane età adulta.

5.1 Uso dei media

I media digitali svolgono un ruolo centrale nella vita dei giovani in Svizzera. Sulla base dei risultati più recenti dello studio **JAMES**, che analizza a cadenza biennale le abitudini mediatiche dei giovani in Svizzera, illustriamo di seguito l'uso che i giovani fanno dei media nella vita di tutti i giorni [5.1].

Situazione attuale

A partire dai 12 anni quasi tutti gli adolescenti in Svizzera entrano in possesso di uno smartphone, acquisendo così un maggiore controllo e una maggiore responsabilità individuale in merito alle loro attività digitali. Gran parte dell'uso dei media avviene con lo smartphone, che viene usato quotidianamente per svolgere molteplici attività pratiche e di intrattenimento. Quasi tutti gli adolescenti in Svizzera sono collegati regolarmente (tutti i giorni o più

volte a settimana) a internet, ascoltano musica e frequentano i social network. Mentre la TV tradizionale ha perso importanza negli ultimi dieci anni – nel 2020 solo il 60% degli adolescenti guardava regolarmente la televisione – parallelamente è stato registrato un forte incremento nel settore dei film e video in internet. I canali preferiti dagli adolescenti sono soprattutto **YouTube** e **Netflix** [5.2]. Nel 2020 tre quarti di tutte le economie domestiche svizzere in cui vivono adolescenti avevano un abbonamento che consente di guardare film e serie in streaming. È aumentata anche la produzione di **materiale visivo digitale**: il 60% degli adolescenti fa regolarmente foto digitali (2010: 25%), mentre il 25% fa video digitali (2010: 7%). Questo incremento è attribuibile da un lato al progresso tecnologico (con le fotocamere degli smartphone sempre migliori), mentre dall'altro le foto e i video sono diventati un importante mezzo di comunicazione (cfr. 5.2). Accanto a questi sviluppi dinamici, la posizione dei **videogiochi** nella vita degli adolescenti non ha subito grandi cambiamenti negli ultimi anni. Dal 2010 la quota di adolescenti che usa regolarmente i videogiochi è rimasta stabile a circa un terzo. Nel contesto dei videogiochi



Ulteriori informazioni sul tema

- Lo [studio JAMES](#) (acronimo tedesco per «Jugend Aktivitäten Medien Erhebung Schweiz»), condotto dall'Università delle scienze applicate di Zurigo (ZHAW), traccia ogni due anni un quadro attuale e rappresentativo relativo all'uso dei media e all'organizzazione del tempo libero degli adolescenti svizzeri.
- Dati analoghi sono raccolti anche in Germania a cadenza annuale nell'ambito dello [studio JIM](#).
- Il Rapporto nazionale sulla salute 2020, nel capitolo «Media digitali: opportunità e rischi per la salute», illustra in maniera dettagliata lo stato attuale della ricerca in merito alle correlazioni tra l'uso dei media digitali e la salute in età infantile e adolescenziale [5.6].

si riscontrano le più marcate **differenze tra maschi e femmine** relative **all'uso dei media** nell'adolescenza. Mentre due terzi dei giovani maschi usano i videogiochi più volte a settimana, solo una ragazza su dieci vi gioca con la stessa intensità. I giovani maschi guardano anche più spesso video su internet, mentre le ragazze tendono ad ascoltare più spesso musica, frequentare i social network e fanno molte più foto e video digitali.

Raccomandazioni per genitori e professionisti

Le **competenze medial**i sono cruciali al fine di ridurre i rischi associati all'uso dei media e sfruttare appieno le potenzialità che questi mezzi offrono. Per competenze medial*i* si intende l'apprendimento di un uso consapevole e responsabile dei media. Le competenze medial*i* includono un'ampia gamma di competenze [5.3]. **I genitori e altre figure adulte di riferimento** sono importanti modelli per quanto concerne l'uso dei media. Il consumo mediatico dei bambini e degli adolescenti va sempre considerato nel contesto complessivo della giornata. Se il bambino coltiva delle amicizie, ha un rendimento scolastico soddisfacente, fa sufficiente attività fisica e dorme a sufficienza, il tempo dedicato ai media rappresenta un ampliamento positivo del suo spazio di esperienza e di azione e non costituisce un rischio. Quando un bambino comincia ad usare una risorsa digitale, inizialmente ha bisogno di essere accompagnato per imparare a muoversi in sicurezza in questo nuovo ambiente, tenendo conto dei suoi bisogni. Se i genitori non comprendono determinate prefe-

renze dei propri figli, ad esempio la passione per i videogiochi violenti, dovrebbero parlarne con il figlio chiedendo cosa gli piace e qual è la sua esperienza. Sulla scorta delle conoscenze acquisite, i genitori possono quindi **concordare** con i figli delle **regole per l'uso**. La scuola, dal canto suo, dovrebbe riflettere sul tema e fare un uso diversificato delle risorse digitali disponibili. Al tempo stesso dovrebbe sensibilizzare i giovani riguardo a quali media sono utili in quali contesti e quando è importante saper rinunciare all'uso dei media. Nell'ambito delle consulenze con i professionisti in situazioni di emergenza, si consiglia di non considerare in maniera affrettata l'uso dei media da parte del bambino o dell'adolescente come la causa del problema quanto piuttosto come un tentativo di superare una situazione difficile alla cui origine ci possono essere altre cause.

5.2 Social media

I social media sono parte integrante della vita mediale dei giovani. Il termine social media fa riferimento a un'ampia gamma di **piattaforme online** che consentono agli utenti di comunicare nonché di produrre e condividere contenuti come testi, foto e video all'interno di gruppi selezionati o pubblici [5.4]. Per gli adolescenti sono particolarmente rilevanti i **social network** poiché consentono di creare un profilo personale e di interagire con altri utenti all'interno di comunità online. Quasi tutti gli adolescenti in Svizzera hanno un account presso almeno un social network e usano regolarmente la piattaforma corrispondente. Nel 2020 i social network più popolari tra i giovani erano **Instagram** e **Snapchat**. Oltre il 90% degli adolescenti aveva un account presso una delle due piattaforme. Seguiva al terzo posto la piattaforma **TikTok**, presso la quale era registrato il 74% degli adolescenti. In tutti e tre i casi si tratta di piattaforme che usano principalmente foto e video come mezzi di comunicazione e rappresentazione. L'importanza delle diverse piattaforme è soggetta a forti dinamiche temporali, come dimostra chiaramente l'esempio recente di Facebook e TikTok. Nel 2014 Facebook era il social network più popolare tra gli adolescenti, mentre nel 2020 solo il 14% lo usava ancora in maniera regolare e si trattava quasi esclusivamente di adolescenti più grandi. Nel frattempo TikTok ha acquisito un'importanza considerevole. Se nel 2018 solo una piccola mi-



Ulteriori informazioni di altre organizzazioni sul tema delle competenze medial*i*

- La piattaforma nazionale [giovani e media](#) mette a disposizione diversi opuscoli sul tema delle competenze medial*i*, destinati ai genitori, ai docenti e ad altri professionisti. Sul sito si trovano anche dei volantini contenenti raccomandazioni per l'uso dei media secondo la fascia d'età (bambini piccoli, bambini delle scuole elementari, adolescenti), disponibili in 17 lingue.
- Anche sul sito web di [Dipendenze Svizzera](#) è disponibile una guida destinata ai genitori affinché possano aiutare i figli adolescenti a fare un uso consapevole dei media digitali.



Ulteriori informazioni di Pro Juventute sul tema dei media digitali

Sul suo sito, [Pro Juventute](#) offre informazioni e consigli a bambini e adolescenti per un uso consapevole dei media digitali.

noranza di giovani usava TikTok, nel 2020 la metà degli adolescenti lo usava con regolarità. La maggior parte degli adolescenti tende ad usare i social network in maniera passiva o reattiva: guardano e commentano i contributi altrui, inviano messaggi e chattano. Solo il 10% degli adolescenti pubblica regolarmente contributi visibili a tutti. Sembra quindi che la maggior parte dei giovani usi i social media soprattutto per interagire e socializzare con gli altri piuttosto che come forma di autorappresentazione.

I social network possono aiutare gli adolescenti ad **affrontare** una serie di **compiti evolutivi associati a questa fase di vita**. Attraverso i social network i giovani possono entrare in contatto con i coetanei, coltivare contatti sociali e interagire con persone che condividono i loro stessi interessi. Al tempo stesso i social network forniscono ai giovani un palcoscenico di prova sul quale possono abbozzare la propria identità, riflettere su sé stessi e cercare una propria espressione creativa, accompagnandoli così lungo il personale cammino evolutivo e nella ricerca della propria identità [5.5]. Nel mondo dei social network gli adolescenti sono tuttavia anche esposti a diversi rischi, illustrati qui di seguito.

5.3 Opportunità e rischi

L'avvento e la diffusione delle nuove tecnologie digitali, come gli smartphone o i social network, hanno provocato **cambiamenti nell'organizzazione del tempo libero** come pure **nelle abitudini di uso dei media** degli adolescenti. Questi cambiamenti sono associati a timori che l'uso delle diverse tecnologie possa avere effetti negativi sulla salute e sullo sviluppo degli adolescenti. Mentre da un lato gli aspetti potenzialmente nocivi per la salute legati all'uso dei media sono stati oggetto di approfondite ricerche e discussioni, gli aspetti potenzialmente favorevoli alla salute hanno finora ricevuto una scarsa considerazione.

Rischi associati all'uso dei media digitali

Un utilizzo intenso degli schermi digitali può avere conseguenze negative per la salute fisica soprattutto se è associato a un elevato livello di **sedentarietà**. Diversi studi hanno riscontrato un chiaro nesso tra l'utilizzo intenso di schermi, l'inattività fisica e il sovrappeso nonché l'obesità [5.7, 5.8]. La fruizione prolungata degli schermi digitali è spesso anche associata all'adozione di atteggiamenti posturali sfavorevoli e a movimenti ripetitivi che possono favorire l'insorgere di disturbi muscoloscheletrici come dolori dorsali o cervicali [5.9, 5.10]. Nei bambini e negli adolescenti alcuni studi indicano anche un nesso tra **l'uso dei media nelle ore serali e i problemi di insonnia** [5.11, 5.12]. La visione di schermi prima di coricarsi può provocare difficoltà ad addormentarsi ma anche a dormire in modo continuato per tutta la notte. Oltre alla luce blu emessa dagli schermi che riduce la secrezione di melatonina, il cosiddetto ormone del sonno, vi sono anche altri fattori che possono disturbare il sonno, come i contenuti eccitanti di film e videogiochi o le interferenze del telefonino lasciato acceso.

L'utilizzo intenso dei media digitali è associato anche a molteplici **problemi di natura psichica**. Quando si perde il controllo sull'uso di internet e viene meno l'equilibrio tra le attività online e offline, l'uso intenso dei media si può trasformare in una dipendenza da internet [5.13]. La dipendenza da videogiochi e dal gioco d'azzardo è una diagnosi clinica riconosciuta dall'ICD-11. Oltre all'intensità dell'uso dei media, anche esperienze negative come il **cybermobbing** o le **molestie sessuali** possono pregiudicare il benessere psichico degli adolescenti. Nel 2020 un adolescente su quattro era già stato vittima di cybermobbing, mentre il 44% degli adolescenti era già stato contattato almeno una volta da uno sconosciuto con intenzioni sessuali indesiderate. Le femmine subiscono più spesso offese e molestie sessuali rispetto ai maschi [5.1]. La pratica del **sexting** (l'invio di proprie foto di nudo) ha registrato un incremento tra i giovani di età compresa tra 16 e 19 anni, in particolare tra le ragazze. Le immagini di ideali di vita e di bellezza irrealistici che circolano nei social network possono altresì disturbare lo sviluppo di un'immagine corporea sana e dell'autostima negli adolescenti [5.14].

Diversi fattori personali e sociali determinano se l'uso dei social media ha delle ripercussioni positive o negative sui giovani. Ad oggi questo aspetto non è ancora stato studiato in maniera approfondita e differenziata. Le correlazioni finora descritte tra l'uso dei media digitali e gli outcome di salute negativi sono generalmente deboli e mancano studi longitudinali che consentano di determinare la direzione di tali correlazioni [5.6].

Opportunità legate all'uso dei media digitali

Sul piano empirico, la ricerca sugli **aspetti favorevoli alla salute** legati all'uso dei media digitali è molto **meno avanzata** rispetto allo studio dei rischi per la salute. L'uso dei media può contribuire a regolare l'umore e favorire il rilassamento, producendo quindi un effetto positivo sul benessere. Alcune esperienze fatte con i media sono associate all'esperienza di *flow*, ovvero uno stato di coscienza in cui la persona è completamente immersa, concentrata e coinvolta in un'attività che procura piacere e benessere [5.15]. Inoltre i media digitali sono un'importante **risorsa** per la **promozione della salute e la prevenzione**, ma anche per il **trattamento e l'accompagnamento di determinate malattie**. Per gli adolescenti, internet rappresenta un'importante fonte di informazioni nel campo della salute, perché fornisce informazioni facilmente accessibili, senza vincoli di orario e luogo (cfr. 5.4). I gruppi nei social network o le piattaforme tematiche offrono la possibilità alle persone affette da una malattia e ai loro familiari di entrare in contatto con altre persone che si trovano nella stessa situazione, condividere le proprie esperienze e ricevere un sostegno sociale [5.16]. Inoltre, in tempi recenti sono stati sviluppati diversi **programmi di prevenzione e intervento basati su internet o su applicazioni online**, tra i quali figurano programmi volti a promuovere l'attività fisica degli adolescenti [5.17] o a prevenire il consumo di sostanze [5.18]. Sono stati anche sviluppati programmi mirati per gli adolescenti affetti da determinate malattie che hanno l'obiettivo, ad esempio, di migliorare l'autogestione in presenza di una malattia cronica [5.19] oppure offrire un sostegno in presenza di malattie psichiche come la depressione, i disturbi d'ansia o i disturbi del comportamento alimentare nonché prevenire le recidive [5.20, 5.21]. Diversi studi hanno già potuto riscontrare effetti positivi dei programmi di intervento comportamentale basati sul web e rivolti a bambini e adolescenti [5.22].

In genere però gli interventi nel campo della salute basati su internet o su applicazioni online non sono stati ancora oggetto di ricerche approfondite e **mancano studi** in grado di dimostrarne l'**efficacia** a lungo termine [5.6].

5.4 Media digitali e promozione della salute

I media digitali rappresentano un'area di intervento cruciale anche per la promozione della salute nell'adolescenza. Negli ultimi anni i siti web, i social network e i portali video sono diventati le principali fonti di informazione per gli adolescenti e i giovani adulti, mentre i servizi di informazione classici come i quotidiani, le riviste ma anche i programmi televisivi e radiofonici hanno perso progressivamente importanza [5.1].

Diversi studi indicano che nei paesi tecnologicizzati una quota compresa tra il 50% e il 70% degli adolescenti usa internet per cercare **informazioni sulla salute** [5.23-5.25]. Gli argomenti maggiormente ricercati sono **la salute psichica, la sessualità, la forma fisica e l'alimentazione** [5.23, 5.25]. Internet offre informazioni a basso costo e facilmente accessibili, che possono essere consultate in qualsiasi momento. Un ulteriore vantaggio è che internet permette ai giovani di ottenere informazioni in maniera **anonima**, un aspetto particolarmente importante in caso di temi sensibili o imbarazzanti. Ma oltre ai vantaggi citati, la ricerca di informazioni su internet cela diversi rischi. La **quantità** di informazioni è pressoché **infinita** e la **qualità** dell'offerta è molto **eterogenea**. Non è facile accertare il livello di credibilità e affidabilità di una fonte di informazione e per farlo i giovani hanno bisogno di un elevato livello in una serie di competenze, che si possono riassumere nel termine **«eHealth literacy»** (competenze digitali utili per la salute). Norman e Skinner [5.26] definiscono la «eHealth literacy» come «la capacità di cercare, trovare, comprendere e valutare le informazioni sulla salute ottenute da fonti elettroniche e applicare le conoscenze acquisite per affrontare o risolvere un problema di salute». Alcuni lavori successivi [5.27, 5.28] hanno ampliato il modello delle competenze descritto da Norman e Skinner aggiungendo una componente sociale. Questi studi specificano che la «eHealth literacy» non dipende unicamente dalle capacità individuali, bensì anche da aspetti sociodemografici e da alcuni pre-

supposti del sistema sociosanitario, come l'assistenza sanitaria o la disponibilità nonché accessibilità di offerte adeguate. Questa considerazione apre la porta a due aree di intervento per la promozione della salute [5.29]. Da un lato è stata riscontrata la necessità di promuovere le **competenze di salute digitali** degli adolescenti a **livello individuale**, insegnando loro ad esempio delle strategie di ricerca e come distinguere le notizie false dalle informazioni di buona qualità. Dall'altro lato bisogna creare delle **offerte online** facilmente accessibili, che forniscano informazioni **commisurate all'età e ai bisogni** degli adolescenti. Oltre alla trasmissione di informazioni attraverso i siti web, le nuove tecnologie digitali offrono altre possibilità di trasmettere **messaggi di promozione della salute** agli adolescenti. Di seguito sono descritti alcuni esempi.

Social media e possibile coinvolgimento degli influencer

Gli adolescenti non usano i social media solo ai fini dell'intrattenimento, bensì anche per ottenere informazioni su diversi argomenti [5.1]. I diversi **portali** offrono enormi potenzialità per la promozione della salute e la prevenzione. Si potrebbero pubblicare le informazioni destinate agli adolescenti su tali piattaforme in una forma a loro familiare e adeguata alle loro esigenze, dando ai ragazzi la possibilità di commentare, mettere un «like» o diffondere i contenuti. La possibilità di un'**interazione reciproca** promuove la partecipazione attiva, il sostegno sociale e il senso di autoefficacia – aspetti importanti anche nell'ottica della promozione della salute [5.4]. La collaborazione mirata con persone che hanno un grande seguito nelle rispettive piattaforme e nel gruppo target previsto può contribuire ad aumentare ulteriormente la diffusione e l'accessibilità delle informazioni. Molte aziende hanno iniziato a collaborare con i cosiddetti **influencer** allo scopo di ottenere una comunicazione efficace e duratura relativa ai loro temi, marchi o prodotti. Emergono così anche per la promozione della salute **nuovi canali di comunicazione**, che consentono di raggiungere i giovani con temi relativi alla salute. La scelta mirata di personaggi di spicco permette di accedere a gruppi sociali altrimenti difficili da raggiungere. Altri criteri importanti da tenere in considerazione per un'eventuale collaborazione, oltre alla **popolarità** della persona scelta, sono la **credibilità** e la **corrispondenza tematica** [5.30]. Bisogna quindi aiutare gli influencer

a trasmettere le informazioni sulla salute in maniera credibile e affidabile, prestando attenzione affinché i contenuti relativi alla promozione della salute non vadano persi nell'elaborazione dei messaggi. È opportuno verificare preventivamente quali sono i valori degli influencer e quali collaborazioni di natura promozionale hanno intrapreso in passato [5.31].

App di salute

Negli ultimi anni l'offerta di app per la salute ha vissuto un rapido sviluppo. Si tratta di un mercato molto dinamico e confuso, nel quale mancano standard di qualità per i prodotti. In tempi recenti sono stati intrapresi diversi tentativi al fine di migliorare la trasparenza in questo settore. Anche eHealth Suisse ha pubblicato una lista di criteri che i fornitori di app sono invitati a considerare e che possono servire da orientamento agli utenti [5.32]. Considerando che quasi tutti gli adolescenti svizzeri sono in possesso di uno smartphone, si ritiene che la possibilità di raggiungerli attraverso le app sia elevata [5.33]. Tuttavia ad oggi **non sono disponibili dati relativi all'uso effettivo delle app** per la salute e al valore che gli adolescenti svizzeri attribuiscono a tali applicazioni. Nel suo studio [5.34], Lampert giunge alla conclusione che le app di salute e prevenzione svolgono ancora un **ruolo marginale** rispetto all'uso complessivo dei media e delle app da parte di bambini e adolescenti. Dal suo punto di vista ciò potrebbe essere riconducibile al fatto che gli adolescenti non considerino necessario e quindi non sono interessati ad affrontare temi relativi alla salute nell'ambito dell'uso dello smartphone. Le app per la salute devono inoltre competere con un'ampia offerta di app dedicate alla comunicazione e all'intrattenimento che presumibilmente corrispondono maggiormente agli interessi degli adolescenti. Cionondimeno più parti ritengono che le app abbiano un grande potenziale per la promozione della salute che è stato finora sfruttato in maniera insufficiente [5.34, 5.35]. Le opportunità risiedono soprattutto nelle **possibilità tecniche** offerte dalle app, che consentono di presentare i contenuti in maniera multimediale, interattiva e personalizzata [5.34]. I rischi emergono da un lato a livello della **protezione dei dati** [5.36]: infatti le app per la salute richiedono spesso di rivelare dati personali, relativi alla salute oppure registrano informazioni sulla posizione o sugli spostamenti. Solo in pochi casi sono disponibili informazioni trasparenti e comprensibili riguardo

all'uso che verrà fatto dei dati trasmessi. In questo contesto vi è una particolare necessità di sensibilizzare e proteggere gli utenti minorenni [5.34]. Dall'altro lato, un potenziale rischio risiede nell'ossessione e in un'eccessiva preoccupazione per i dati sulla salute nonché in un incremento del tempo di utilizzo dello smartphone [5.34]. Per sfruttare maggiormente le potenzialità offerte dalle app di salute bisogna riconoscere e cogliere le opportunità, riducendo al minimo i rischi.

Serious games e gamification

Gli interventi digitali che integrano **elementi ludici** offrono **nuove opportunità** per la promozione della salute perché possono incidere in modo positivo sulla motivazione e sull'impegno dei giovani ad affrontare e approfondire un argomento. Questi aspetti sono particolarmente importanti quando si tratta di veicolare contenuti complessi su un arco di tempo prolungato e quando si mira, ad esempio, ad avviare cambiamenti del comportamento [5.37].

I serious games sono giochi caratterizzati da un chiaro **obiettivo educativo**, che mirano a promuovere le conoscenze e le competenze oppure a indurre un cambiamento del comportamento con un **approccio ludico** [5.37]. Nonostante l'efficacia dei serious games nell'ambito della promozione della salute non sia ancora stata comprovata a causa della scarsità di studi in materia, a queste risorse digitali viene attribuito un **elevato potenziale in termini di promozione della salute**. Alcuni studi hanno potuto accertare la presenza di effetti positivi in termini di miglioramento delle conoscenze nonché nell'ottica di un cambiamento dell'atteggiamento e del comportamento [5.38]. Una meta-analisi che ha esaminato 54 studi sui serious games nell'ambito della promozione della salute ha riscontrato un piccolo, ma positivo, effetto sulla promozione di uno stile di vita sano, e in particolare un miglioramento delle conoscenze [5.39]. Un'altra meta-analisi ha riscontrato un effetto positivo dei serious games sul piano della **riduzione dei sintomi** in relazione a diverse **malattie psichiche** [5.40]. Applicazioni di questo genere potrebbero permettere di raggiungere maggiormente determinati gruppi target, come quelli che fanno un ampio uso dei media digitali o dei videogiochi [5.37]. Ma vi sono anche dei **limiti** per l'impiego dei serious games nella promozione della salute perché si presuppone che i ragazzi scelgano intenzionalmente un determinato gioco, mentre

hanno a disposizione un'ampia gamma di giochi, in parte gratuiti, che rispondono maggiormente al loro bisogno di intrattenimento [5.38]. L'utilizzo dei serious games è consigliato piuttosto nell'ambito della **prevenzione terziaria**, con persone che manifestano già un interesse di fondo per una determinata tematica di salute.

Il termine gamification fa riferimento all'utilizzo di elementi tipici del game design. Questi elementi possono essere integrati in processi o applicazioni esistenti per accrescere la motivazione o incrementare le prestazioni. La gamification può ad esempio ricorrere a elementi come punti, premi, indicatori dei progressi o interazione sociale [5.37]. La gamification è una tecnica utilizzata sempre più di frequente nell'ambito della promozione della salute. I suoi elementi sono particolarmente diffusi nelle applicazioni di promozione della salute fisica, dove sono già stati riscontrati i primi effetti positivi [5.41, 5.42]. La valutazione dell'app di coaching interattiva della Lega polmonare «ready4life» ha riscontrato un grande interesse a seguito di un reclutamento proattivo. Nonostante la scarsa partecipazione degli utenti nel tempo è stato riscontrato un effetto positivo in relazione a tutte le tematiche trattate [5.43]. L'uso della gamification nell'ambito della promozione della salute e della prevenzione appare particolarmente sensato nelle situazioni in cui la **motivazione** degli utenti ad approfondire un terminato tema è piuttosto scarsa oppure le attività sono considerate noiose o fastidiose [5.37].

Nel 2019 è stata fondata la rete **«Netzwerk Serious Games und Gamification for Health»** con lo scopo dichiarato di seguire gli sviluppi e promuovere l'utilizzo dei serious games e della gamification nell'ambito della promozione della salute. La rete si prefigge di riunire le conoscenze disponibili e raggruppare i diversi attori impegnati in questo ambito interdisciplinare.

Nuovi formati editoriali online dei fornitori di media

Al fine di fornire una maggiore visibilità ai contenuti delle campagne di promozione della salute possono essere interessanti anche le collaborazioni con i **fornitori di media pubblici e privati** [5.31]. Considerato che i canali mediatici classici come la televisione o la radio lineare rivestono un'importanza sempre minore per il pubblico giovanile, per raggiungere gli adolescenti è più interessante ricorrere ai **nuovi formati editoriali online**.

La radiotelevisione della svizzera tedesca (SRF) punta in misura crescente su formati che possono essere visionati in streaming sulla propria pagina web o su YouTube, destinati in maniera specifica al pubblico giovane. Nella Svizzera orientale la RTS offre il programma [«Tataki»](#). Radio SRF Virus affronta temi legati alla salute nel suo programma [«Rehmann S.O.S. – Sick of Silence»](#), nel quale gli ascoltatori raccontano le proprie storie di malattia. SRF è presente anche su Instagram, ad esempio con il canale [«Youngbulanz»](#). Attraverso questo canale i giovani possono esprimere la propria opinione su diversi temi, dare consigli per diverse situazioni di vita e parlare con degli esperti. Nell'ambito di questo formato si affrontano anche questioni legate alla salute come l'ADHD o il «bodyshaming». Anche il fornitore di media Ringier gestisce un'offerta su social media denominata [«Izzy-Projects»](#) che si rivolge a un pubblico giovane e che può essere consultata tramite app o diversi social media. Questo programma affronta diversi temi sociali attuali, presentati in un formato divertente.

Formati online esistenti di questo genere, destinati a un pubblico giovane, possono diventare partner interessanti per la promozione della salute. Grazie alla presenza di un pubblico consolidato dispongono di una certa visibilità e possono diventare importanti moltiplicatori per la diffusione di messaggi di promozione della salute. La loro efficacia non è tuttavia stata ancora valutata.

Questi esempi dimostrano che i nuovi media digitali offrono interessanti opportunità per la promozione della salute. L'impiego di **nuovi canali** consente di raggiungere meglio determinati gruppi target, mentre **i nuovi formati** permettono di **trasmettere le conoscenze in maniera interattiva e personalizzata**. Grazie a queste nuove risorse i giovani possono entrare in contatto con diversi temi di salute in un modo a loro congeniale. In questi contesti si può sottolineare l'importanza del contatto personale con figure adulte di riferimento e si possono indirizzare i giovani verso offerte di sostegno «analogiche».

6 Promozione dell'attività fisica nell'adolescenza

- **Suzanne Suggs**, Università della Svizzera italiana

6.1 Principi e definizioni

Il termine attività fisica fa riferimento a qualsiasi movimento del corpo che comporta un aumento del battuto cardiaco, l'utilizzo dell'apparato muscolare e un dispendio energetico. L'attività fisica include l'esercizio fisico e l'attività sportiva, ma non si limita a queste pratiche. L'attività fisica può e dovrebbe essere parte integrante della quotidianità e dovrebbe essere semplice per chiunque praticarla, a prescindere dalle abilità fisiche, dalle preferenze in termini di attività e dalla possibilità di accedere a spazi e gruppi sportivi.

Secondo la definizione dell'OMS, per attività fisica si intende «qualunque movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che comporti un dispendio energetico superiore a quello delle condizioni a riposo e include le faccende domestiche, le attività del tempo libero e l'attività fisica strutturata» [6.1].

L'attività fisica nell'adolescenza si può suddividere in diverse aree (mobilità attiva, educazione fisica, attività sportive e ricreative, cfr. figura 6.1) e tipologie (attività aerobica, esercizi volti a rafforzare i muscoli e le ossa come pure esercizi di allungamento muscolare) [6.2, 6.3]. L'attività fisica include molteplici attività quali camminare, correre, andare in bicicletta, camminare in montagna, pattinare, arrampicare su roccia, nuotare, gioco attivo, ballare, fare le pulizie, giardinaggio, yoga, pallacanestro, salto con la corda, atletica leggera, e molto altro ancora. Come suggerisce la Rete europea per la promozione dell'attività fisica (HEPA Europe) «l'attività fisica non deve essere faticosa per essere efficace» [6.4]. Spesso la promozione dell'attività fisica viene confusa con la promozione dell'esercizio fisico o dell'attività sportiva. A prescindere dai meriti e dai benefici di ciascuna di queste forme di movimento, nell'ottica della salute generale e dell'equità la priorità va alla promozione dell'attività fisica. Praticare attività fisica equivale infatti ad avere una vita attiva e questo è un obiettivo raggiungibile per tutti. L'esercizio fisico presenta innegabili benefici, ma il rischio è che sia percepito come un «obbligo» e come un elemento che bisogna aggiungere alla giornata

FIGURA 6.1

Attività fisica e movimento nell'adolescenza



piuttosto che qualcosa da integrare nella quotidianità. Anche impegnarsi in un'attività sportiva presenta benefici indiscutibili, tra i quali figurano l'integrazione sociale, la fiducia in sé, il senso di appartenenza, lo spirito di squadra e il rispetto reciproco. Ma lo sport non è per tutti – o meglio, non tutti gli sport sono per tutti. Per questo la promozione dello sport è un'importante componente aggiuntiva della promozione dell'attività fisica che consente di rafforzare la salute degli adolescenti.

6.2 Perché è utile promuovere l'attività fisica nell'adolescenza?

«Essere fisicamente attivi è fondamentale per la salute e il benessere: aiuta ad aggiungere anni alla vita e vita agli anni.»

Dott. Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'OMS [6.5]

L'attività fisica è importante in tutte le fasi della vita. Le abitudini di vita acquisite nell'infanzia e nell'adolescenza spesso persistono in età adulta. Ne risulta che è più facile rimanere fisicamente attivi piuttosto che cominciare a praticare attività fisica più tardi nella vita. In altre parole, gli adolescenti attivi hanno maggiori probabilità di diventare adulti attivi. Questo aspetto è importante anche per un altro motivo: adottare comportamenti sani nell'adolescenza, come la pratica regolare di un'attività fisica, contribuisce infatti a prevenire l'insorgenza di malattie non trasmissibili in età adulta [6.6, 6.7].

L'attività fisica presenta molteplici benefici. Oltre a prevenire le malattie non trasmissibili, contribuisce a migliorare la salute psichica e il benessere generale degli adolescenti. Riduce il rischio di sviluppare sintomi depressivi, migliora la gestione del peso corporeo, la salute cardiorespiratoria e muscolare, la salute cardiometabolica e delle ossa, la concentrazione, la fiducia in sé, l'autostima e il rendimento scolastico [6.2, 6.8, 6.9]. I benefici a lungo termine sono particolarmente rilevanti per la politica e il sistema sanitario perché risulta più conveniente investire nella prevenzione delle malattie e nel benessere in età precoce piuttosto che nel trattamento delle malattie nelle fasi successive della vita. A livello internazionale si stima, ad esempio, che l'inattività fisica sia associata a 5,3 milioni di decessi all'anno [6.10] e a una spesa di oltre 54 miliardi di

dollari in costi della salute diretti, di cui 31 miliardi pagati dal settore pubblico [6.11]. Sebbene il peso economico dell'inattività fisica in Svizzera faccia riferimento alla popolazione adulta, il suo valore è paragonabile ai dati internazionali. Nel 2013 si stimava che l'onere associato all'inattività fisica fosse pari a 1,61 miliardi di franchi, ai quali bisogna aggiungere 40433 anni di vita corretti per disabilità (DALY, disability-adjusted life years) [6.12].

Sebbene la promozione dell'attività fisica nell'adolescenza sia considerata economicamente efficiente in termini di prevenzione delle malattie e promozione del benessere generale dei giovani e produca benefici che persistono sull'intero arco della vita, può risultare difficile ottenere finanziamenti e definire le priorità nell'ambito della prevenzione a causa della scarsità di evidenze dell'efficacia. Risulta infatti difficile dimostrare ciò che non è successo o dimostrare che un programma o una combinazione di programmi ha permesso di prevenire l'insorgere di una o più malattie nel corso della vita. Cionondimeno, vi sono evidenze relative al costo dell'inattività fisica come pure evidenze dell'efficienza economica della promozione dell'attività fisica [6.2, 6.10-6.13]. L'evidenza mette sicuramente in luce il fatto che la promozione dell'attività fisica e gli interventi destinati agli adolescenti presentano molteplici benefici, tangibili e intangibili.

6.3 Raccomandazioni per l'attività fisica

La Svizzera adotta le raccomandazioni relative all'attività fisica pubblicate dall'Organizzazione mondiale della sanità (www.hepa.ch). Le linee guida dell'OMS su attività fisica e comportamento sedentario del 2020 [6.2] prevedono che gli adolescenti facciano: **almeno una media di 60 minuti al giorno di attività fisiche diversificate, per lo più aerobiche, con un'intensità da moderata a vigorosa, integrando almeno tre volte a settimana attività aerobiche di alta intensità come pure attività volte a rafforzare muscoli e ossa.**

A partire dai 18 anni gli adolescenti dovrebbero adottare le raccomandazioni per gli adulti, che prevedono di praticare almeno 150-300 minuti di attività fisica aerobica ad intensità moderata o almeno 75-150 minuti di attività aerobica ad alta intensità oppure una combinazione equivalente di attività di intensità moderata e vigorosa sull'arco della settimana.

6.4 Comportamento motorio: la situazione attuale

6.4.1 Attività fisica

Numerosi studi tracciano un quadro preoccupante dei livelli di attività fisica in alcune fasce della popolazione svizzera, inclusi gli adolescenti. Nonostante la Svizzera sia un paese ricco di natura e di opportunità in ambito ricreativo e sportivo, gli studi riscontrano sistematicamente livelli troppo bassi di attività fisica in questa fascia d'età. Questi risultati sottolineano la necessità di intraprendere e intensificare gli sforzi volti a promuovere l'attività fisica tra gli adolescenti in Svizzera, compresi gli interventi che mirano a potenziare l'infrastruttura per l'attività fisica nell'ambito del tempo libero, dello sport e della mobilità attiva.

Nel 2018, lo studio [HBSC](#) (Health Behaviour in School-aged Children) ha riscontrato, nella fascia d'età da 11 a 15 anni, livelli di attività fisica paragonabili ai valori registrati nel 2002. Il 14% dei partecipanti allo studio ha affermato di attenersi alla raccomandazione di praticare almeno 60 minuti di attività fisica con un'intensità da moderata a intensa al giorno, mentre meno della metà dei partecipanti (ca. il 45%) pratica attività fisica almeno 5 giorni alla settimana. Dallo studio è inoltre emerso che i maschi sono più attivi rispetto alle femmine e che il livello di attività fisica diminuisce con l'avanzare dell'età [6.14].

Nel 2012 il progetto ENERGY, misurando i livelli di attività fisica attraverso l'impiego di un accelerometro, ha appurato che molti preadolescenti (10-12 anni) non seguivano le raccomandazioni, trascorrendo molto tempo in attività sedentarie [6.15]. Nel 2020 lo studio Sport Svizzera ha constatato che nei sei anni precedenti vi è stato un incremento della pratica sportiva nei giovani di età compresa tra 10 e 19 anni; circa la metà dei giovani in questa fascia d'età risulta essere attiva per almeno 5 ore alla settimana. Tuttavia, se si considera anche l'educazione fisica nel contesto scolastico, i dati risultano essere più positivi nella fascia d'età 15-19 anni, con una media di 7,5 ore a settimana (valore mediano: 6,1 ore) di attività sportiva e fisica [6.16].

Anche i risultati dello studio svizzero [SOPHYA](#) sottolineano la necessità di promuovere in maniera più efficace l'attività fisica. È stato il primo studio condotto a livello nazionale a misurare i livelli di attività fisica tra bambini e adolescenti in maniera obiettiva grazie all'uso di accelerometri. Lo studio, lanciato nel 2013 ([SOPHYA 1](#)) e successivamente ripetuto nel 2019-2020 ([SOPHYA 2](#)), ha messo in luce una forte

necessità di promuovere l'attività fisica tra gli adolescenti in tutte le regioni linguistiche. Dallo studio SOPHYA 1 è emerso che gli adolescenti trascorrevano solo il 10% del proprio tempo impegnati in attività con un'intensità da moderata a elevata, mentre passavano il restante 90% della giornata seduti, sdraiati o impegnati in attività a bassa intensità. Nella fascia d'età 5-10 anni, per la quale sono disponibili dati ripetuti e trasversali, risulta che sia nel 2014 che nel 2020 i bambini trascorrevano circa il 13-14% del proprio tempo impegnati in attività da moderate a intense, mentre dedicavano il restante 87% del tempo ad attività sedentarie o a bassa intensità [6.17, 6.18]. L'analisi longitudinale, che ha monitorato la transizione dall'infanzia all'adolescenza, ha riscontrato una flessione sul piano dell'attività fisica: nel 2014 bambini e ragazzi da 6 a 16 anni erano fisicamente attivi per il 10,8% della giornata mentre 5 anni più tardi, quando gli stessi soggetti avevano un'età compresa tra gli 11 e i 20 anni, il tempo dedicato all'attività fisica è calato al 5,8%. Dallo studio comparato ripetitivo è emerso che i bambini tra i 5 e i 10 anni praticavano più attività fisica rispetto alle bambine (111 minuti di attività fisica al giorno nei maschi rispetto a 87 minuti per le femmine nel 2014 e 113 minuti per i maschi contro 93 minuti per le femmine nel 2020).

Non sono state riscontrate differenze significative tra le aree rurali e urbane, anche se lo studio ha messo in luce alcune differenze regionali.

L'osservanza delle raccomandazioni è stata anche associata a un fattore stagionale, con bambini e adolescenti più inclini a praticare almeno 60 minuti di attività fisica al giorno in primavera (69,5%) e in estate (72,7%) piuttosto che in autunno (59,3%) e in inverno (60,6%).

Anche il benessere mentale e la qualità di vita sono stati associati all'osservanza delle raccomandazioni di attività fisica quotidiana ed è stata osservata una qualità di vita più elevata tra i soggetti che aderiscono maggiormente alle raccomandazioni.

6.4.2 Pratica sportiva

Come già menzionato al [punto 6.1](#), la pratica di un'attività sportiva produce molteplici benefici. Dal 2014 si registra un incremento dell'attività sportiva tra i giovani, ma il tasso è ancora relativamente basso. Sulla scorta dei dati rilevati nel periodo 2014-2020, il rapporto più recente dell'Ufficio federale dello sport ha appurato che il 12% dei ragazzi tra 10 e 14 anni e il 18% dei giovani tra 15 e 19 anni non praticano sport

al di fuori delle lezioni obbligatorie di attività fisica nel contesto scolastico. È stato inoltre riscontrato che la pratica sportiva subisce un calo con l'avanzare dell'età. Tra 10 e 14 anni i ragazzi tendono infatti a praticare più sport rispetto ai ragazzi di età compresa tra 15 e 19 anni [6.19]. Secondo lo studio HBSC del 2018, il 90% dei ragazzi tra gli 11 e i 15 anni praticava sport almeno una volta alla settimana in un contesto extrascolastico e il 75% almeno due volte a settimana. Anche in questo caso i risultati sono paragonabili ai dati osservati nel 2002 [6.14]. Dallo studio SOPHYA sono emersi risultati simili in un confronto temporale dal 2013 al 2019-2020: il 39% dei ragazzi ha infatti ridotto la propria pratica sportiva dalla prima adolescenza (11-15 anni) alla tarda adolescenza (16-20 anni) [6.18]. Rispetto ai maschi, le femmine tendono a interrompere con maggiore frequenza la pratica di un'attività sportiva nella transizione dalla fascia d'età 6-10 anni all'adolescenza (11-15 anni) [6.18]. Queste considerazioni sottolineano l'importanza dell'obbligatorietà delle lezioni di educazione fisica nelle scuole svizzere.

Sono diversi i motivi alla base della scarsa pratica sportiva, ma circa un adolescente inattivo su dieci afferma di non riuscire a trovare l'offerta giusta (lo sport giusto, al momento giusto, al posto giusto, al giusto prezzo). Alcuni adolescenti indicano le ristrettezze finanziarie come causa per la mancata pratica di un'attività sportiva, mentre altri affermano di non aver tempo a sufficienza da dedicare allo sport, di non amare particolarmente lo sport o di preferire altri passatempi e interessi. Dallo studio SOPHYA è emerso inoltre che le preferenze sul piano dell'attività fisica variano man mano che gli adolescenti crescono, con una marcata flessione di attività sportive come nuoto, ciclismo e calcio a fronte di un forte incremento di attività fisiche come le escursioni in montagna, la corsa e la palestra [6.18]. Questo dato si riscontra anche nella transizione dall'adolescenza (16-20 anni) alla giovane età adulta (21-25 anni) tra gli adolescenti residenti nella Svizzera italiana e francese nonché nei giovani di nazionalità straniera (non svizzeri o con la doppia cittadinanza) [6.18].

Uno studio recente condotto su adolescenti di 15 e 16 anni in Svizzera ha riscontrato che gli adolescenti che pianificano l'attività fisica (ad es. high action planning) e partecipano alle attività promosse dalle società sportive sono meno inclini a ridurre il tempo dedicato all'attività fisica nella transizione tra la scuola dell'obbligo e l'istruzione di grado secondario superiore [6.20].

6.4.3 Mobilità attiva

La mobilità attiva, che fa parte di uno stile di vita sano, è un modo semplice ed efficace di promuovere l'attività fisica. Usare la bicicletta come mezzo di trasporto per andare a scuola, incontrarsi con gli amici, recarsi verso i luoghi dove si svolgono altre attività di carattere sportivo o sociale oppure per visitare la famiglia permette agli adolescenti di ottenere un certo livello di autonomia e beneficiare degli effetti salutari dell'attività fisica [6.21]. In Svizzera, tuttavia, il numero di adolescenti che possiedono una bicicletta ha subito una flessione e di conseguenza è aumentata la quota di ragazzi che devono condividere una bicicletta o accordarsi per poterne usare una. Tra il 1994 e il 2015, la percentuale di bambini tra i 6 e i 12 anni che aveva un accesso illimitato a una bicicletta è diminuita dal 90% al 71%, mentre la quota risulta essere leggermente più alta tra i ragazzi più grandi, con circa l'85% dei ragazzi tra 13 e 15 anni e l'80% dei ragazzi tra 16 e 20 anni in possesso di una bicicletta. Gli adolescenti che vivono lontano dai centri urbani tendono ad avere una mobilità più attiva: il 90% dei ragazzi tra i 13 e i 15 anni che vivono in un contesto rurale possono disporre di una bicicletta senza restrizioni a fronte di una percentuale pari al 78% tra gli adolescenti che abitano in prossimità dei centri urbani [6.21].

Cambiamenti nella scelta del mezzo di trasporto

La [tabella 6.1](#) e le [figure 6.2](#) e [6.3](#) mostrano chiaramente com'è cambiata la scelta del mezzo di trasporto tra il 1994 e il 2015.

Fascia d'età 13-15 anni: la quota degli spostamenti in bicicletta si è stabilizzata dopo una transizione verso la mobilità pedonale, il trasporto pubblico e il trasporto individuale motorizzato

I ragazzi di età compresa tra i 13 e i 15 anni percorrono circa un terzo dei loro spostamenti a piedi e quasi un quinto in bicicletta, registrando così una mobilità attiva su più della metà degli spostamenti quotidiani. Le quote degli spostamenti con il trasporto pubblico (TP) e con il trasporto individuale motorizzato (TIM) sono entrambe leggermente superiori al 20%. Nel 2015 l'uso della bicicletta ha registrato di nuovo un leggero aumento rispetto al forte calo in atto dal 1994. La riduzione degli spostamenti in bicicletta è stata compensata nel tempo da un aumento degli spostamenti a piedi, con il TP e il TIM.

TABELLA 6.1

Evoluzione della scelta del mezzo di trasporto su tutti i percorsi nazionali (per tutti gli scopi) di bambini e adolescenti dal 1994 al 2015 per fasce d'età

	A piedi	In bicicletta	TP	TIM
6-12 anni	Nessuna variazione +/-0%	Forte riduzione -33%*	Nessuna variazione +2%	Aumento +22%*
13-15 anni	Leggero aumento +11%*	Forte riduzione -42%*	Forte aumento +41%*	Aumento +20%*
16-20 anni	Aumento +29%*	Forte riduzione -64%*	Forte aumento +42%*	Leggera flessione -7%*

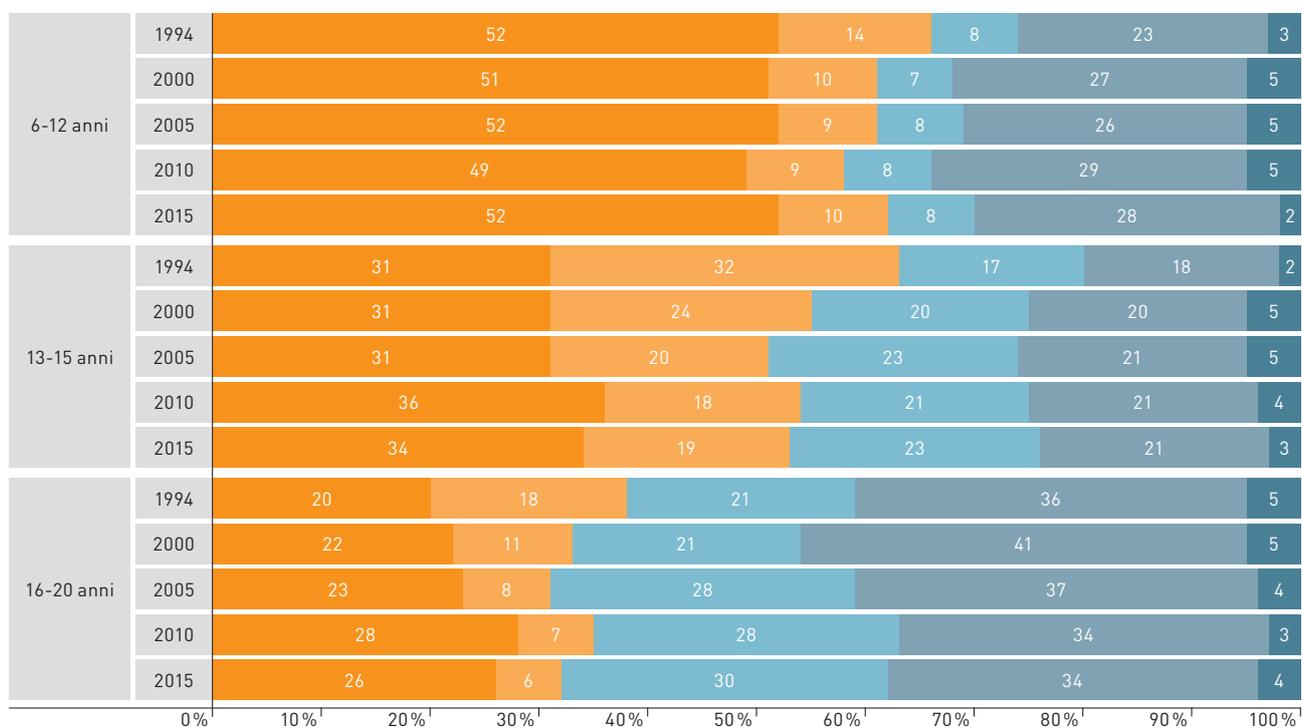
* Variazione significativa ($p < .05$): con una probabilità del 95% non è casuale.

Fonte: [6.21]

FIGURA 6.2

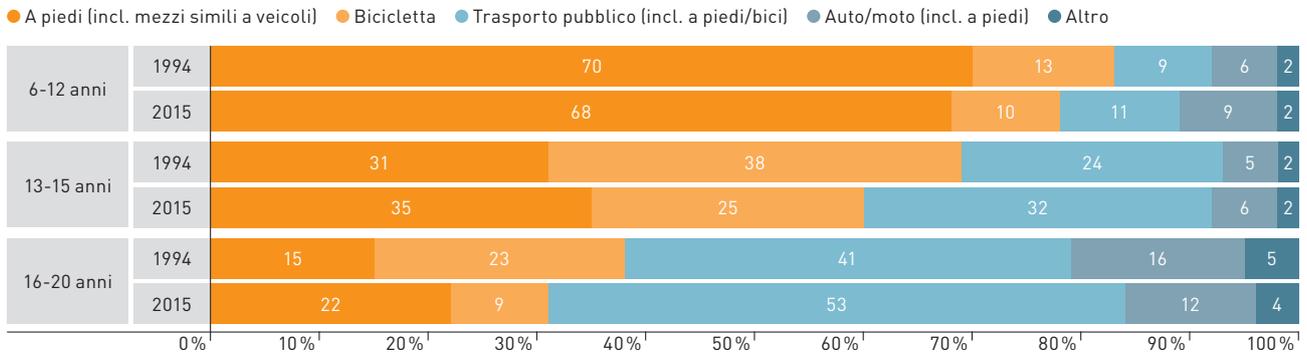
Scelta del mezzo di trasporto per tutti i percorsi nazionali e tutti gli scopi nel 1994, 2000, 2005, 2010 e 2015 per fasce d'età (base: 9847, 18631, 18785, 34864 risp. 36883 spostamenti di bambini e adolescenti)

● A piedi (incl. mezzi simili a veicoli) ● Bicicletta ● Trasporto pubblico (incl. a piedi/bici) ● Auto/moto (incl. a piedi) ● Altro



Fonte: [6.21]

FIGURA 6.3

Scelta del mezzo di trasporto sul percorso casa-scuola risp. casa-luogo di formazione nel 1994 e nel 2015 per fasce d'età (base: 3730 risp. 13419 spostamenti)


Fonte: [6.21]

Fascia d'età 16-20 anni, giovani adulti: più spesso a piedi e con il trasporto pubblico, meno in bici e con il trasporto individuale motorizzato

Nella categoria dei giovani adulti di età compresa tra 16 e 20 anni si registrano le variazioni più grandi sul piano della mobilità negli ultimi due decenni. Gli spostamenti con il TP hanno registrato un aumento del 42%, mentre gli spostamenti a piedi hanno subito un incremento del 29%. Nello stesso periodo gli spostamenti in bicicletta sono calati del 64% e gli spostamenti con il TIM sono diminuiti del 7%. In questa fascia d'età un terzo degli spostamenti rientra nella categoria della mobilità attiva (a piedi 26% e in bicicletta 6%), un terzo avviene con il trasporto pubblico (30%) e un terzo con veicoli a motore (34%).

Nella fascia d'età 16-20 anni i giovani si avvalgono del trasporto pubblico per oltre la metà degli spostamenti sul percorso casa-scuola; il forte incremento degli spostamenti con il TP è riconducibile principalmente all'aumento delle distanze. I ragazzi percorrono circa un quinto degli spostamenti a piedi; anche questa quota ha registrato un aumento considerevole a fronte di una riduzione dei tragitti percorsi con la bicicletta e con il trasporto individuale motorizzato.

6.5 Promozione dell'attività fisica nell'adolescenza

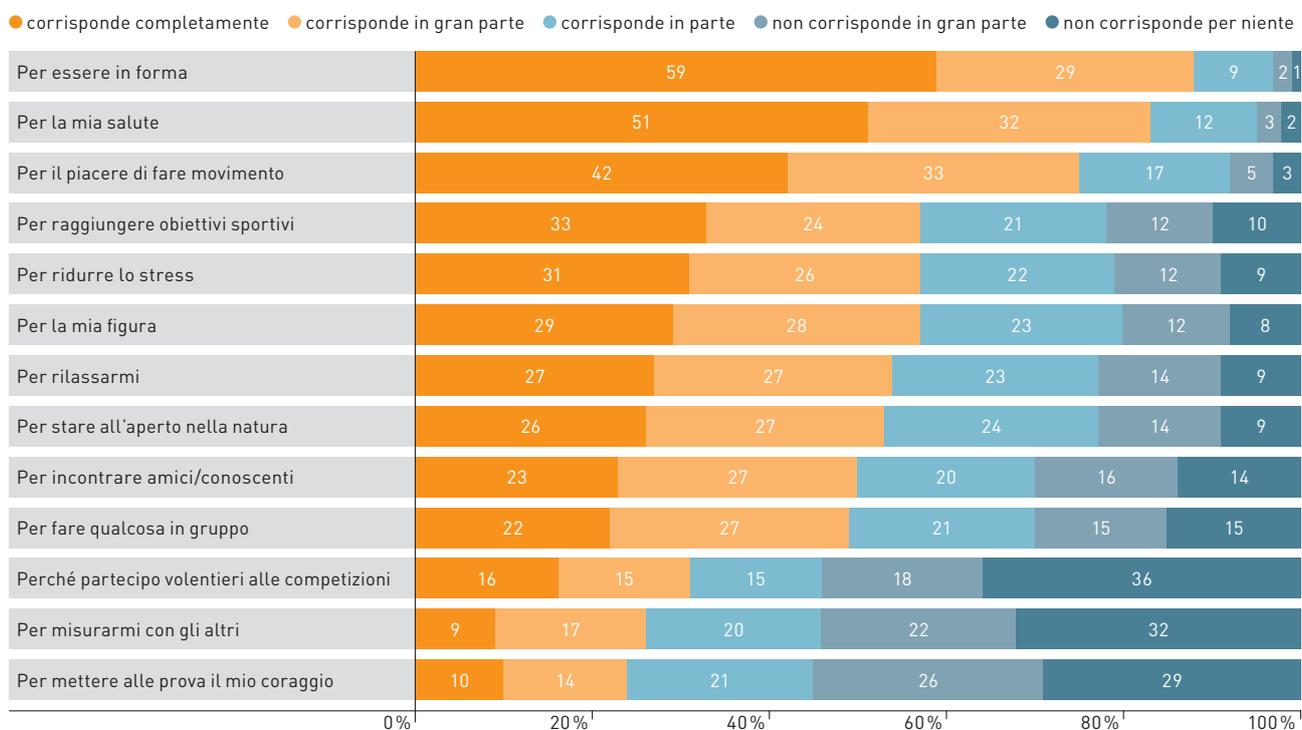
Gli interventi finalizzati a promuovere l'attività fisica nell'adolescenza sono uno strumento fondamentale

che aiuta gli adolescenti a raggiungere i livelli di attività fisica raccomandata e, di conseguenza, ad adottare uno stile di vita sano. Gli interventi di promozione dell'attività fisica sono quindi importanti. Gli interventi occasionali come pure gli interventi incentrati unicamente sull'educazione e sulla motivazione non sono sufficienti al fine di aumentare e/o mantenere livelli sufficienti di attività fisica. È necessario un impegno a lungo termine e servono interventi che integrino aspetti quali una buona policy, la pianificazione urbana, gli ambienti favorevoli al movimento, la realizzazione di attività nelle scuole e nelle comunità, il rafforzamento delle competenze e della motivazione, combinati con misure di promozione di uno stile di vita attivo [6.22, 6.23].

Per poter sviluppare programmi e politiche efficaci è innanzitutto fondamentale sapere perché gli adolescenti praticano oppure non praticano attività fisica. Dallo studio «Sport Svizzera» [6.19] è emerso che i ragazzi di età compresa tra i 15 e i 19 anni praticano uno sport per i seguenti motivi: forma fisica, salute, piacere di muoversi, raggiungere obiettivi, ridurre lo stress, aspetto fisico, rilassarsi, stare all'aria aperta nonché incontrare amici e conoscenti (figura 6.4).

Gli adolescenti più giovani che non praticano sport (10-14 anni) affermano che avrebbero bisogno di più tempo e meno impegni di altro genere (26%), un'offerta adeguata vicino a casa (20%), amici che li motivino (16%), che l'attività sportiva sia divertente (9%) e corrisponda alle loro abilità (4%), che promuova la

FIGURA 6.4

Importanza delle diverse motivazioni (in % di tutti i giovani tra i 15 e i 19 anni che praticano sport)

Fonte: [6.19]

salute (8%) e che non sia proibitiva da un punto di vista finanziario (3%). I motivi cambiano tra gli adolescenti inattivi più grandi. I ragazzi attivi tra i 14 e i 19 anni adducono come motivazioni la forma e l'aspetto fisico (68%), il rilassamento e la riduzione dello stress (65%), il piacere di muoversi (53%), la natura (36%), i contatti sociali (34%), il rischio e le sfide (30%), la competizione e la prestazione (18%) [6.19]. Per incentivare l'attività fisica in maniera efficace bisogna quindi promuovere quelle forme di attività fisica che piacciono o che potrebbero piacere ai giovani a seguito di un'esposizione nel contesto scolastico o comunitario [6.24]. Un modo efficace per promuovere l'attività fisica tra gli adolescenti consiste nel mostrare loro un'ampia gamma di attività, mettendo l'accento sull'attività fisica quotidiana, sul gioco attivo e sul divertimento. La campagna pluriennale VERB, che ha riscontrato un grande successo negli Stati Uniti, si rivolgeva al pubblico giovane con il motto «**It's What You DO!**» («**È quello che fai che conta!**») e metteva in luce il fatto che l'attività fisica è divertente, permette di incontrare altre persone e dedicare del tempo a sé stessi e non è un «compito spiacevole» [6.25].

Il progetto svizzero «GORILLA» promuove nelle scuole e nelle comunità sia l'attività sportiva che quella fisica (ad es. sport freestyle e di tendenza), sensibilizzando i giovani all'importanza di praticare attività fisica tutti i giorni. Secondo le indicazioni fornite dai ragazzi che hanno partecipato al sondaggio «GORILLA» si osservava già un elevato livello di attività fisica prima dell'intervento, con un leggero incremento a seguito dell'intervento [6.26]. Il programma, apprezzato dai gruppi target, fornisce un importante sostegno agli adolescenti nelle scuole e nelle comunità, aiutandoli a mantenere un buon livello di attività fisica e svolgendo al tempo stesso un'importante opera di sensibilizzazione.

Il principale programma di promozione dello sport per gli adolescenti in Svizzera è probabilmente Gioventù+Sport [6.27], che organizza corsi in collaborazione con i cantoni, le federazioni sportive e le associazioni giovanili. Attualmente in Svizzera circa il 47% di tutti i bambini e adolescenti di età compresa tra 5 e 20 anni partecipa alle attività G+S. Il tasso di partecipazione più elevato si riscontra nella fascia d'età 11-14 anni (circa l'80% dei maschi e il 60% delle femmi-

ne). Questo programma, come molti altri, registra un calo della partecipazione dopo i 14 anni (figura 6.5). In questo contesto il potere dell'influenza sociale e dell'osservazione è cruciale. Genitori e coetanei possono promuovere la mobilità attiva sul percorso casa-scuola, il gioco attivo, incoraggiare i ragazzi ad alzarsi e muoversi regolarmente durante lo studio e a ridurre il tempo sedentario. Altrettanto importante è dare il buon esempio. Gli adulti dovrebbero essere visibilmente attivi invece di limitarsi a dire ai ragazzi di essere attivi. I figli adolescenti di genitori inattivi praticano significativamente meno ore di sport [6.19], mentre gli adolescenti i cui genitori sono attivi e attribuiscono molta importanza all'attività fisica risultano essere più attivi [6.18]. Un incremento di 1 minuto nei livelli di attività fisica da moderata a intensa da parte della madre e del padre è stato associato a un aumento rispettivamente di 0,24 e 0,21 minuti nell'attività fisica praticata dai figli adolescenti [6.28]. L'attività fisica praticata dai genitori influisce maggiormente sull'attività fisica dei figli rispetto all'istruzione e al reddito [6.19]. Incoraggiare i genitori ad essere modelli di riferimento e favorire una cultura familiare all'insegna del movimento e della vita attiva incide positivamente sui comportamenti dei figli adolescenti (ad es. famiglie che usano la bicicletta, fanno passeggiate e escursioni in montagna, praticano sport e fanno attività fisiche insieme).

I rischi legati ad un eccesso di esercizio fisico o allo sviluppo di dipendenze comportamentali non dovrebbero ostacolare la promozione dell'attività fisica. Analogamente ad altri comportamenti nocivi per la salute, che si tratti di attività fisica, alimentazione, uso di sostanze, autolesionismo o altro ancora, è importante intervenire tempestivamente e garantire l'accesso e la fornitura delle cure necessarie.



Ulteriori informazioni sulla promozione dell'attività fisica

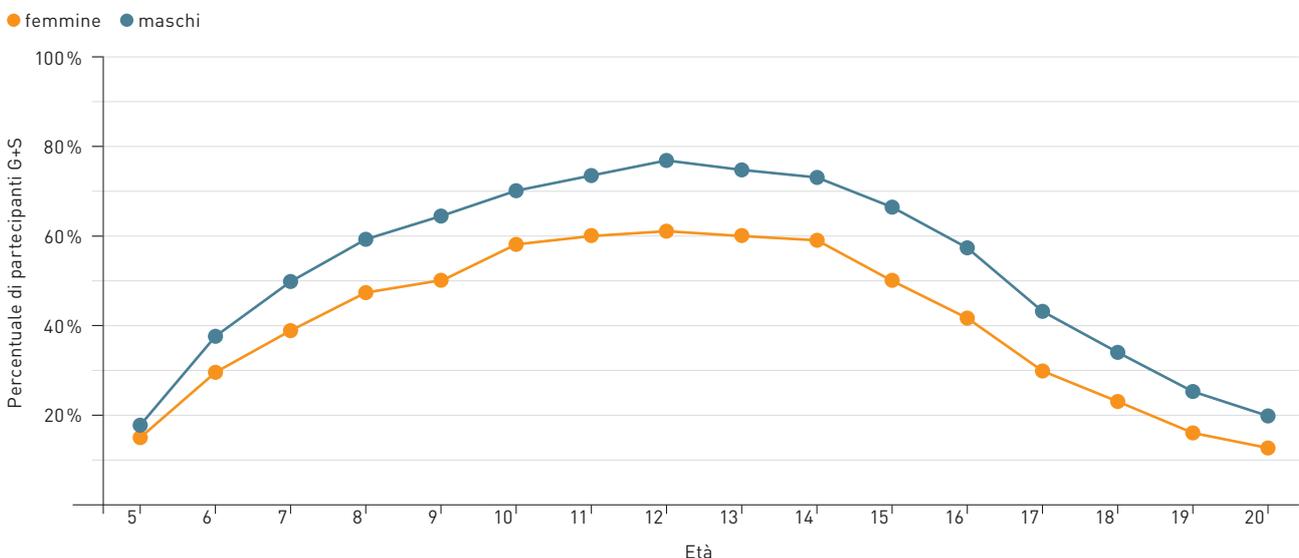
- Foglio d'informazione 68: [Valutazione «GORILLA», 2020-2021](#)
- Foglio d'informazione 57: [Valutazione «Scuola in movimento»](#)
- Foglio d'informazione 52: [Valutazione DEFI VELO](#)

6.6 Pari opportunità nella promozione dell'attività fisica

Per promuovere la parità nell'ambito dell'attività fisica è necessario innanzitutto creare le pari opportunità. A tal fine bisogna capire cosa vogliono gli adolescenti. In questo contesto, oltre ad analizzare

FIGURA 6.5

Percentuale di partecipanti alle attività G+S nella rispettiva fascia d'età per età/sexo, 2020



Fonte: https://www.sportobs.ch/inhalte/Indikatoren_PDF_neu/Ind_6_Sportobs.pdf; i dati di riferimento relativi alla popolazione complessiva nelle rispettive fasce d'età provengono dall'UST e fanno riferimento all'anno 2019.

le evidenze, è fondamentale coinvolgere i ragazzi nella pianificazione dei programmi, garantendo l'accesso alle attività giovanili e sportive a tutti i giovani nonché costruendo comunità e infrastrutture accessibili a tutti, a prescindere dalle abilità fisiche e cognitive nonché dalla condizione socioeconomica degli adolescenti e delle loro famiglie [6.29]. Come già accennato in precedenza, in Svizzera le femmine tendono ad essere meno attive rispetto ai maschi e il livello di attività fisica diminuisce per entrambi i sessi con l'età. Inoltre motivi finanziari e difficoltà ad accedere alle attività che interessano e corrispondono alle abilità dei singoli ostacolano la partecipazione. Di conseguenza il modello della «taglia unica», uguale per tutti, non è indicato per il contesto svizzero.

Mettendo l'accento sull'attività fisica quotidiana, sul gioco attivo e su un'ampia gamma di discipline sportive si aumentano le pari opportunità per tutti gli adolescenti, i quali possono così praticare delle attività che corrispondono maggiormente alle loro preferenze. A tal fine le comunità e le scuole hanno bisogno delle giuste infrastrutture e le stesse devono essere sicure nonché in buono stato di manutenzione. Questo aspetto è particolarmente importante per gli adolescenti che non hanno forti modelli di riferimento in famiglia. Creare un ambiente di quartiere favorevole a uno stile di vita sano è ancora più importante per questi ragazzi dal momento che è accessibile facilmente a tutta la popolazione. Si possono ad esempio creare parchi e aree verdi in prossimità dei luoghi di domicilio e ritrovo degli adolescenti piuttosto che adibire degli spazi in aree verdi già esistenti se queste non sono facilmente raggiungibili per i giovani. Serve una pianificazione urbana intelligente che preveda la costruzione e la manutenzione di marciapiedi, parchi giochi, strade a traffico ridotto, piste ciclopedonali, campi sportivi e spazi sicuri e invitanti per il gioco attivo così da incoraggiarne l'uso. Interventi di questo genere non vanno a beneficio unicamente degli adolescenti. Ne beneficiano le diverse comunità e la società svizzera nel suo complesso.

La comunicazione deve essere inclusiva e non deve involontariamente favorire i maschi o gli adolescenti benestanti. La cartellonistica e le promozioni devono attirare i gruppi target facendo attenzione a non perpetuare gli stereotipi, discriminare o preferire determinate forme e dimensioni corporee oppure ancora suggerire che alcune attività o discipline sportive siano indicate solo per determinate cate-

gorie di adolescenti. La comunicazione si deve rivolgere anche agli adolescenti diversamente abili, migranti e immigrati, appartenenti alla comunità LGBTIQ+ come pure quelli affetti da sovrappeso e in condizione di svantaggio sociale, e a tal fine deve anche avvalersi di immagini di suddette categorie. Gli spazi costruiti e la comunicazione che mirano a promuovere l'attività fisica dovrebbero puntare sul concetto di comunità, sul divertimento, sull'integrazione sociale e sull'accessibilità per tutti gli adolescenti residenti in Svizzera.



Ulteriori informazioni sull'ambiente favorevole al movimento

- Sito web [«Ambiente favorevole al movimento». Offerte e materiale informativo per professionisti](#)

6.7 Fattori di successo ed esempi di buona prassi

In Svizzera sono molti i progetti e i programmi che mirano a promuovere l'attività fisica nell'adolescenza [6.30] (cfr. riquadro [Lista di orientamento](#)). Tuttavia non tutti sono oggetto di valutazione e questo non solo impedisce di conoscere la loro efficacia, ma è anche un'occasione mancata per migliorare i punti deboli e sfruttare maggiormente i punti di forza. Cionondimeno è certo che vi siano buone pratiche in atto sia in Svizzera che all'estero.

Ambienti sociali e ambienti costruiti stimolanti sono fattori chiave per il comportamento motorio in età adolescenziale e un'azione politica efficace dovrebbe mirare a produrre cambiamenti in queste aree. Gli adolescenti traggono beneficio da ambienti costruiti che promuovono diverse forme di attività fisica (come la mobilità attiva, il gioco attivo e lo sport) come pure da un ambiente sociale stimolante sia nel contesto scolastico che in quello extrascolastico.

La **scuola** è considerata un setting ideale per modificare le abitudini sedentarie degli adolescenti e promuovere uno stile di vita più attivo [6.31, 6.32]. L'elevata raggiungibilità degli adolescenti nel contesto scolastico, la presenza di educatori qualificati che sono anche figure di riferimento importanti per gli adolescenti, nonché la disponibilità della scuola a concedere l'accesso alle infrastrutture per l'attività

fisica sono solo alcuni dei punti di forza degli interventi nel contesto scolastico [6.31]. Inoltre questi interventi possono anche essere integrati nelle attività sociali già esistenti nel contesto scolastico, come il programma FunAction realizzato negli Stati Uniti, che ha permesso di aumentare in maniera significativa l'attenzione e la concentrazione degli adolescenti che hanno partecipato a una serie di attività della durata di 45 minuti durante la pausa pranzo scolastica [6.33]. Diversi studi indicano come **gli interventi integrati nel programma scolastico che mettono l'accento sulla promozione dell'attività fisica quotidiana** siano più efficaci e ottengano risultati positivi sul piano dei parametri metabolici e della forma fisica [6.8, 6.32]. Le evidenze raccolte in numerosi studi che hanno esaminato gli interventi destinati a sottogruppi della popolazione in una condizione di svantaggio socioeconomico indicano che le misure e gli interventi nonché le politiche basati sul contesto scolastico e sul gruppo target specifico possono essere particolarmente efficaci nel promuovere l'attività fisica durante l'adolescenza [6.34].

Gli interventi multilivello e gli interventi ambientali sono considerati più efficaci rispetto agli approcci incentrati unicamente sul setting scolastico [6.33, 6.35-6.41]. Un programma multilivello ha dimostrato che puntare su un miglioramento delle conoscenze e sui cambiamenti comportamentali come pure offrire nuove occasioni di essere attivi nella vita di tutti i giorni, a scuola e nel tempo libero, può avere un impatto positivo sulla partecipazione volontaria degli adolescenti, riducendo i comportamenti sedentari [6.39]. Gli interventi politici e ambientali – come permettere agli allievi di usare gli spazi scolastici dopo la scuola – combinati con interventi incentrati sull'alimentazione si sono rivelati efficaci nell'incrementare l'attività fisica tra i maschi [6.38]. Il comportamento motorio degli adolescenti si può migliorare attraverso una combinazione di strategie nel contesto scolastico con interventi a livello ambientale e individuale, ad esempio coinvolgendo i genitori in quanto ambiente di sostegno al di fuori della scuola [6.35].

L'approccio basato sulla persona e orientato allo sviluppo (dall'inglese Person-Based, Development-Oriented approach PBDO) risulta essere promettente per ottenere un livello di attività fisica destinato a durare nel tempo e promuove anche altri comportamenti favorevoli alla salute [6.42]. Questo approccio parte dalla premessa che gli adolescenti vogliono stare bene, essere attivi e in salute, godere di tutti

i benefici derivanti dalla pratica di un'attività fisica (come essere in forma, sentirsi forti, avere energia) e che non sono unicamente concentrati sulla prevenzione delle malattie. Come sottolinea il rapporto sulle pari opportunità nella promozione della salute in Svizzera, coinvolgere gli adolescenti nello sviluppo dei programmi a loro destinati può tradursi in una maggiore partecipazione nonché in una maggiore equità dei programmi stessi [6.29].



Lista di orientamento di Promozione Salute Svizzera

La [lista di orientamento](#) di Promozione Salute Svizzera è una pubblicazione periodica che fornisce una panoramica di misure e progetti, validi e attuali, realizzati nel campo della promozione della salute. La raccolta comprende misure attuate ai livelli interventi, policy, messa in rete e comunicazione.

6.8 Conclusioni

Riassumendo, è fondamentale promuovere in maniera efficace l'attività fisica durante l'adolescenza in Svizzera. Infatti i nostri giovani fanno troppo poco movimento e i livelli di attività fisica insufficienti possono causare conseguenze sanitarie ed economiche a lungo termine. Gli investimenti finalizzati a promuovere l'attività fisica quotidiana, oltre alle attività sportive, hanno ottenuto ottimi risultati in molti paesi. Per ottenere una promozione della salute efficace si consiglia di realizzare interventi longitudinali e multilivello incentrati su fattori individuali, sociali e ambientali, che includono una buona pianificazione urbana, politiche favorevoli alla salute, modelli di riferimento positivi e che mettono l'accento sullo sviluppo positivo e sul divertimento. Per fare in modo che i nostri adolescenti si muovano a sufficienza, per contrastare il calo dei livelli di attività fisica che si registra man mano che i ragazzi crescono, per offrire opportunità più inclusive e sfruttare i molteplici benefici tangibili e intangibili di uno stile di vita attivo sul breve e sul lungo periodo servono programmi che vadano oltre la motivazione e la consapevolezza. Occorrono politiche e interventi incentrati sullo stile di vita e sul divertimento che offrano agli adolescenti un'ampia gamma di opportunità nell'ambiente sociale e fisico.

7 Promozione di un'alimentazione equilibrata

- **Sophie Bucher Della Torre**, Haute école de santé Genève

Sul piano alimentare, l'adolescenza rappresenta una fase di transizione da un'alimentazione essenzialmente controllata e organizzata dai genitori o da altre figure adulte, verso un'autonomia, più o meno influenzata dai pari, nelle scelte alimentari [7.1]. In questa fase della vita evolvono sia i bisogni nutrizionali che il rapporto con l'alimentazione.

7.1 Perché è utile promuovere un'alimentazione equilibrata nell'adolescenza e in giovane età adulta?

Un'alimentazione equilibrata è fondamentale perché, oltre ad apportare all'organismo l'energia e le sostanze nutritive di cui ha bisogno per funzionare in maniera ottimale, favorisce la salute a medio e lungo termine. Lo squilibrio alimentare, sia in termini di qualità che di quantità degli alimenti consumati, è riconosciuto come un fattore di rischio per l'insorgenza di malattie croniche [7.2]. I dati svizzeri indicano che il 14,2% degli adolescenti tra 15 e 19 anni e il 25,7% dei giovani adulti nella fascia d'età 20-24 anni sono affetti da sovrappeso e obesità [7.3]. Un altro fenomeno legato all'alimentazione sono i disturbi del comportamento alimentare, che colpiscono nel corso della vita circa il 3,5% degli individui tra 15 e 60 anni [7.4].

Durante l'adolescenza le abitudini alimentari sviluppate nell'infanzia sono messe in discussione dai ragazzi che devono riappropriarsene e trovare un loro equilibrio personale. È stato dimostrato che le abitudini alimentari degli adolescenti persistono fino in età adulta e possono essere trasmesse anche alla generazione successiva [7.5].

L'adolescenza rappresenta quindi al tempo stesso sia un periodo a rischio che una fase privilegiata per la promozione di abitudini alimentari sane e più in generale di un rapporto sano con il cibo, che posso-

no perdurare per il resto della vita. In un ambiente talvolta definito «tossico», che spinge al consumo di alimenti e bevande poco favorevoli alla salute, è necessario fornire agli adolescenti e ai giovani adulti gli strumenti per fare delle scelte responsabili. In considerazione dei progressi compiuti sul piano dell'autonomia e della capacità di ragionamento astratto in questa fase di vita, l'adolescenza e i primi anni dell'età adulta rappresentano un periodo cruciale per gettare le fondamenta di un'alimentazione competente in età adulta [7.6, 7.7].

7.2 Raccomandazioni nutrizionali e alimentari

La forte crescita e i cambiamenti fisici caratteristici dell'adolescenza incidono direttamente sul fabbisogno energetico e nutrizionale degli adolescenti. In questa fase di vita si assiste anche a una differenziazione tra femmine e maschi sul piano dei bisogni nutrizionali.

Il fabbisogno energetico aumenta e questo può spiegare l'appetito insaziabile che gli adolescenti mostrano in alcuni giorni. In questa fase aumenta in particolare il fabbisogno di determinate sostanze nutritive (ad es. calcio, ferro, zinco o vitamina A). Un'alimentazione varia ed equilibrata permette di coprire questo fabbisogno aumentato, mentre le abitudini alimentari poco equilibrate così come le diete possono provocare delle carenze nutrizionali [7.8]. Le [raccomandazioni alimentari svizzere](#), pubblicate dalla Società Svizzera di Nutrizione SSN, indicano a tutti come soddisfare il proprio fabbisogno nutrizionale attraverso il consumo di pasti equilibrati, integrati da spuntini sani. La SSN ha elaborato anche una [scheda informativa con raccomandazioni dettagliate e numerosi consigli utili](#) destinata più specificamente agli adolescenti [7.9]. Le raccomandazioni legate alla composizione dei pasti o alla ripartizione dell'apporto alimentare sull'arco della giornata possono essere adattate in vari modi ai desideri e alla realtà degli adolescenti, che si trovano in piena fase di transizione e autonomizzazione.

7.3 Cosa mangiano gli adolescenti e i giovani adulti?

Ad oggi non esiste un monitoraggio su larga scala dell'alimentazione in età adolescenziale. Tuttavia diversi studi sul tema dimostrano che, analogamente alla popolazione in generale, anche negli adolescenti si osserva uno **scarto importante tra le raccomandazioni e l'effettivo consumo alimentare**:

- Dallo studio HBSC, realizzato in Svizzera nel 2018, è emerso che meno del 20% dei ragazzi tra gli 11 e i 15 anni seguiva la raccomandazione di consumare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno. Circa la metà dei partecipanti allo studio consumava bevande zuccherate più di una volta a settimana e l'11% più volte al giorno [7.10].
- Anche un altro studio che ha analizzato il comportamento alimentare di 1800 giovani svizzeri tra i 15 e i 24 anni ha riscontrato una scarsa osservanza delle raccomandazioni, in particolare in relazione al consumo di verdure (osservanza pari al 17% per le ragazze e all'11% per i ragazzi) e di latticini (osservanza rispettivamente del 10% e del 18%). Dallo studio è emerso che le ragazze tendono a seguire maggiormente le raccomandazioni rispetto ai maschi, ad eccezione delle raccomandazioni relative al consumo di pesce e latticini [7.11].
- A livello europeo, lo studio HELENA ha appurato che gli adolescenti mangiano solo il 50-60% della quantità raccomandata di frutta, verdura, latte e latticini, a fronte di un consumo eccessivo di carne, prodotti a base di carne, grassi e dolci [7.12]. Sul piano delle sostanze nutritive sono stati osservati apporti insufficienti di folati, delle vitamine A, C, B6 ed E come pure di ferro, magnesio, zinco, fosforo e calcio. La maggior parte degli adolescenti assume un quantitativo insufficiente di fibre, mentre consuma troppi lipidi totali, acidi grassi saturi, sodio e zuccheri liberi [7.13].
- Nota bene: sono in corso i preparativi per la realizzazione di un sondaggio nazionale sull'alimentazione ([menuCH-Kids](#)), commissionato dall'USAV, che fornirà informazioni dettagliate sulla situazione alimentare di bambini e adolescenti tra 6 e 17 anni in Svizzera.

Sul piano del comportamento alimentare gli adolescenti tendono a fare spuntini frequenti, a consumare fast-food e a saltare i pasti, soprattutto la colazione [7.14]. Nella fascia d'età 11-15 anni lo studio

HBSC ha appurato che solo il 46% dei ragazzi fa una colazione vera e propria tutti i giorni (non limitandosi a bere un bicchiere di latte o succo di frutta) [7.10]. Sebbene gli adolescenti e i giovani adulti abbiano una spiccata predilezione per i pasti al ristorante o da asporto come pure per gli spuntini preconfezionati [7.14], è interessante notare che oltre il 90% dei ragazzi di età compresa tra 11 e 15 anni che hanno partecipato allo studio HBSC ha affermato di consumare i pasti in famiglia più giorni alla settimana o persino tutti i giorni [7.10].

Per quanto concerne la fascia d'età dei giovani adulti, diversi studi hanno messo in evidenza abitudini alimentari non ottimali [7.15] nonché un rischio accresciuto di aumento ponderale [7.16].

Sia negli adolescenti che nei giovani adulti si osservano un'apertura mentale, un marcato interesse per le novità, convinzioni forti e interessi personali molto diversificati, che sono all'origine di un ampio ventaglio di stili alimentari e motivazioni [7.17]. Anche il tema dello sviluppo sostenibile è legato all'alimentazione in funzione dell'elevata corrispondenza tra numerosi consigli alimentari e ambientali [7.18].



Per saperne di più:

- [App MySwissFoodPyramid](#)



Promozione Salute Svizzera consiglia anche il seguente opuscolo:

- [Quante zollette di zucchero sono nascoste nelle bevande?](#)

7.4 Fattori che influenzano il consumo alimentare

Molteplici fattori interni ed esterni condizionano le scelte, i consumi e i comportamenti alimentari. Il modello socio-ecologico prevede una suddivisione di questi fattori su quattro livelli:

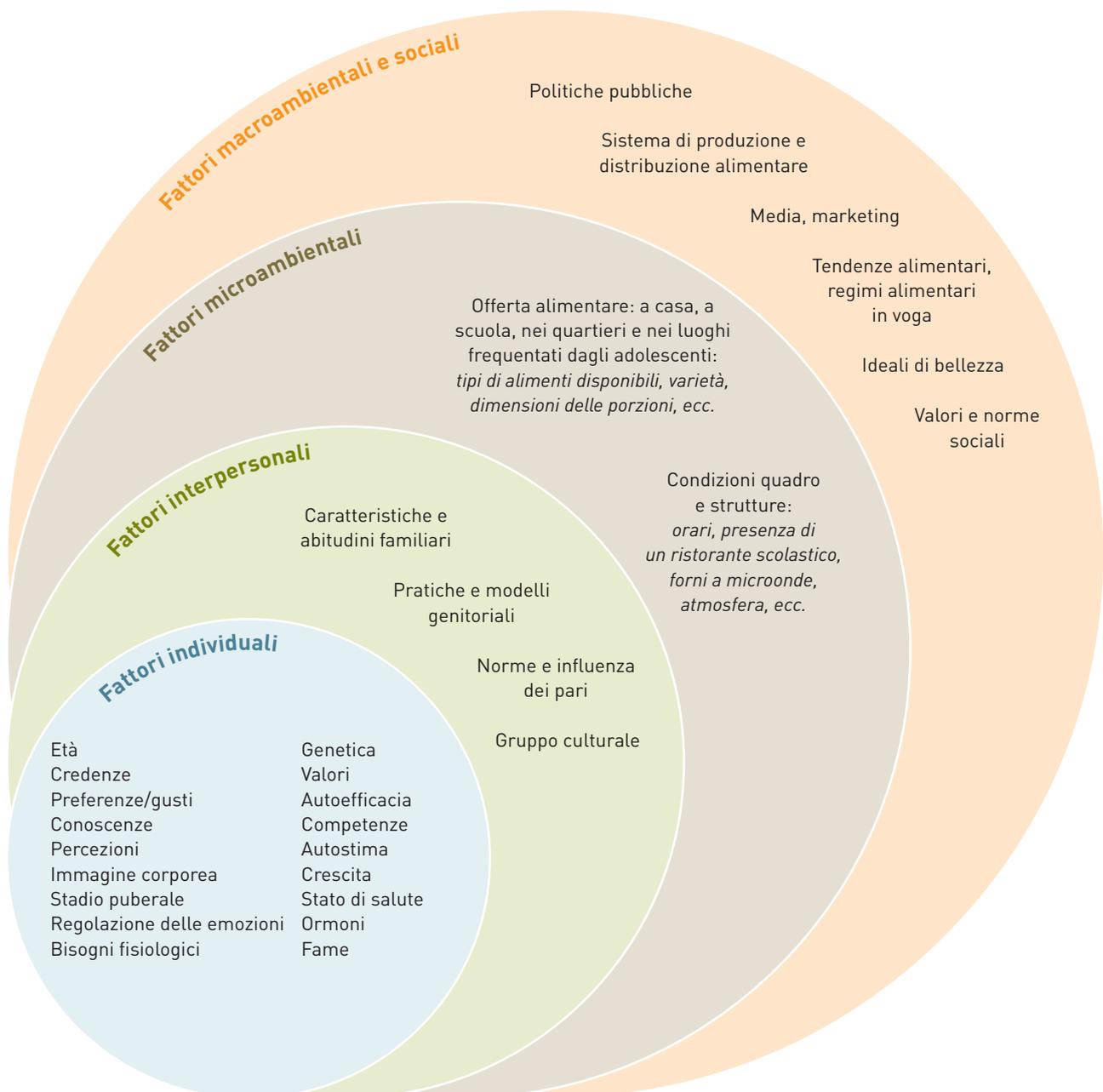
- livello individuale;
- livello interpersonale;
- livello comunitario;
- livello sociale.

La **figura 7.1** illustra i fattori, suddivisi per livelli, che condizionano l'alimentazione degli adolescenti. Il gusto e la comodità (di consumo o di preparazione) sono spesso citati dagli adolescenti come i principali fattori che condizionano le loro scelte alimentari. Altri fattori d'influenza sono l'aspetto delle pietanze, la fame e il potere saziante degli alimenti, il tempo a disposizione, la scelta e la disponibilità, il costo, le abitudini, l'umore, le interazioni sociali, il beneficio

percepito (compresa la salute) nonché le preoccupazioni legate al peso o all'immagine corporea [7.21]. In relazione a quest'ultimo punto, in un contesto di cambiamenti fisici rapidi e talvolta disarmonici, gli adolescenti riferiscono spesso di nutrire importanti preoccupazioni per il loro peso e/o la loro immagine corporea. Invece di servire da motivazione per l'adozione di comportamenti sani, diversi studi indicano che queste preoccupazioni si riflettono in comporta-

FIGURA 7.1

Fattori che condizionano le scelte e i comportamenti alimentari degli adolescenti



Fonti: tradotto e adattato da [7.19, 7.20]

menti controproducenti come diete drastiche, saltare i pasti o l'assunzione di integratori alimentari controversi. A lungo termine, il senso di insoddisfazione con il proprio corpo e l'adozione di regimi alimentari restrittivi risultano essere correlati allo sviluppo del sovrappeso e di disturbi del comportamento alimentare [7.22].

L'autonomia degli adolescenti rispetto alla loro alimentazione è progressiva e dipende dal contesto. Man mano che crescono, gli adolescenti diventano viepiù indipendenti nella pianificazione dei pasti, negli acquisti e nella preparazione degli alimenti. Queste competenze evolvono per gradi; per il pranzo, durante il finesettimana, in determinati contesti (a casa o al ristorante) e in compagnia dei pari [7.1]. In effetti, il fattore sociale – come trascorrere del tempo con gli amici – è una caratteristica importante degli ambienti alimentari a quest'età [7.23]. Le scelte alimentari variano in funzione del contesto (casa, scuola, luogo dedicato al tempo libero, allo sport, ristoranti o negozi) e dell'offerta alimentare disponibile. Da uno studio recente è emerso che i luoghi destinati al tempo libero e allo sport sono quelli dove l'alimentazione degli adolescenti risulta essere maggiormente squilibrata [7.24].

Numerosi studi qualitativi hanno messo in evidenza il fatto che sebbene gli adolescenti comprendano l'importanza di un'alimentazione equilibrata per la loro salute e dispongano di buone conoscenze di base, fanno fatica a mettere in pratica queste conoscenze a causa di diversi ostacoli come la mancanza di tempo, lo scarso senso di competenza percepito, l'assenza di opzioni sane a scuola oppure perché non percepiscono un sentimento d'urgenza relativo alla salute o preferiscono il gusto di altri alimenti [7.23, 7.25].

7.5 Possibili interventi e impatti previsti

7.5.1 Principi di intervento in età adolescenziale

Nel caso di interventi indirizzati agli adolescenti è importante tenere in considerazione determinate caratteristiche proprie di questa fase di vita [7.26, 7.27]:

- sviluppo di competenze del pensiero astratto, possibilità di comprendere gli aspetti più complessi legati all'alimentazione e le conseguenze delle scelte alimentari;
- volontà di prendere le proprie decisioni, contraddistinta tuttavia da una maggiore apertura verso le informazioni relative alla salute;

- crescente autonomia e responsabilità nell'ambito delle scelte alimentari;
- influenza importante dei pari e diffidenza nei confronti degli adulti (soprattutto all'inizio dell'adolescenza).

Gli interventi destinati agli adolescenti devono rispettare la loro indipendenza e incoraggiare la loro capacità decisionale, applicando i seguenti principi [7.26, 7.27]:

- 1) Affrontare i comportamenti modificabili:** porre l'accento su comportamenti o pratiche sulle quali gli adolescenti hanno un centro controllo.
- 2) Le attività devono attingere a motivazioni importanti per gli adolescenti:** le loro motivazioni potrebbero essere, ad esempio, avere energia, buone prestazioni fisiche e cognitive, essere forti, avere una bella pelle o dei bei capelli. I benefici diretti possono essere gli aspetti pratici, il gusto o il costo.
- 3) Utilizzare metodi attivi e, nel limite del possibile, usare alimenti veri:** le attività di preparazione e degustazione del cibo sono molto efficaci, ma le singole attività devono avere uno scopo preciso, in linea con l'obiettivo dell'intervento. La realizzazione di ricette semplici è un mezzo efficace che contribuisce ad accrescere la motivazione degli adolescenti e che permette loro di superare le barriere percepite nonché sviluppare le proprie competenze culinarie. È importante scegliere ricette facili e veloci in modo tale che tutti i ragazzi si sentano coinvolti e partecipi.
- 4) Veicolare i contenuti tenendo conto del livello di sviluppo cognitivo:** le attività non dovrebbero essere troppo difficili, ma dovrebbero essere abbastanza stimolanti e incoraggiare i partecipanti ad affrontare la sfida.
- 5) Integrare aspetti di auto-osservazione e auto-valutazione:** senza cadere nel controllo malsano, si possono incoraggiare gli adolescenti a monitorare i propri progressi.
- 6) Tenere in considerazione le norme sociali e l'influenza dei pari:** gli interventi in gruppo sono una buona occasione per far riflettere gli adolescenti sulle pressioni esterne che agiscono su di loro, analizzando ad esempio la pubblicità, le tecniche di marketing o l'offerta alimentare intorno alla scuola per misurare quanto è forte l'influenza dell'ambiente circostante.

- 7) Integrare la dimensione affettiva:** consentendo agli adolescenti di fare delle esperienze positive in un ambiente sicuro si permette loro di sviluppare anche l'autostima.
- 8) Favorire l'autoregolazione cognitiva:** i giovani sono esposti a numerosi fattori esterni che condizionano le loro scelte alimentari. Gli interventi nutrizionali aiutano i partecipanti a definire un obiettivo personale, concreto e ragionevole nonché a trovare soluzioni creative per raggiungere tale obiettivo.
- 9) Coinvolgere i giovani:** la partecipazione attiva dei ragazzi alla pianificazione e realizzazione degli interventi favorisce il loro interesse e la riuscita dei progetti.

7.5.2 Esempi di interventi

A Promuovere le conoscenze e le competenze

Le conoscenze nutrizionali sono necessarie ma da sole non sono sufficienti per promuovere comportamenti sani. Le conoscenze devono essere legate a competenze e capacità decisionali che permettano di fare delle scelte ponderate in ambito alimentare. Il concetto di «competenze alimentari» («food literacy») fa riferimento a «un insieme di conoscenze, competenze e comportamenti interdipendenti e necessari per pianificare, gestire, selezionare, preparare e consumare gli alimenti al fine di soddisfare i propri bisogni e determinare l'apporto alimentare» [7.28]. Secondo questa definizione le competenze alimentari non si limitano a semplici conoscenze nutrizionali, bensì comprendono anche svariate competenze pratiche nonché la capacità di prendere importanti decisioni a livello alimentare, che vanno dall'informarsi sulla provenienza degli alimenti alla capacità di selezionare e preparare gli alimenti fino all'osservanza delle raccomandazioni alimentari.

Educazione alimentare

L'educazione alimentare è uno dei fattori che contribuisce allo sviluppo delle competenze alimentari. Uno studio austriaco ha analizzato l'associazione tra il numero di ore di educazione alimentare e le qualifiche degli insegnanti e il comportamento alimentare degli allievi, giungendo alla conclusione che un'educazione alimentare più intensa è associata a migliori conoscenze in campo alimentare come pure a migliori competenze alimentari. Dallo studio è anche emerso che migliori conoscenze in campo ali-

mentare sono associate in modo indipendente a un minor consumo di carne e tè freddo nonché a un maggior consumo di verdure e oli vegetali. È stata inoltre riscontrata una correlazione significativa tra le ore di educazione alimentare e un maggior consumo di pane integrale come pure un minor consumo di carne e di bevande energetiche con edulcoranti [7.29].

Laboratori di cucina

Dagli studi che hanno analizzato i laboratori pratici di cucina sono emersi risultati positivi in termini di autostima, competenze alimentari e degustazione di nuovi cibi [7.30]. I laboratori di cucina offrono agli adolescenti e ai giovani adulti la possibilità di fare delle esperienze positive in relazione alla preparazione di piatti sani e gustosi [7.31].

Oltre ad essere associate ad abitudini alimentari sane, sembra che le competenze culinarie perdurino fino in età adulta. Uno studio longitudinale che ha seguito ragazzi dall'età di 15-18 anni fino ai 24-28 anni ha dimostrato che le competenze alimentari e i comportamenti appresi in età adolescenziale persistono nel tempo. Secondo questo studio, insegnare agli adolescenti come preparare i pasti può indurre un cambiamento comportamentale [7.14]. Anche uno studio svizzero, realizzato con un campione di oltre 3500 adulti, ha evidenziato che la partecipazione ad attività di cucina durante l'infanzia si traduce, sia per gli uomini che per le donne, in migliori capacità culinarie in età adulta. In entrambi i casi le migliori capacità culinarie sono state associate a una migliore qualità dell'alimentazione [7.32]. Anche gli approcci digitali sembrano essere promettenti, sebbene non siano ancora oggetto di studi approfonditi. Il programma «Squire's Quest», ad esempio, prevede la preparazione di pasti in una cucina virtuale [7.33]. Altri studi hanno analizzato l'impiego dei serious games, di avatar virtuali o la visione di video [7.34].

Giardinaggio

Anche se l'effetto a lungo termine non è ancora stato dimostrato, gli interventi di giardinaggio con gli adolescenti (incentrati sul consumo di frutta e verdura) hanno prodotto effetti positivi quali un aumento delle preferenze e della volontà di assaggiare frutta e verdura nonché un aumento del consumo effettivo di questi alimenti [7.30].

Concetto di piacere ed educazione sensoriale

Il piacere di mangiare è fondamentale per sviluppare un rapporto positivo con il cibo e dovrebbe quindi essere tenuto in debita considerazione negli interventi di promozione dell'alimentazione equilibrata. Il piacere di mangiare implica molteplici dimensioni come le esperienze sensoriali, le esperienze sociali, il processo di preparazione degli alimenti, la novità, la varietà, l'alimentazione consapevole, le sensazioni fisiche, il luogo in cui si consumano gli alimenti e i ricordi associati all'alimentazione [7.35]. Le attività di educazione sensoriale e di degustazione consapevole permettono di esplorare l'alimentazione con tutti i sensi e di aprirsi a una maggiore varietà di alimenti. I principi della degustazione basata sull'uso di tutti i sensi possono essere integrati negli interventi destinati agli adolescenti [7.36]. Gli interventi descritti nei paragrafi precedenti contribuiscono a promuovere il piacere di mangiare attraverso strategie incentrate sulle esperienze sensoriali, sulla pratica in cucina e la condivisione di attività, sull'alimentazione consapevole nonché sui ricordi positivi legati a un'alimentazione sana. In quest'ottica risultano essere approcci promettenti [7.35].



Esempi di programmi in Svizzera:

- **Progetto GORILLA:** il progetto si prefigge di trasmettere ai giovani il piacere di muoversi e li incoraggia a seguire un'alimentazione equilibrata attraverso laboratori pratici e una piattaforma educativa.
- **Kebab+:** in base alle attività proposte, i giovani preparano dei pasti gustosi, scoprendo i principi di un'alimentazione equilibrata e/o organizzano dei pasti in comune, per loro stessi o per altri.
- **Progetto Regi&Na:** durante un campo della durata di una settimana i giovani sono invitati a volgere uno sguardo critico sulla produzione alimentare e sulla loro cultura alimentare nonché ad apprendere a percepire meglio i bisogni e i segnali inviati dal proprio organismo.
- **Progetto Sant«e»scalade:** nel quadro degli allenamenti per la corsa popolare ginevrina dell'Escalade, i ragazzi partecipano a delle sessioni sui temi dell'alimentazione e dell'attività fisica.

B Modificare l'offerta alimentare, facilitarne l'accesso e la disponibilità

Numerosi esperti concordano nel sottolineare l'importanza di creare un ambiente che favorisca le scelte sane nei contesti dove vi sono degli adolescenti. In questi contesti le scelte più sane dovrebbero essere anche le più facili da prendere. Al centro dell'attenzione vi sono le scuole e altri luoghi di formazione. Siccome gli adolescenti trascorrono una parte significativa del proprio tempo in questi luoghi si tratta di un modo efficace per raggiungere tutti gli adolescenti, a prescindere dalle loro origini o dalla loro condizione socio-economica.

Le scuole offrono alimenti e bevande nei ristoranti scolastici, ma anche attraverso eventuali distributori automatici o altri punti di vendita puntuali. In questo contesto si possono attuare diversi interventi a più livelli:

- **ampliamento dell'offerta:** distribuzione di frutta, verdura o acqua nelle scuole; introduzione di standard per i cibi e le bevande serviti nelle scuole;
- **restrizione dell'offerta:** introduzione di standard alimentari per la vendita di cibi e bevande nelle scuole;
- **adeguamento dell'architettura della scelta** per favorire le scelte sane;
- **adeguamento dei prezzi delle derrate alimentari:** aumentare il prezzo di determinati alimenti e bevande (ad es. bevande zuccherate) e ridurre il prezzo di altri alimenti (menu equilibrato, zuppa di verdure, frutta, ecc.).

Studi realizzati in diversi paesi sono giunti alla conclusione che gli interventi che si prefiggono di creare un ambiente propizio all'alimentazione equilibrata attraverso un miglioramento dell'offerta alimentare sono una misura efficace per migliorare le abitudini alimentari. Contribuiscono infatti ad aumentare il consumo di alimenti e bevande sane e/o a ridurre il consumo di alimenti e bevande con un scarso valore nutrizionale [7.37, 7.38].

Esistono anche altre misure su larga scala che consentono di creare un ambiente favorevole all'alimentazione sana ed equilibrata, ma non saranno oggetto di approfondimento nel presente rapporto. Queste misure comprendono, ad esempio, una migliore etichettatura degli alimenti tramite etichette nutrizionali oppure etichette a semaforo per agevolare la scelta al momento dell'acquisto, una limita-

zione delle attività di marketing indirizzate al pubblico infantile, l'impiego di strumenti economici (tasse, sovvenzioni) che agevolino l'accesso a prodotti sani e riducano l'attrattiva di altri prodotti o una migliore composizione nutrizionale degli alimenti da parte dei produttori.



Alcuni esempi

- **Fourchette verte**: marchio conferito ai servizi di ristorazione che servono un piatto del giorno equilibrato, presente in molti istituti scolastici.
- Distributori di frutta in Vallese: 16 tonnellate di mele distribuite in Vallese nell'anno scolastico 2017-2018. [Indagine](#) della Federazione romanda dei consumatori (FRC).
- **Pausenkiosk**: gli allievi delle scuole medie della città di Berna creano insieme spuntini sani e gustosi da vendere durante la ricreazione.

7.5.3 Competenze mediali

Gli adolescenti sono bombardati da messaggi sulla salute, sull'alimentazione e sul corpo. L'educazione ai media è una componente importante delle competenze alimentari che si è rivelata efficace poiché consente di prevenire lo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare. I programmi che prevedono un'analisi critica dei media perseguono tra l'altro i seguenti obiettivi:

- sensibilizzare in merito ai messaggi veicolati dai media concernenti il peso, il fisico ideale, gli stereotipi di genere e l'oggettificazione del corpo (cfr. [capitolo 5](#));
- stimolare lo spirito critico in relazione ai messaggi alimentari (diete, ecc.) e alle «fake news» divulgate dai media nonché alle strategie di marketing e alle tecniche di manipolazione usate dai media per creare ideali di bellezza.

Nel campo dell'alimentazione e della nutrizione esistono molti influencer e blogger che comunicano e pubblicano online informazioni, opinioni, consigli, foto e ricette; tuttavia spesso senza un fondamento scientifico. Le reti sociali hanno un enorme potenziale per motivare i giovani a cucinare e mangiare

sano, ma l'offerta digitale è ancora lacunosa. È necessario intervenire in questo ambito per migliorare e valutare la qualità dei contenuti.

L'educazione ai media ha anche dei benefici più ampi, illustrati in modo approfondito nel [capitolo 9](#) [7.39, 7.40].



Lista di orientamento

di Promozione Salute Svizzera

La [lista di orientamento](#) di Promozione Salute Svizzera è una pubblicazione periodica che fornisce una panoramica di misure e progetti, validi e attuali, realizzati nel campo della promozione della salute. La raccolta comprende misure attuate ai livelli interventi, policy, messa in rete e comunicazione.

7.6 Pari opportunità nella promozione dell'alimentazione equilibrata

L'obesità, che è un importante fattore di rischio per l'insorgenza di malattie croniche, colpisce in misura sproporzionata le persone con uno statuto socioeconomico basso [7.41]. Uno studio svizzero ha dimostrato che l'alimentazione squilibrata è una delle cause all'origine dell'obesità, ma che vi sono anche altri fattori in gioco [7.42]. I sottogruppi della popolazione che vivono in una condizione di svantaggio sociale devono superare numerosi ostacoli per poter seguire un'alimentazione sana [7.43] ed è importante tenere conto di questo aspetto nell'ambito della realizzazione degli interventi.

Le misure strutturali volte a promuovere l'alimentazione equilibrata hanno il pregio di riuscire a raggiungere tutta la popolazione e risultare particolarmente efficaci per i gruppi della popolazione con uno statuto socioeconomico basso. Gli interventi realizzati nelle scuole consentono infatti di raggiungere anche gli adolescenti socialmente svantaggiati, in particolare i progetti che mirano a migliorare l'offerta alimentare nel contesto scolastico o a integrare la promozione dell'alimentazione equilibrata nel piano di studi [7.44]. Le misure risultano inoltre essere più efficaci se sono combinate a interventi realizzati a livello individuale. Da qui l'importanza di combinare tra loro misure comportamentali e misure strutturali [7.44].



Tra le misure di promozione delle competenze alimentari, gli interventi che prevedono lo svolgimento di laboratori di cucina si sono rivelati efficaci nel migliorare l'alimentazione degli adolescenti provenienti da fasce della popolazione a basso reddito [7.30]. Per agevolare l'accesso ai programmi di educazione alimentare bisogna inoltre puntare sull'utilizzo di materiali didattici visivi (redatti per lettori con scarse competenze alfabetiche e se possibile tradotti) e di immagini di cibi (reali, fittizi o confezioni).

Più in generale, anche la definizione di un gruppo target specifico e la partecipazione del gruppo target allo sviluppo e alla realizzazione del progetto sono ulteriori fattori di successo. Il coinvolgimento dei genitori è considerato importante e risulta essere particolarmente benefico quando si tratta di offrire un sostegno agli adolescenti provenienti da contesti di svantaggio sociale. Da ultimo, è particolarmente importante anche l'aspetto ludico delle attività [7.44].

Nel quadro della promozione di un'alimentazione equilibrata e nell'ottica delle pari opportunità vi sono altri tre aspetti importanti da tenere in considerazione. In primo luogo, le abitudini alimentari sono profondamente legate alla cultura d'origine e nessuno deve essere costretto a scegliere tra la propria cultura e la propria salute. Le competenze culturali sono quindi fondamentali nell'ambito dello sviluppo di misure volte a promuovere un'alimentazione equilibrata [7.45]. In secondo luogo, la promozione delle competenze alimentari, in particolare lo sviluppo delle competenze culinarie, può essere considerato un mezzo per contrastare gli stereotipi di genere e la ripartizione iniqua del lavoro domestico tra uomini e donne [7.31]. Da ultimo, l'insicurezza alimentare è una realtà della quale bisogna tenere conto nell'ambito degli interventi volti a promuovere un'alimentazione equilibrata [7.46], ad esempio:

- mettendo a disposizione informazioni sulle offerte di sostegno disponibili nella regione;
- usando alimenti di stagione, ma anche frutta e verdura surgelata o in conserva;
- insegnando agli adolescenti più grandi come pianificare dei menù e fare la lista della spesa;
- proponendo delle ricette a base di uova o legumi;
- promuovendo il consumo di acqua del rubinetto.

Alcuni esempi di progetti in Svizzera

- [Operatori di prossimità nel campo della salute](#): questo progetto mira, tra le altre cose, a promuovere un'alimentazione sana nella popolazione migrante a Ginevra, attraverso dei laboratori co-animati da operatori di prossimità e da professionisti della salute.
- Sito internet [«Gut, gesund und günstig essen»](#): promozione delle competenze alimentari nel quotidiano grazie alla disponibilità di materiali gratuiti.
- Ricettario [«Mangiare bene spendendo poco»](#).



Per saperne di più

Rapporto [Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera. Definizioni, introduzione teorica, raccomandazioni per la prassi](#), redatto da D. Weber. Berna: PSCH, UFSP, CDS (2020).

7.7 Conclusioni

Nonostante molteplici studi abbiano analizzato gli interventi di promozione di un'alimentazione sana ed equilibrata destinati agli adolescenti mancano le evidenze che consentono di individuare gli interventi più efficaci nonché le modalità più promettenti in termini di durata e di realizzazione [7.30].

Gli esperti concordano nel raccomandare una durata e un'intensità sufficiente degli interventi nonché l'utilizzo di modelli teorici e strumenti collaudati per strutturare e valutare gli interventi [7.27, 7.30]. Sulla base dei programmi esistenti sono state inoltre identificate diverse strategie promettenti:

- interventi nel contesto scolastico;
- coinvolgimento dei genitori;
- interventi che combinano le tematiche alimentazione e attività fisica;
- programma di insegnamento sull'alimentazione e sull'attività fisica;
- misure ambientali;
- sessioni di attività fisica;
- durata relativamente lunga dell'intervento (almeno un anno).

Malgrado i risultati ottenuti finora sul piano dei cambiamenti comportamentali siano incoraggianti a breve o medio termine, non si conoscono ancora gli effetti a lungo termine [7.47]. Resta tuttora da chiarire la questione del rapporto dose-effetto come pure la necessità di prevedere dei «booster» a seguito degli interventi. In attesa delle risposte a tali quesiti è opportuno continuare a veicolare messaggi e realizzare interventi coerenti, in diversi contesti e per ogni fase della vita.

7.7.1 Professionisti della salute

È importante sottolineare il ruolo dei professionisti della salute. Nel quadro della loro attività, oltre a trasmettere messaggi volti a promuovere l'alimentazione varia ed equilibrata, questi specialisti hanno anche la possibilità di individuare i ragazzi con fattori di rischio che possono evolvere in un problema di sovrappeso, un disturbo del comportamento alimentare o una carenza nutrizionale. Tenendo conto del rischio di stigmatizzazione, i professionisti della salute possono aiutare gli adolescenti e le loro famiglie a concentrarsi meno sul peso e a dare maggiore importanza a un cambiamento del comportamento destinato a durare nel tempo, osservando le seguenti raccomandazioni [7.48, 7.49]:

- sconsigliare le diete, incoraggiando piuttosto i giovani ad adottare comportamenti alimentari e motori favorevoli alla salute, che si possono mantenere nel tempo;
- promuovere un'immagine corporea positiva;
- incoraggiare il consumo più frequente di pasti in famiglia in un'atmosfera piacevole;
- incoraggiare le famiglie a parlare meno del peso e ad impegnarsi maggiormente in casa per favorire un'alimentazione sana e l'attività fisica;
- considerare il fatto che gli adolescenti affetti da sovrappeso hanno sicuramente subito delle umiliazioni legate al peso e quindi affrontare questo tema con i diretti interessati e le loro famiglie.

7.7.2 Priorità d'azione sul piano alimentare

Sulla scorta delle evidenze scientifiche e delle esperienze fatte finora, di seguito sono riassunte le priorità d'azione per promuovere abitudini alimentari sane in età adolescenziale e in giovane età adulta in funzione dei livelli d'influenza descritti in precedenza [7.26, 7.27, 7.48].

Livello individuale:

- promuovere un'alimentazione varia, gustosa ed equilibrata con apporti commisurati ai bisogni individuali, ponendo l'accento sui comportamenti modificabili, ovvero:
 - mangiare almeno 5 porzioni di frutta o verdura al giorno;
 - limitare il consumo di bevande zuccherate e incentivare il consumo di bevande non zuccherate;
 - fare colazione tutti i giorni;
 - prestare attenzione alle dimensioni delle porzioni nonché ai segnali di fame e sazietà;
 - evitare le pratiche malsane di controllo del peso;
- sviluppare le competenze legate all'acquisto, alla preparazione e al consumo degli alimenti;
- spiegare i numerosi cambiamenti che si verificano nell'adolescenza.

Livello interpersonale:

- promuovere una cultura e un rapporto positivo con il cibo evitando di classificare gli alimenti in «buoni» e «cattivi»;
- incoraggiare l'autonomia e la responsabilità in campo alimentare;
- mettere l'accento sull'importanza dei pasti in famiglia e di un ambiente disteso durante questi momenti;
- promuovere un'immagine corporea positiva e incentivare i comportamenti sani;
- lottare attivamente per contrastare gli scherni e le osservazioni sul peso e sull'apparenza nel contesto familiare, scolastico, sportivo o altrove.

Livello ambientale:

- promuovere un'offerta alimentare che favorisca le scelte sane;
- migliorare il gusto e l'aspetto degli alimenti sani;
- rimpiazzare gli alimenti meno sani con cibi più salutari;
- agevolare le scelte sane rendendo i cibi sani più disponibili e pratici, ad esempio usando la tecnica del «nudging»;
- rendere l'alimentazione sana «cool» – fare pubblicità.

8 Promozione della salute psichica

- **Frank Wieber**, Università di scienze applicate di Zurigo (ZHAW)
- **Agnes von Wyl**, Università di scienze applicate di Zurigo (ZHAW)
- **Annina Zysset**, Università di scienze applicate di Zurigo (ZHAW)

8.1 Principi e definizioni

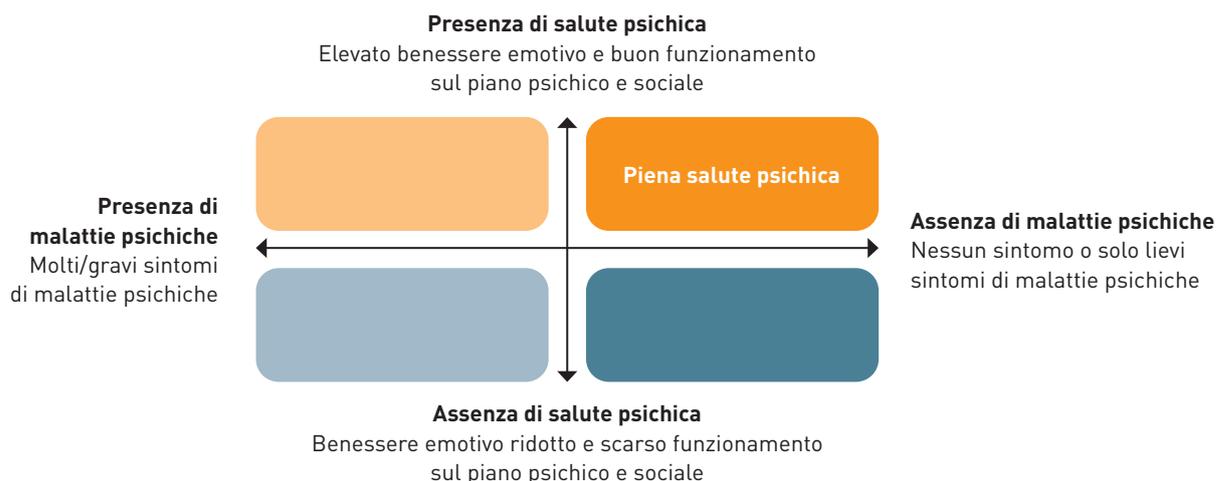
8.1.1 Salute psichica e disturbi psichici

L'OMS definisce la salute psichica come «uno stato di benessere nel quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità» [8.1].

Il modello affermato del continuum salute-malattia di Antonovsky mette in luce la presenza di transizioni fluide tra salute e malattia. Un altro quadro di riferimento euristico, utile e pratico ai fini della promozione della salute nell'adolescenza, è il **dual continuum model** [8.2] (cfr. rapporto Obsan 72 [8.3]). Questo modello consente infatti di riconoscere la presenza di un disagio di natura psichica che non si manifesta sotto forma di disturbo psichico. L'asse verticale del modello (figura 8.1) rappresenta il benessere psichico, da elevato a basso, mentre l'asse orizzontale indica la presenza, elevata o ridotta, di disturbi o malattie psichiche. Secondo questo modello, gli adolescenti possono avere un benessere psichico ridotto anche in assenza di disturbi psichici oppure possono avere un elevato benessere psichico nonostante la presenza di disturbi psichici [8.3].

FIGURA 8.1

Dual continuum model secondo Keyes



- Persone con un elevato benessere psichico, senza disturbi di natura psichica
- Persone con un elevato benessere psichico, con un disturbo psichico diagnosticabile
- Persone con un benessere psichico ridotto, senza disturbi di natura psichica
- Persone con un benessere psichico ridotto, con un disturbo psichico diagnosticabile

Fonti: [8.2, 8.3]

8.1.2 L'adolescenza è un'importante fase di transizione con possibili ripercussioni sulla salute psichica

L'adolescenza è una fase di vita caratterizzata da molteplici cambiamenti che possono provocare situazioni di stress. Per questo motivo, e non solo, l'adolescenza e la giovane età adulta sono considerate una fase vulnerabile per la salute psichica.

Anche a **livello neurobiologico** si verificano dei cambiamenti che possono incidere sullo sviluppo psichico. I ricercatori si interrogano, ad esempio, se il fatto che la **corteccia prefrontale**, una regione del cervello legata al controllo degli impulsi, non sia ancora completamente sviluppata, possa **favorire i comportamenti a rischio** in età adolescenziale [8.4]. Le correlazioni sono probabilmente ben più complesse [8.5, 8.6], ma di sicuro l'adolescenza è un'età evolutiva caratterizzata da importanti cambiamenti strutturali e funzionali a livello cerebrale, che in genere si concludono solo verso i 25 anni. Si tratta quindi di una fase **sensibile** per lo sviluppo di **strategie di adattamento malsane** che possono avere **ripercussioni negative sulla salute psichica** e che si possono tradurre in un'accresciuta sensibilità e vulnerabilità [8.7]. La pubertà può essere anche vista come una «**seconda occasione**» grazie alla spinta evolutiva che consente di correggere o compensare i deficit di sviluppo o i modelli comportamentali disfunzionali dell'infanzia.

8.1.3 Risorse e carichi

Le risorse e i carichi (spesso definiti anche fattori di protezione e di rischio) sono fattori che potenzialmente possono avere un effetto positivo o negativo sulla salute psichica. Oltre a rinforzare la salute psichica, le risorse possono attenuare gli effetti negativi dei carichi. **L'equilibrio tra risorse e carichi è determinante** per il mantenimento della salute. Sia le risorse che i carichi possono risiedere all'interno (fattori interni) o al di fuori (fattori esterni) della persona. Un approccio che consente di promuovere la salute psichica dei bambini e degli adolescenti consiste nel **rafforzare le loro risorse interne ed esterne**.

I **fattori di rischio** all'origine dei **disturbi psichici** si possono suddividere in due **grandi categorie** [8.8]:

- **caratteristiche biologiche o psicologiche** (fattori interni), ad esempio una predisposizione genetica;
- **caratteristiche psicosociali** dell'ambiente (fattori esterni), ad esempio abbandono, maltrattamenti e abusi, disturbi psichici dei genitori.

Per quanto concerne le **risorse**, la ricerca ha comprovato **l'effetto protettivo** delle seguenti risorse interne:

- elevato senso di autoefficacia (cfr. 8.4.2);
- buone competenze di vita (cfr. 8.4.3);
- percezione positiva di sé stessi (concetto di sé);
- rispetto di sé;
- atteggiamento positivo verso la vita (ottimismo).

Le offerte di promozione universale della salute sono spesso incentrate sul **rafforzamento delle risorse interne modificabili** come il senso di **autoefficacia** [8.9-8.11] o le **competenze di vita**. Ma vi sono approcci che prendono in considerazione anche i fattori esterni come l'ambiente di vita, il contesto scolastico o formativo allo scopo di creare un ambiente favorevole e rafforzare così le risorse esterne.

Oltre ai **fattori di protezione familiari** (qualità dell'attaccamento e delle relazioni, clima familiare positivo), nel corso dell'adolescenza le **risorse esterne** comprendono in misura crescente i contatti prosociali con i **coetanei**. È importante che i fattori di protezione familiari siano rafforzati in maniera tempestiva a partire dalla prima infanzia. Altri fattori esterni importanti sono le risorse sociali (cfr. 8.4.4) come pure la qualità delle strutture preposte all'istruzione e alla formazione degli adolescenti [8.12].

Nel caso di bambini e adolescenti che sono già stati esposti a diversi fattori di rischio (carichi) si consiglia di intraprendere degli sforzi per **ridurre tali fattori di rischio** [8.11], tra i quali figurano la povertà, lo statuto socioeconomico basso, esperienze di violenza, genitori minorenni o malattie (psichiche) dei genitori.



Ulteriori informazioni sulla promozione della salute degli adolescenti e dei giovani adulti

Per i professionisti:

- Opuscolo [Risorse sociali](#)
- Scheda informativa [10 passi per la salute mentale](#)
- Rapport 6: [La santé psychique tout au long de la vie](#)



Ulteriori informazioni di altre organizzazioni

Per i professionisti:

- Opuscolo [Salute psichica nell'adolescenza. Sensibilizzazione e riconoscimento precoce. Informazioni per pediatri e medici di famiglia](#) (in tedesco)
- [Progetto di ricerca sulla salute psichica nell'adolescenza](#) (in tedesco)
- [Promuovere la salute psichica degli adolescenti nel contesto scolastico e nello spazio sociale. Guida di riferimento per professionisti](#) (in francese)

Per i genitori:

- [Rafforzare un'immagine corporea positiva: Estratto dalla lettera di Pro Juventute ai genitori degli adolescenti](#)
- [Lettere speciali](#) su vari argomenti, ad esempio adolescenti, pressione e stress, denaro e consumi
- www.projuventute.ch
- www.kinderschutz.ch
- www.formazioneideigenitori.ch

Per gli adolescenti:

- [«Abbi cura di te!» Una «cassetta degli attrezzi» per adolescenti che intendono affrontare le sfide in maniera attiva](#)
- [10 passi per la tua salute mentale](#) (in tedesco)
- Campagna [«Kennsch es?»](#) nel Canton Zugo
- [SalutePsi](#) per i giovani tra i 13 e i 18 anni
- Alfabeto emozionale della campagna [«Come stai?»](#)

8.2 Perché è utile promuovere la salute psichica nell'adolescenza?

La promozione della salute psichica nell'adolescenza è importante per diversi motivi.

8.2.1 Permette di rafforzare gli sviluppi positivi

L'adolescenza è un **momento ideale per la realizzazione degli interventi**. Da un lato durante l'adolescenza si manifestano per la prima volta la maggior parte delle malattie psichiche e dei comportamenti a rischio, dall'altro lato in questa fase di vita si osserva un'elevata variabilità degli schemi di pensiero e comportamento nell'ambito dello sviluppo cerebrale [8.13]. Grazie alle misure di promozione della salute psichica gli adolescenti imparano ad occuparsi attivamente della propria salute psichica e a **gestire autonomamente i propri comportamenti di salute**. Questo processo di apprendimento è fondamentale al fine di sviluppare e **consolidare abitudini e comportamenti destinati a durare nel tempo**, producendo benefici che si potranno raccogliere lungo l'intero arco della vita in funzione dello stretto legame tra la salute psichica e quella fisica [8.14].

8.2.2 Permette di contrastare gli sviluppi negativi

I fattori di rischio fanno incrementare in maniera costante e crescente la predisposizione a sviluppare malattie psichiche fino in età adulta. La presenza di risorse forti contribuisce a ridurre la frequenza dei disturbi psichici oppure ad alleviarne il decorso previsto nel senso di conseguenze meno nocive [8.15]. Spesso le persone affette da una salute psichica precaria sviluppano comportamenti a rischio come il consumo di tabacco, alcol e altre sostanze nonché comportamenti sessuali a rischio e comportamenti violenti, i cui effetti si protraggono per tutta la vita con possibili gravi conseguenze [8.16, 8.17]. Migliorare la salute psichica risulta quindi essere una misura efficace al fine di prevenire le dipendenze, le malattie trasmissibili e la violenza. Evitare o **ridurre i comportamenti a rischio** contribuisce anche a ridurre la sofferenza di terzi. I comportamenti violenti, ad esempio, generano problemi di natura psichica anche nelle vittime.

Dopo gli infortuni, i **suicidi** sono la causa di decesso più frequente tra gli adolescenti più grandi [8.13]. Oltre il 90% dei giovani con tendenze suicide presentava un **disturbo psichico** nell'anno precedente. In molti casi si trattava di una depressione clinica associata al consumo di sostanze e ad altri fattori

di carico come la morte o la perdita di una persona cara, violenza o incertezza legata al proprio orientamento sessuale [8.18]. La promozione della salute psichica contribuisce a prevenire lo sviluppo di disturbi psichici e dipendenze rivelandosi quindi essere una forma di prevenzione del suicidio.

La cronicizzazione delle malattie psichiche, oltre a provocare un elevato livello di sofferenza, è associata a costi elevati (ad es. in caso di incapacità di guadagno). La **promozione della salute psichica** riduce il rischio di sviluppare malattie psichiche croniche. Esistono forti **evidenze economiche** a favore degli interventi scolastici che mirano a migliorare la salute psichica di bambini e adolescenti [8.19, 8.20]. Per promuovere la salute psichica nei paesi a medio e alto reddito, nella sua lista degli interventi economicamente efficienti per la salute mentale [8.21] l'OMS consiglia di realizzare programmi di apprendimento socio-emotivo nel contesto scolastico destinati a tutti gli adolescenti e non solo a quelli a rischio.

8.3 La salute psichica degli adolescenti in Svizzera

8.3.1 Benessere

Lo studio rappresentativo **HBSC** interroga ad intervalli regolari gli adolescenti in merito al loro stato di salute generale e alla soddisfazione per la vita. I dati relativi all'anno 2018 indicano che **la maggioranza dei ragazzi di età compresa tra 11 e 15 anni si sentiva bene**: in questa fascia d'età il 90,7% dei maschi e l'83,7% delle femmine affermava di avere un grado di soddisfazione per la propria vita da piuttosto elevato a elevato [8.22]. I valori sono rimasti pressoché invariati nel corso delle cinque indagini (dal 2002 al 2018), anche se il valore relativo alla soddisfazione per la vita risulta sempre leggermente più basso nella fascia d'età 12-15 anni rispetto ai ragazzi di 11 anni.

8.3.2 Prevalenza di malattie e anomalie psichiche

In mancanza di dati attuali e affidabili relativi alle malattie e anomalie psichiche in età adolescenziale in Svizzera (cfr. [riquadro](#) sulla misurazione) si fa generalmente riferimento ai dati relativi alla prevalenza misurati nell'ambito dello studio **ZESCAP** (Zurich Epidemiological Study of Child & Adolescent Psychopathology), risalente al 1994, e del successivo studio longitudinale **ZAPPS** (Zürcher Adoleszenten-

Psychologie- und Psychopathologie-Studie), con rilevamento dati dal 1994 al 2004/05 (ad es. [8.23]). Nel 1994 questo studio rappresentativo per il Canton Zurigo ha riscontrato una prevalenza semestrale di disturbi psichici negli adolescenti di età compresa tra 14 e 17 anni pari al 12,8%. Questo significa che circa il **13% degli adolescenti** in questa fascia d'età era affetto da un **disturbo psichico** in un periodo di sei mesi. Questi dati sono equiparabili alle statistiche internazionali: una meta-analisi del 2015 che ha analizzato 41 studi realizzati in 27 paesi ha riscontrato una prevalenza media del 13,4% per i quattro principali gruppi di disturbi (ansia, depressioni, ADHD, disturbi del comportamento) [8.24].



Come si misurano i disturbi psichici e le anomalie psichiche?

Quando gli studi parlano di prevalenze di malattie o disturbi psichici si presuppone che i dati siano stati raccolti nell'ambito di interviste diagnostiche e che sulla base di tali interviste siano state fatte delle diagnosi di disturbi psichici. Siccome questo metodo è molto dispendioso in termini di tempo e soldi, molti studi epidemiologici preferiscono ricorrere ai cosiddetti strumenti di screening. Si tratta di questionari che i partecipanti allo studio devono compilare autonomamente, ma in questo caso le risposte forniscono solo un'indicazione della presenza di un disturbo psichico. Per ovviare a questa circostanza si ricorre all'uso di termini generici come anomalie psichiche o disagi psichici. Spesso gli studi indicano anche con quale probabilità si è in presenza di un disturbo psichico.

Per la fascia d'età dei giovani adulti è disponibile uno studio attuale e rappresentativo sulla prevalenza delle anomalie psichiche, ovvero lo **Swiss Youth Epidemiological Study on Mental Health** (S-YESMH) che ha analizzato i dati di 3840 persone di età compresa tra **17 e 22 anni**. Nel 2018, in circa un terzo delle giovani donne e un quinto dei giovani uomini sono stati riscontrati indizi di uno dei tre seguenti disturbi psichici: **depressione, ansia o ADHD**. È interessante notare che quasi la metà di queste persone non riteneva necessario sottoporsi a un trattamento terapeutico, mentre due terzi non avevano mai con-

sultato un professionista. I motivi all'origine di queste scelte potrebbero essere una conoscenza insufficiente dei sintomi clinici o la difficoltà ad accedere a un trattamento terapeutico [8.25, 8.26].

Lo studio **HBSC** raccoglie dati relativi alla presenza di disturbi psicoaffettivi come **tristezza, cattivo umore, nervosismo, stanchezza, ansia, rabbia e difficoltà ad addormentarsi** negli adolescenti di età compresa tra **11 e 15 anni** [8.22]. Nella **figura 8.2** è rappresentata, per ciascuno di questi disturbi, la percentuale di bambini e adolescenti che negli ultimi sei mesi si sono, ad esempio, sentiti tristi più volte alla settimana o ancora più spesso (in maniera cronica). Nel 2018 è stato misurato il valore più alto per tutti i disturbi rispetto alle quattro misurazioni precedenti. Solo il valore relativo alla rabbia ha registrato una leggera flessione. Da notare anche la presenza di **valori più elevati tra le ragazze rispetto ai ragazzi** per tutti i disturbi [8.22].

Oltre ai disturbi più comuni come la depressione, l'ansia e l'ADHD, durante l'adolescenza emergono anche altri disturbi di natura psichica come i **disturbi del comportamento alimentare** e le **dipendenze**.

Anche la **schizofrenia** si manifesta spesso per la prima volta in età adolescenziale. Le diagnosi di disturbi psichici dovrebbero essere integrate in un processo di accertamento globale che tenga in considerazione anche il livello di sviluppo degli adolescenti.

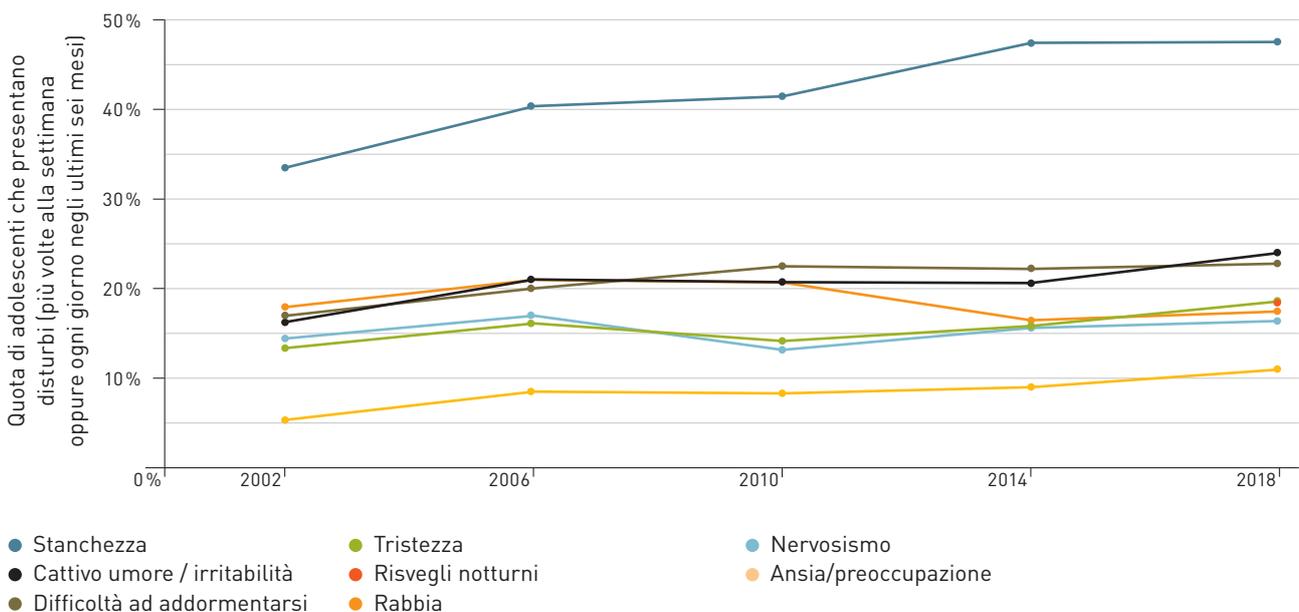


Diagnosi orientata allo sviluppo

La diagnosi di disturbi psichici in età infantile e adolescenziale deve sempre tenere in considerazione il livello di sviluppo del bambino o dell'adolescente. Questo significa che bisogna adeguare il processo diagnostico allo stadio di sviluppo. Bisogna inoltre tenere conto del fatto che le anomalie psichiche si manifestano in modi diversi nei vari stadi di sviluppo. Anche i diversi ambienti di vita dei bambini e degli adolescenti rivestono un ruolo importante in questo contesto: oltre alle relazioni con la famiglia e con i pari bisogna considerare anche il contesto scolastico.

FIGURA 8.2

Evoluzione dei disturbi psicoaffettivi frequenti o cronici nei ragazzi di 15 anni, dal 2002 al 2018



Fonte: Dipendenze Svizzera – HBSC

8.3.3 La pandemia di coronavirus

Diversi studi (ad es. [8.27, 8.28]) indicano che le **persone più giovani** sono state **colpite maggiormente** sotto il profilo psichico dalla pandemia di coronavirus **rispetto alle persone in età più avanzata**. L'impatto del primo lockdown sulla salute psichica dei giovani in Svizzera è stato analizzato anche da Mohler-Kuo et al. [8.25]. Lo studio ha appurato che circa **un terzo** dei bambini e adolescenti di età compresa tra 12 e 17 anni (35,2%) è risultato positivo allo screening per un **disturbo psichico**, mentre il 30,1% dei ragazzi in questa fascia d'età presenta un **uso problematico di internet**; una tendenza confermata anche da altri studi [8.29]. Un indizio dell'eccessivo disagio vissuto da bambini e adolescente è l'aumento considerevole dei **ricoveri di emergenza nei servizi di psichiatria pediatrica e adolescenziale**. Un iniziale aumento è stato registrato durante il primo lockdown nella primavera del 2020, ma vi è stato un incremento ancora più considerevole nella seconda ondata pandemica tra l'autunno del 2020 e la primavera del 2021 [8.29]. Numerosi altri studi mettono in luce gli effetti di vasta portata che la pandemia di coronavirus produce sul benessere psichico degli adolescenti. Le revisioni narrative prodotte da Dratva et al. nel 2021 e nel 2022, su incarico dell'UFSP e della SSPH+, forniscono una panoramica dei risultati osservati in Svizzera e nell'area europea [8.30, 8.31]. Con il ritiro delle misure restrittive legate alla pandemia si osservano segnali di un leggero miglioramento, ma è presumibile che gli **effetti della pandemia** sulla salute psichica **persistano nel tempo**. Da qui l'importanza di **monitorare** in maniera regolare e approfondita **la salute psichica** degli adolescenti nonché ottimizzare le **offerte di promozione** della salute anche nei prossimi anni.



Coronavirus e promozione della salute

- Foglio di lavoro 56: [Impatto della pandemia del coronavirus sulla promozione della salute](#)
- Foglio di lavoro 52: [Impatto della pandemia di coronavirus sui limiti e sulle risorse della popolazione in materia di salute](#)

8.3.4 Inserimento nel mondo del lavoro

Oltre alla pandemia, anche la **transizione dopo la scuola dell'obbligo** rappresenta una sfida per la salute psichica nell'adolescenza. In Svizzera quasi un ragazzo su sei non trova una soluzione professionale al termine della scuola dell'obbligo [8.32]. Le cosiddette offerte di formazione transitoria sostengono questi ragazzi nella ricerca di un posto di tirocinio o di lavoro. I giovani che non trovano una soluzione al termine della scolarità obbligatoria sono maggiormente interessati da situazioni di disagio psichico o da disturbi psichici veri e propri rispetto a quelli che frequentano un tirocinio o una scuola del grado secondario superiore [8.33]. Se da un lato la **manca di un posto di formazione** rappresenta un fattore di carico a livello psichico, dall'altro ci sono molti giovani che **non riescono a trovare un posto di tirocinio proprio a causa di una malattia psichica**. Questa situazione si riflette nelle rendite d'invalidità. Baer et al. [8.34] hanno appurato che solo il 14% delle persone che beneficiavano di una rendita Al prima dei 23 anni aveva concluso una formazione professionale con un attestato federale di capacità (AFC). Mentre dal 2005 è in atto un calo delle nuove rendite per motivi psichici nelle altre fasce d'età, dal 1995 le richieste per nuove rendite sono aumentate del 6% circa tra i più giovani (18-19 anni) e del 2% nei giovani da 20 a 24 anni. Non di rado si tratta di rendite di invalidità totali che spesso vengono erogate fino al raggiungimento dell'età di pensionamento; la rendita in molti casi viene richiesta prima del 23° anno di vita e nell'84% dei casi si tratta di rendite al 100% [8.34] che generano costi ingenti. L'esclusione precoce dal mondo del lavoro può inoltre provocare una destabilizzazione sociale della persona interessata, che a sua volta può portare allo sviluppo di altre patologie psichiche. Per questo è così importante **l'inserimento tempestivo nel mondo del lavoro**.

Alcuni esempi di progetti che si inseriscono nel contesto formativo e professionale sono il [progetto «LIFT»](#), un programma che sostiene i giovani con condizioni di partenza difficili nella transizione dalla scuola dell'obbligo alla formazione professionale, [Apprentice](#) che promuove la salute psichica degli

apprendisti e [prev@WORK](#), un programma rivolto ai giovani adulti che seguono una formazione. Quest'ultimo programma mira a ridurre le assenze e i comportamenti scorretti legati al consumo di sostanze nonché a rendere i giovani più consapevoli dei fattori di rischio e protezione.



Excursus

Giovani e lavoro: condizioni di lavoro e salute

- **Ilona Hannich**, Promozione Salute Svizzera

Il [foglio di lavoro 55](#) di Promozione Salute Svizzera [8.60] riassume le principali conoscenze sul tema della salute e delle risorse rispettivamente dei carichi legati al mondo del lavoro per la fascia di età compresa tra i 16 e i 24 anni.

Stato di salute e situazione di vita

I giovani lavoratori tendono a percepire il proprio stato di salute come buono o molto buono più spesso rispetto ad altre fasce di età. Hanno meno malattie croniche, soffrono più raramente di ipertensione e hanno un indice di massa corporea più basso. Per quanto riguarda la salute psichica si riscontra invece un maggiore disagio e anche i pensieri suicidi sono più diffusi tra i giovani rispetto ai lavoratori più in là con gli anni. I giovani dispongono inoltre di risorse personali meno sviluppate, come nel caso dell'autoefficacia e delle capacità di coping. Per quanto concerne le risorse in ambito privato, i giovani percepiscono un maggiore sostegno da parte della rete sociale rispetto ad altre fasce di età. Nella vita privata hanno inoltre una quantità inferiore di carichi, si pensi ad esempio alle faccende domestiche e agli impegni di cura dei figli.

Fattori di carico legati al lavoro

In ambito lavorativo i giovani segnalano una maggiore sollecitazione a livello fisico rispetto alle altre fasce d'età. Non si sentono particolarmente sollecitati sul piano della pressione temporale, del multitasking o delle interruzioni del lavoro, mentre percepiscono un carico maggiore a livello di contenuti del lavoro e tendono a considerare i compiti loro assegnati come contraddittori in misura più frequente rispetto ai colleghi più anziani.

Risorse legate al lavoro

I giovani lavoratori hanno maggiori opportunità di imparare cose nuove sul lavoro, ma hanno meno margine di manovra e possibilità limitate di partecipare alle decisioni. In genere si sentono meglio supportati dai superiori e all'interno del team rispetto ai colleghi più anziani. Il sostegno sociale è quindi una delle risorse centrali dei giovani lavoratori.

Il **Job Stress Index (JSI)** misura il rapporto tra i carichi e le risorse sul lavoro. Dall'inizio delle rilevazioni nel 2014, i lavoratori giovani risultano essere la fascia d'età maggiormente affetta dallo stress, quindi con il peggior rapporto tra carichi e risorse. Circa il 30-40% dei giovani è talmente sollecitato sul lavoro che si possono presumere conseguenze negative sulla salute e perdite di produttività dovute alla salute.

Nei giovani lavoratori si osserva inoltre un'elevata permeabilità tra vita professionale e vita privata. Questo significa che i problemi personali si ripercuotono maggiormente sul lavoro e viceversa.

Le principali raccomandazioni d'intervento in sintesi

Area d'intervento «Persone di riferimento»:

- rafforzare in maniera mirata i responsabili della formazione professionale nelle aziende attraverso formazioni di base e formazioni continue, erogando risorse adeguate e riconoscendo l'importanza della loro funzione;
- promuovere lo scambio regolare di informazioni tra i vari attori;
- promuovere lo scambio tra pari.

Area d'intervento «Impostazione del lavoro e delle mansioni»:

- fornire ai giovani mansioni motivanti, con obiettivi chiari e allo stesso tempo con un margine

di manovra sufficiente per consentire loro di maturare esperienze di autoefficacia e significatività;

- garantire una gestione dei carichi fisici favorevole alla salute, riducendo i carichi evitabili e rafforzando le risorse nonché le misure protettive;
- assicurare un accompagnamento personale concedendo spazio alle incertezze, alle domande e agli errori nonché garantire un buon equilibrio tra sostegno e responsabilità individuale;
- prestare attenzione alle interazioni tra vita professionale e vita privata.

Area d'intervento «sfide psicologiche»:

- fare opera di sensibilizzazione preventiva e migliorare le conoscenze, sia degli apprendisti che dei responsabili della formazione, su temi quali la gestione dello stress e la salute psichica;

- rafforzare le strategie di coping e aiutare i giovani a sviluppare le competenze che permettono loro di gestire lo stress e regolare le emozioni;
- riconoscere in maniera tempestiva le situazioni di disagio psichico affrontando in maniera aperta ed empatica le difficoltà (ad es. presentismo, basso livello di concentrazione sul lavoro, stress, consumo di alcol e droghe)

Nel quadro del programma Apprentice, Promozione Salute Svizzera ha elaborato delle offerte che consentono di promuovere la salute psichica degli apprendisti nel setting aziendale. L'offerta è incentrata sia sul livello comportamentale che su quello strutturale. Per ulteriori informazioni si invita a consultare la pagina fws-apprentice.ch.

8.4 Promozione della salute psichica nell'adolescenza

Il tema della promozione della salute psichica nell'adolescenza ha acquisito una crescente importanza negli ultimi anni. L'iniziativa «**Helping Adolescents Thrive**» (HAT) [8.35] promossa dall'OMS, ad esempio, esorta tutti i paesi a implementare interventi per promuovere la salute psichica degli adolescenti. In questo contesto è importante che gli interventi non siano incentrati unicamente sull'individuo, bensì prendano in considerazione anche il suo ambiente [8.36, 8.37].



Lista di orientamento di Promozione Salute Svizzera

La [lista di orientamento](#) di Promozione Salute Svizzera è una pubblicazione periodica che fornisce una panoramica di misure e progetti, validi e attuali, realizzati nel campo della promozione della salute. La raccolta comprende misure attuate ai livelli interventi, policy, messa in rete e comunicazione.

Nel campo della promozione della salute psichica sono **numerosi** gli **approcci** che si sono rivelati promettenti. I comportamenti favorevoli alla salute come dormire a sufficienza, praticare sufficiente attività fisica, seguire un'alimentazione sana o fare un uso consapevole dei media hanno effetti positivi sulla salute psichica [8.38]. In questo capitolo ci concentreremo sui **fattori di protezione psicologici** e in particolare sulle risorse interne come **l'autoefficacia**, le **competenze di vita** («life skills education» [8.39]) e le **competenze di salute** nonché sul **sostegno sociale**, un'importante risorsa esterna.

8.4.1 Promuovere l'autoefficacia

L'autoefficacia è una risorsa interna e un fattore di protezione psicologico. Un elevato senso di autoefficacia permette di non scoraggiarsi di fronte alle difficoltà o agli ostacoli che si incontrano sul cammino verso il raggiungimento dei propri obiettivi. La capacità di non rinunciare e insistere è spesso il fattore decisivo che permette di raggiungere i propri obiettivi a lungo termine, che si tratti di rendimento scolastico o salute.



Definizione 8.1

Autoefficacia

Il termine autoefficacia descrive la convinzione soggettiva di essere in grado di fare o imparare qualcosa. Per questo spesso si usa anche il termine «aspettativa di autoefficacia» (dall'inglese «self-efficacy expectancy»). Le persone con un elevato senso di autoefficacia tendono a credere «Ce la posso fare!» piuttosto che «È troppo difficile, non ce la faccio». [8.11, 8.40, 8.41]



Ulteriori informazioni sul tema dell'autoefficacia

- Video: [Introduzione all'autoefficacia](#)
- [Autoefficacia: un opuscolo per gli attori dei programmi d'azione cantonali impegnati nella promozione dell'autoefficacia e delle life skills](#)

La necessità di promuovere l'autoefficacia in età adolescenziale è documentata nel rapporto nazionale sulla salute [8.36]. Rispetto alla popolazione totale, in Svizzera i giovani tra i 16 e i 25 anni presentano un livello più basso di autoefficacia (65,7% vs. 71,8%) e hanno con minor frequenza la sensazione di essere in grado di autodeterminare la propria vita (senso di padronanza; 29,8% vs. 37,4%) [8.36].

Secondo Bandura [8.42] l'autoefficacia si può rinforzare attraverso:

- esperienze di successo personali (esperienza diretta, è quella che produce l'impatto maggiore);
- esperienza vicaria (osservazione di persone simili che riescono a portare a termine un compito, modelli di riferimento);
- incoraggiamento e apprezzamento da parte di terzi (esperienza simbolica).

Il [video](#) di Promozione Salute Svizzera per la promozione dell'autoefficacia nell'adolescenza illustra i meccanismi alla base dell'autoefficacia [8.43].

Anche la cura del corpo e della psiche contribuisce a rafforzare la risorsa interna dell'autoefficacia. Gli adolescenti che dispongono di strategie per staccare la spina e recuperare le energie si sentono maggiormente a loro agio nella propria pelle [8.9]. Gli adolescenti che non conoscono strategie di questo

genere corrono il rischio di mettere in atto comportamenti che generano un senso di autoefficacia a breve termine (diete, sport eccessivo, consumo di calmanti o sostanze che creano dipendenza, ecc.). Tali comportamenti sono tuttavia problematici e potenzialmente nocivi per la salute in una prospettiva a lungo termine [8.9, 8.44].

8.4.2 Promuovere le competenze di vita

Il **concetto delle competenze di vita** è stato coniato dall'**OMS** [8.45] e funge da base concettuale per numerosi progetti di promozione della salute. Anche le competenze di vita rientrano nella categoria delle risorse interne e dei fattori di protezione psicologici. Le competenze di vita comprendono diverse abilità di base che servono a un soggetto per affrontare in modo efficace le situazioni che la vita gli presenta. Le competenze di vita si possono suddividere in dieci competenze di base che a loro volta possono essere raggruppate in cinque coppie [8.45]:

- 1) capacità di risolvere i problemi – capacità di prendere decisioni
- 2) pensiero creativo – pensiero critico
- 3) abilità comunicative – abilità relazionali
- 4) consapevolezza di sé – empatia
- 5) gestione dello stress – gestione delle emozioni

Sul sito web di [Promotion santé Valais](#) sono disponibili dei [video](#) che illustrano in maniera divertente le diverse competenze di vita (disponibili in francese o tedesco vallesano).

Sebbene tutte le competenze di vita svolgano un ruolo importante durante l'adolescenza, la capacità di gestire lo stress e le emozioni risulta essere particolarmente cruciale per la promozione della salute. **La capacità di gestire lo stress** è una competenza di vita che acquisisce un'importanza crescente durante l'adolescenza e in giovane età adulta. In questa fase di vita le sollecitazioni aumentano e i giovani non sempre dispongono delle capacità per affrontarle [8.44]. Il cosiddetto modello transazionale dello stress [8.46] illustra quattro approcci che consentono di prevenire lo stress:

- 1) rivalutare la situazione di partenza;
- 2) rafforzare le risorse che permettono di affrontare la situazione;
- 3) riconoscere tempestivamente i segnali di stress;
- 4) identificare le situazioni che provocano stress sul piano individuale.

Un progetto che mira a migliorare le capacità di gestione dello stress è il progetto tedesco [«SNAKE – Stress nicht als Katastrophe erleben»](#). Questo progetto, che si inserisce nel contesto scolastico, si pone come obiettivo di insegnare agli adolescenti a gestire meglio lo stress attraverso l'utilizzo di principi di terapia comportamentale come le tecniche di rilassamento e le strategie di risoluzione dei problemi. La regolazione emotiva è una competenza di vita fondamentale poiché permette di controllare e regolare i sentimenti eccessivamente negativi o positivi nonché di evitare forti oscillazioni. Alcuni progetti che affrontano questa competenza di vita in modo mirato sono [«Start Now»](#) e [«Stress – wir packen das!»](#).

Altre competenze di vita come le **abilità comunicative** e le **capacità relazionali** sono importanti perché consentono di instaurare e coltivare delle relazioni. Le relazioni interpersonali, insieme all'integrazione sociale e alle reti sociali, rientrano nella categoria delle risorse esterne. Disporre di buone relazioni sociali è un fattore di protezione imprescindibile per la salute psichica e in quanto tale va rafforzato. Un progetto che promuove le capacità relazionali, l'empatia e la capacità di comunicare in maniera efficace è [«Denk-Wege»](#).

Un ulteriore esempio è il **programma basato sulla mindfulness** [«MoMento»](#), che promuove l'apprendimento socio-emotivo e le capacità relazionali nelle scuole dell'infanzia e nelle scuole elementari.

Anche la **consapevolezza di sé** e l'**empatia** sono competenze di vita che si possono integrare in modo mirato nei progetti di promozione della salute psichica. Essere in grado di percepire in maniera consapevole come ci si sente e cosa ci fa bene è importante per riuscire a riconoscere le azioni che hanno un effetto positivo o negativo sulla nostra salute psichica. Queste competenze di vita sono promosse ad esempio nel progetto [«Bodytalk PEP»](#). La piattaforma [«#SOBINICH»](#), che collabora con il programma [«#MOICMOI»](#) nella Svizzera romanda, affronta la questione dell'immagine corporea sana (Healthy Body Image). Entrambe le piattaforme [«#SOBINICH»](#) e [«#MOICMOI»](#) mirano a promuovere l'immagine corporea sana negli adolescenti.

Oltre agli interventi che mirano a rafforzare le singole competenze di vita vi sono anche delle misure che promuovono le **competenze di vita nel loro insieme**. La pubblicazione [«Lebenskompetenz entwi-](#)

[ckeln – Eine Arbeitshilfe für Schulen»](#), ad esempio, fornisce spunti pedagogici e didattici per le scuole [8.47]. Un'altra offerta è [«feel-ok»](#), che presenta diversi metodi per promuovere la salute psichica nell'ambito dell'animazione socioculturale giovanile e in ambito scolastico, facendo riferimento alle competenze di vita. L'opuscolo [«Abbi cura di te!»](#), disponibile anche in francese e tedesco ([«Prends soin de toi!»](#) e [«Heb der Sorg!»](#)), affronta argomenti importanti per gli adolescenti come lo stress da esame, il mal d'amore e le dipendenze oltre a fornire trucchi e consigli concreti.

[«MindMatters»](#) è un programma di promozione della salute psichica di comprovata efficacia e fondato su conoscenze scientifiche, promosso dalla Fondazione svizzera per la salute Radix. Il programma, realizzato nelle scuole elementari e medie (dal 7° all'11° anno di scuola), oltre a rafforzare alcune risorse degli allievi come l'autoefficacia, si prefigge di migliorare le loro capacità risolutive, promuovere la tolleranza e il rispetto in aula nonché creare una cultura scolastica solidale. «MindMatters» persegue un approccio di tipo olistico, che prevede anche il coinvolgimento dei docenti, dei genitori e del personale scolastico. Nell'ambito della valutazione del programma sono stati osservati cambiamenti positivi negli allievi, quali una riduzione dello stress scolastico, delle situazioni di disagio psichico legate alla scuola e dei sentimenti negativi [8.48].



Ulteriori informazioni sul tema delle competenze di vita

- [Competenze di vita](#)

8.4.3 Promuovere le competenze relative alla salute psichica

Un'ulteriore risorsa interna e fattore di protezione psicologico sono le cosiddette **competenze di salute** (health literacy). Le competenze di salute permettono agli adolescenti di trovare informazioni sul tema della salute, comprenderle, valutarle e applicarle in modo adeguato [8.49]. Questa competenza fondamentale permette ai giovani di orientarsi nella grande quantità di informazioni disponibili sul tema della salute. Disporre di elevate competenze di salute è associato a un migliore stato di salute [8.50].

Le **competenze relative alla salute psichica** possono essere considerate una componente delle competenze di salute e fanno riferimento alla capacità di regolare e migliorare la propria salute psichica. Includono sapere come si ottiene e mantiene una buona salute psichica, quali malattie psichiche esistono, come si curano, quando è opportuno richiedere aiuto e a chi ci si può rivolgere per ottenere un sostegno. Un altro aspetto fondamentale è l'abbattimento dei tabù legati ai problemi di natura psichica. Destigmatizzare le malattie psichiche attraverso un cambiamento delle norme e dei valori sociali può infatti contribuire alla promozione della salute psichica. In questo contesto risulta particolarmente efficace combinare misure di informazione e sensibilizzazione con misure che prevedono di far incontrare persone affette da problemi psichici con persone non affette.

Alcuni esempi sono le campagne [«Come stai?»](#) e [«SalutePsi»](#) che, oltre a trasmettere conoscenze sul tema, fanno opera di sensibilizzazione e sottolineano che è importante poter parlare di tutto – anche della salute psichica e dei disturbi di natura psichica. La relativa campagna [«L'alfabeto emozionale»](#) è stata concepita graficamente in maniera mirata per i giovani.

Le visite nelle scuole e i workshop promossi da diversi attori permettono ai giovani di incontrare persone affette da disturbi psichici, i loro familiari e professionisti, favorendo una discussione alla pari sul tema dei disturbi psichici, nell'ottica di un apprendimento reciproco. Sentire i diversi punti di vista di tutte le persone interessate dalla problematica permette anche alle persone esterne di capire meglio il problema, superare i pregiudizi e meglio gestire la situazione (ad es. [Trialog e Antistigma Schweiz](#)).

8.4.4 Promuovere il sostegno sociale

Una risorsa esterna centrale e un importante fattore di protezione psicologico per gli adolescenti è il **sostegno sociale**. Questa risorsa fa riferimento alla possibilità di richiedere e **ricevere aiuto e sostegno**, in particolare quando bisogna affrontare situazioni di disagio o stress. In questo contesto non risulta essere tanto decisiva la rete di sostegno oggettivamente disponibile quanto piuttosto la percezione soggettiva della disponibilità della rete sociale personale e del sostegno [8.51].

Si possono distinguere cinque forme di sostegno sociale [8.51]:

- erogazione di informazioni e consigli;
- sostegno strumentale e materiale;
- sostegno emotivo;
- contatto sociale positivo, integrazione sociale, sicurezza relazionale e supporto;
- sostegno nel valutare e giudicare la situazione.

Ad ogni problema corrispondono una o più forme adeguate di sostegno. In presenza di situazioni di disagio risultano essere efficaci il supporto sociale, la partecipazione leale, il rafforzamento dell'autoestima, il sostegno emotivo e cognitivo, la distrazione sul piano sociale, l'erogazione di consigli e informazioni nonché il sostegno concreto nella quotidianità [8.51].

L'entità del sostegno sociale che ci si aspetta, si riceve o si concede dipende dalla **quantità** e dalla **qualità** delle **relazioni sociali utili** di una persona. In genere nell'ambito delle relazioni strette di amicizia si osserva un sostegno più importante rispetto a quello fornito nell'ambito di relazioni sociali casuali come la frequenza della stessa scuola. Non è quindi solo la quantità delle relazioni sociali ad essere determinante per il sostegno sociale, bensì anche la qualità delle stesse. Il semplice fatto di sapere di poter contare su un'ampia rete di familiari e amici in caso di emergenza ha delle ripercussioni positive sulla salute psichica, anche se non ci si avvale di tale sostegno. Tuttavia, l'aspettativa di sostegno non sempre coincide con il sostegno effettivo. In determinate costellazioni il sostegno sociale può anche produrre effetti negativi, ad esempio quando le aspettative vengono disattese oppure quando il sostegno non è stato richiesto, è inadeguato o inefficace. In linea di massima però il sostegno sociale produce effetti positivi.

Per promuovere il sostegno sociale nell'adolescenza si può intervenire in diversi setting. Nel **contesto scolastico** si è dimostrato efficace il progetto [«Positive Peer Culture»](#), che prevede l'organizzazione di incontri ad intervalli regolari durante i quali i ragazzi possono discutere, condividere le proprie esperienze e sostenersi a vicenda. Le **associazioni giovanili come [Milchjugend](#)** offrono la possibilità ai giovani che appartengono alla comunità LGBTIQ+ di ottenere sia informazioni che sostegno sociale (cfr. 8.5.3).



8.4.5 Rilevamento e intervento precoce

Oltre alla promozione della salute psichica, anche il **rilevamento precoce dei disturbi psichici** – in particolare il riconoscimento dei primi segnali o sintomi – è un elemento importante nell'ottica della salute psichica degli adolescenti. Una diagnosi tempestiva permette di riconoscere la presenza di disturbi psichici ad uno stadio precoce e il trattamento, sotto forma di intervento precoce, consente di evitare una cronicizzazione della malattia. I **pediatri** e i **medici di famiglia** sono figure centrali nell'ambito del riconoscimento precoce dei disturbi psichici in età adolescenziale [8.52]. In genere hanno un rapporto di fiducia con gli adolescenti, hanno una visione d'insieme del loro sviluppo e spesso riescono quindi a identificare il nesso tra eventuali disturbi somatici e possibili problemi psichici soggiacenti (cfr. il progetto «[Take Care](#)» dell'Università di scienze applicate di Zurigo, ZHAW).

8.5 Pari opportunità nella promozione della salute psichica

La sfida della promozione della salute e della prevenzione consiste nel permettere a tutte le persone di raggiungere appieno il proprio potenziale di salute, mettendo tutti nelle condizioni di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute. Per raggiungere questo obiettivo è fondamentale **ridurre le disuguaglianze** e **creare pari opportunità** per tutti [8.53]. Anche nel campo della salute psichica gli adolescenti sono confrontati con una situazione di disparità. Le situazioni di disagio psichico sono infatti più frequenti tra gli adolescenti appartenenti a determinate categorie.



Definizione 8.2

Intersezionalità

Nel contesto delle pari opportunità occorre tenere in considerazione il fatto che le persone possono presentare diverse caratteristiche rilevanti per la disparità che si sommano tra loro. È importante considerare tali caratteristiche nella loro globalità e non singolarmente.

Ulteriori informazioni sul tema delle pari opportunità

Le seguenti informazioni sono state estrapolate in gran parte dal rapporto di base [«Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera»](#) [8.54]. Il rapporto presenta gli approcci d'intervento attuali e basati sull'evidenza e illustra i criteri di successo delle misure di promozione delle pari opportunità nel campo della salute.

Versione breve per la prassi:

[«Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione»](#)

8.5.1 Origine sociale

Lo **statuto socioeconomico** – nel caso degli adolescenti la condizione socioeconomica dei genitori – è un fattore importante all'origine delle iniquità di salute. Per migliorare la salute psichica delle persone con uno statuto socioeconomico basso bisogna mettere in atto misure che intervengano sui determinati strutturali e sociali.

Un esempio di **misura strutturale** sono le **campagne volte a ridurre la stigmatizzazione** nei confronti delle persone affette da malattie psichiche. Vi sono anche misure che contribuiscono a migliorare la salute psichica in maniera indiretta, ad esempio creando condizioni preliminari favorevoli e riducendo le disuguaglianze. Tra queste figurano i programmi di eliminazione della povertà, di accesso agevolato al mercato del lavoro e i programmi di reinserimento. Queste misure possono essere indirizzate sia agli adolescenti stessi che ai loro genitori. Il miglioramento della condizione socioeconomica dei genitori ha un impatto positivo anche sui figli adolescenti.

Le **misure sociali** comprendono **l'accesso agevolato al sistema sanitario** e alle **informazioni sulla salute** come pure il libero accesso alle **aree di svago** come parchi e boschi. Gli interventi scolastici incentrati sull'autoefficacia, sulle competenze di vita, sulle competenze in materia di salute psichica (mental health literacy) e sulla consapevolezza (mindfulness) si sono rivelati efficaci anche per i bambini in una condizione di svantaggio socioeconomico e per quelli appartenenti a gruppi minoritari.



8.5.2 Genere

Le differenze di genere in termini di carichi e risorse psicosociali si possono tradurre in diverse prevalenze delle malattie psichiche. All'inizio dell'adolescenza, ad esempio, le ragazze affermano di avere un grado di soddisfazione per la propria vita leggermente inferiore rispetto ai maschi e in seguito, in piena adolescenza, indicano con maggiore frequenza di soffrire di disagio psichico [8.22, 8.55]. Le malattie psichiche si manifestano pressoché con la medesima frequenza nei due sessi, ma se le **ragazze** tendono ad essere affette maggiormente da **disturbi internalizzanti** (ad es. disturbi affettivi o disturbi d'ansia) nei **ragazzi** tendono a manifestarsi piuttosto **disturbi di natura esternalizzante** (ad es. ADHD e disturbi del comportamento sociale [8.56]). A causa degli stereotipi di genere i maschi generalmente fanno più fatica a chiedere aiuto e a usufruire delle offerte di sostegno. È quindi importante incoraggiare i giovani uomini a chiedere aiuto in caso di problemi di natura psichica e al tempo stesso destigmatizzare la richiesta di aiuto da parte degli esponenti del sesso maschile.

Gli **interventi universali**, che non tengono conto del genere, possono produrre **effetti diversi su donne e uomini**. Questo vale anche per gli interventi realizzati nel contesto scolastico. Gli approcci professionali prendono in considerazione i diversi effetti delle misure legati al genere e applicano dei correttivi. Il progetto [«Der kleine Unterschied»](#), promosso da Dipendenze Svizzera, è un progetto di prevenzione delle dipendenze che tiene conto degli aspetti legati al genere. Il progetto mette a disposizione degli insegnanti filmati e materiale didattico sul tema delle dipendenze e dei comportamenti problematici in funzione del genere.

8.5.3 Orientamento sessuale e identità di genere

A causa dello stigma legato alla loro identità di genere e al loro orientamento sessuale, nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza le persone appartenenti alla **comunità LGBTQ+** tendono a sviluppare con maggiore frequenza determinati problemi di natura psichica come **dipendenze, depressioni e tentativi di suicidio** rispetto ai loro coetanei eterosessuali, nei quali vi è una corrispondenza tra identità di genere e sesso biologico (persone cisgender) [8.57].

Definizione 8.3

LGBTIQ+

è un acronimo che sta per Lesbian, Gay, Bisexual, Trans*, Intersex, Queer, più tutte le altre persone che sentono di appartenere alla «queer community» [8.58].

Nelle Indagini sulla salute in Svizzera le persone LGBTQ+ non sono rappresentate, da un lato perché l'identità di genere e l'orientamento sessuale non sono richiesti in modo specifico nell'indagine, dall'altro perché i partecipanti non si vogliono esprimere in merito. Ci sono quindi conoscenze limitate sullo stato di salute delle persone LGBTQ+ in Svizzera. Altri studi mettono tuttavia in luce l'accresciuta vulnerabilità di queste persone per quanto concerne lo sviluppo di disturbi psichici e tendenze suicide [8.53].

In questo contesto è importante mettere in atto **misure volte a modificare le norme e i valori sociali**. Occorre inoltre sensibilizzare i professionisti attivi nel settore della promozione della salute e della prevenzione nonché gli insegnanti al fine di adeguare o ampliare l'offerta esistente tenendo conto dei bisogni delle persone LGBTQ+. Uno strumento utile che ha dimostrato di avere effetti positivi sulla salute psichica degli adolescenti sono le **linee guida antimobbing nelle scuole**. Se tengono esplicitamente conto dell'orientamento sessuale, queste linee guida possono avere un effetto positivo anche sulla salute psichica delle persone LGBTQ+. A livello individuale è importante rafforzare le competenze di vita degli adolescenti LGBTQ+ per aiutarli a gestire meglio lo stress e per ridurre i casi di depressione.

In Svizzera esistono alcuni progetti di informazione e sensibilizzazione sulla tematica LGBTQ+ nelle scuole:

- [GLL – Das andere Schulprojekt](#)
- [Diversité de genre et d'orientation sexuelle \(Digos\)](#)
- [ABQ Schulprojekt](#)
- [Milchjugend](#)
- [mosaic-info](#) (FR)
- [Schulprojekt Comout](#)



Ulteriori informazioni sul tema LGBTIQ+

- Foglio d'informazione 19: [Minoranze di genere e minoranze sessuali nella promozione della salute e prevenzione](#) (in tedesco e francese)



Ulteriori informazioni sul tema Rilevamento delle caratteristiche ai fini delle pari opportunità

- Foglio di lavoro 59: [Come raccogliamo i dati relativi al sesso, al passato migratorio e allo statuto socioeconomico?](#) (in francese e tedesco)

8.5.4 Passato migratorio

I bambini e gli adolescenti con un passato migratorio sono maggiormente a rischio in diversi ambiti della salute – perciò anche sul piano della salute psichica – rispetto a quelli che non provengono da un contesto migratorio [8.59]. Un gruppo **particolarmente vulnerabile** sono i **minori stranieri non accompagnati**.

In alcuni contesti culturali le malattie psichiche possono anche essere oggetto di stigma e questo potrebbe ostacolare l'accesso all'offerta sanitaria. Per garantire agli adolescenti un **accesso a bassa soglia al sistema sanitario e alle informazioni sulla salute** le offerte dovrebbero ad esempio essere formulate in un linguaggio semplice o essere tradotte nelle lingue di origine (per adolescenti che dispongono di conoscenze scarse o nulle delle lingue nazionali). Altri fattori di successo sono la configurazione dell'offerta in funzione del gruppo target e il coinvolgimento partecipativo del gruppo target.

Attualmente esistono pochi approcci d'intervento specifici per questo gruppo target. È stato tuttavia dimostrato che la pratica della **consapevolezza** (mindfulness) può rafforzare la salute psichica dei giovani appartenenti a gruppi etnici minoritari. La consapevolezza rappresenta anche un importante fattore di protezione che permette agli adolescenti di contrastare gli effetti nocivi che lo stigma e la discriminazione hanno sulla salute psichica. Il progetto [«Più Forte»](#), realizzato nella Svizzera italiana, è un progetto che mira a promuovere la salute sessuale dei giovani migranti e che di conseguenza contribuisce a rafforzare anche la loro salute psichica. I progetti [«MYSELF»](#) (piattaforma online che sostiene gli adolescenti sul cammino verso l'autonomia) e [«My Perspective»](#) (video-ritratti di giovani adulti) sono rivolti a minori stranieri non accompagnati. Il progetto si estende sull'arco di una settimana, periodo in cui i giovani sono invitati a elaborare i loro desideri e le loro domande sul futuro.

8.6 Conclusioni

La promozione della salute psichica nell'adolescenza è una necessità reale. A seguito della pandemia di Covid-19 più di un terzo degli adolescenti presenta problemi di natura psichica e oltre il 13% presenta disturbi psichici diagnosticati. Una **promozione della salute e una prevenzione efficace** nonché il riconoscimento e l'intervento precoce sono fondamentali al fine di ridurre l'attuale sovraccarico delle offerte terapeutiche e onde evitare futuri problemi di capacità.

8.6.1 Fattori di successo

Nell'ottica della promozione della salute psichica si sono dimostrati efficaci fattori **di successo** la promozione dell'**autoefficacia**, delle **competenze di vita**, delle **competenze di salute** (psichica) e del **sostegno sociale**. Questi elementi sono già integrati in numerosi interventi e progetti esistenti che hanno lo scopo di promuovere la salute psichica e possono essere implementati nel quadro di molteplici approcci e setting.

L'**approccio basato sul setting** risulta essere particolarmente efficace nell'ambito dello sviluppo di interventi di promozione della salute psichica. Questo approccio permette di raggiungere **gruppi target vulnerabili** evitando il rischio della **stigmatizzazione**, che invece sussiste nel caso di interventi «indicati» (quando ad esempio solo alcuni bambini di una classe frequentano un'offerta di sostegno). Alcuni setting che si prestano per realizzare offerte e programmi di promozione della salute destinati agli adolescenti sono la famiglia, la scuola, la formazione (professionale), il posto di lavoro, le attività del tempo libero e le associazioni, gli studi pediatrici e dei medici di famiglia nonché i Comuni. Il **«macro-setting»** dei **Comuni** è particolarmente promet-

tente. Oltre ad essere vicini sia al contesto scolastico che quello extrascolastico degli adolescenti, le autorità locali possono coordinare tutti gli attori coinvolti e gestire le transizioni da un setting all'altro. Un esempio di buona prassi per il setting comunale è il progetto [«CTC \(Communities that care\)»](#). Il sondaggio CTC, svolto nelle scuole medie, consente di individuare i fattori di rischio e protezione e di sviluppare così misure mirate. «CTC» è un progetto che poggia su solide basi scientifiche. Oltre a promuovere lo sviluppo sano di bambini e adolescenti, è stato dimostrato che contribuisce a ridurre le malattie psichiche, le dipendenze, la violenza e altre forme di delinquenza, i problemi a scuola e altre anomalie comportamentali.

Anche l'approccio dell'**educazione tra pari** si presta per offrire agli adolescenti un sostegno a bassa soglia nell'ambito del tema sensibile della salute psichica, grazie al fatto che i giovani riescono ad avvicinarsi in maniera più diretta ai loro coetanei rispetto agli adulti. Un esempio è la [peer chat](#) promossa da Pro Juventute in collaborazione con l'associazione Kinderseele Schweiz, nella quale gli adolescenti possono comunicare e discutere di problemi di natura psichica con giovani adulti.

Un altro metodo di comprovata efficacia nello sviluppo delle offerte è l'**approccio partecipativo**. Oltre a permettere agli adolescenti di sperimentare un senso di autoefficacia, questo approccio consente di adeguare le offerte alle esigenze effettive del gruppo target. Nell'ottica delle pari opportunità è importante coinvolgere soprattutto i gruppi target vulnerabili. Un esempio di questo approccio è il progetto [«Kennsch es»](#), nell'ambito del quale i giovani hanno sviluppato dei consigli per promuovere la salute psichica insieme a professionisti nel campo della salute infantile e adolescenziale.

8.6.2 Raccomandazioni

Negli ultimi anni si è assistito a un costante aumento delle conoscenze relative ai fattori di successo per lo sviluppo di offerte di promozione della salute psichica nell'adolescenza. Cionondimeno vi sono ancora molte domande e un elevato margine di miglioramento. Di seguito sono evidenziati **quattro aspetti** che risultano essere particolarmente importanti per migliorare ulteriormente la salute psichica degli adolescenti.

In che misura le offerte riescono a **raggiungere effettivamente il gruppo target degli adolescenti?**

Spesso la comunicazione nel campo della salute destinata agli adolescenti non tiene conto delle diversità esistenti all'interno di questo gruppo. Ci sono alcune offerte che tengono conto di alcune caratteristiche del gruppo target come il genere per una comunicazione mirata (ad es. [«Der kleine Unterschied»](#), cfr. 8.5.2), ma in realtà sono pochissime le offerte di promozione della salute psichica nell'adolescenza che si avvalgono di una **segmentazione differenziata**. Questo approccio utilizzato nel social marketing consente di suddividere un gruppo target in diversi sottogruppi in base a una specifica combinazione di caratteristiche psicografiche, demografiche e comportamentali. Un esempio è il progetto di prevenzione del tabagismo [«Reach»](#). Nell'ambito di questo progetto è stata accertata la presenza di un segmento della popolazione nel quale vi è una quota di adolescenti fumatori superiore al 50%. Questo segmento rappresenta il 10% di tutta la popolazione adolescente e le sue caratteristiche principali sono un ridotto benessere, uno scarso interesse per il futuro, una scarsa motivazione, una bassa autostima, un elevato livello di stress, un ridotto sostegno sociale, l'assenza di hobby strutturati, domicilio in un agglomerato, tabagismo nell'ambiente di vita e una situazione finanziaria tesa. Queste conoscenze sui segmenti consentono di comunicare in modo mirato con i giovani e di sviluppare offerte adeguate ai loro bisogni. Questo approccio è particolarmente promettente se combinato con l'uso dei social media. Con il sostegno degli influencer si possono ad esempio sviluppare campagne di promozione della salute psichica ancora più efficaci, creando messaggi e raccomandazioni specifiche per i diversi segmenti e attirando così anche l'attenzione degli adolescenti che generalmente sono più difficili da raggiungere. Le **offerte esistenti** sono **sufficienti** per offrire un sostegno efficace, in particolare agli **adolescenti più vulnerabili?** Molte offerte mirano a rafforzare i fattori di protezione come l'autoefficacia o le competenze di vita. In molti casi però è altrettanto importante intervenire per **ridurre i fattori di rischio** come la povertà o lo status socioeconomico basso. A tal fine sono necessari sforzi per migliorare il **contesto strutturale** attraverso un adeguamento dell'ambiente fisico e psichico.

Come sono **coordinate tra loro le diverse offerte?**

Esistono numerose offerte nel settore dell'**educazione**, della **socialità** e della **sanità** che contengono elementi di promozione della salute psichica, ma spesso queste offerte non sono **coordinate** tra loro oppure lo sono solo in misura limitata. Gli approcci a **livello comunale** risultano essere promettenti in questo senso poiché consentono – con l'aiuto di piattaforme integrative digitali – di collegare tra loro le varie offerte al di là dei setting, degli attori e delle fasce d'età, garantendo così una copertura totale dell'adolescenza e producendo impatti destinati a durare nel tempo.

Come si possono compiere **progressi** nella **pianificazione** e nella creazione di **basi teoriche ed empiriche** delle offerte? Non bisogna dimenticare che la **base di dati epidemiologici** sulla salute psichica degli adolescenti è tuttora **insufficiente** e va migliorata. Una migliore base di dati consentirebbe infatti di pianificare meglio le offerte di promozione della sa-

lute e della prevenzione. Al tempo stesso è importante che le offerte di promozione della salute psichica **facciano riferimento in maniera ancora più sistematica ai concetti teorici consolidati** e che la loro efficacia sia verificata nell'ambito di **valutazioni affidabili**.

In conclusione, è comprovato che le **offerte contribuiscono** a promuovere la salute psichica degli adolescenti. La pandemia di **coronavirus** ha provocato un incremento delle situazioni di disagio e delle sfide nell'ambito della salute psichica e servono quindi **maggiori sforzi** in questo campo. Ma questa situazione offre anche delle opportunità, ad esempio sul piano della **destigmatizzazione** del tema della salute psichica o dei progressi verso una **politica della «salute psichica in tutte le offerte»**. È fondamentale cogliere queste opportunità per migliorare il benessere delle generazioni attuali e future, per sgravare l'ambito delle cure e migliorare la felicità interna lorda.

9 Interazione tra attività fisica, alimentazione e salute psichica

- **Ronia Schiffan**, PEP Prävention Essstörungen Praxisnah
- **Anne-Françoise Wittgenstein Mani**, Haute école de travail social Genève, Filière Psychomotricité

I passaggi di questo capitolo contrassegnati con una linea arancione verticale sono identici a quelli presenti nel capitolo 9 del rapporto 8 [Promozione della salute per e con i bambini](#).

«Bambini e adolescenti non hanno mai problemi isolati con l'alimentazione, lo stress o il loro comportamento motorio.» [9.1]

9.1 Introduzione

Nei giovani, il movimento e l'alimentazione si interfacciano sia con la dimensione della famiglia che con il gruppo dei pari e contribuiscono a rafforzare sia l'immagine di sé che la condizione fisica. Il legame tra corpo e alimentazione a quest'età è importante se si considera che viviamo in un'epoca caratterizzata dalle diete alimentari e da un'eccessiva attenzione per il corpo e l'immagine [9.2]. Allo stesso modo, anche il benessere psichico condiziona il rapporto che i giovani hanno con il proprio corpo e con l'alimentazione.

9.2 Interazione tra alimentazione, attività fisica e salute psichica

A livello scientifico, i temi dell'alimentazione, dell'attività fisica e della salute psichica si possono attribuire a discipline diverse. Ma nella pratica la situazione è diversa. Isolare i singoli argomenti nel lavoro pratico con i bambini e gli adolescenti non è per nulla sensato. La [figura 9.1](#) illustra i legami tra i diversi temi e la visione in un concetto più ampio di salute. Nelle intersezioni che si formano tra i tre settori

sono indicate, a titolo di esempio, alcune possibili interazioni, che possono servire da ispirazione per la realizzazione pratica dei progetti. Al centro delle intersezioni sono raffigurati i temi chiave, che integrano tutti gli aspetti e che si prestano come tema sia per l'applicazione pratica che per quella teorica.

9.2.1 Salute psichica e attività fisica

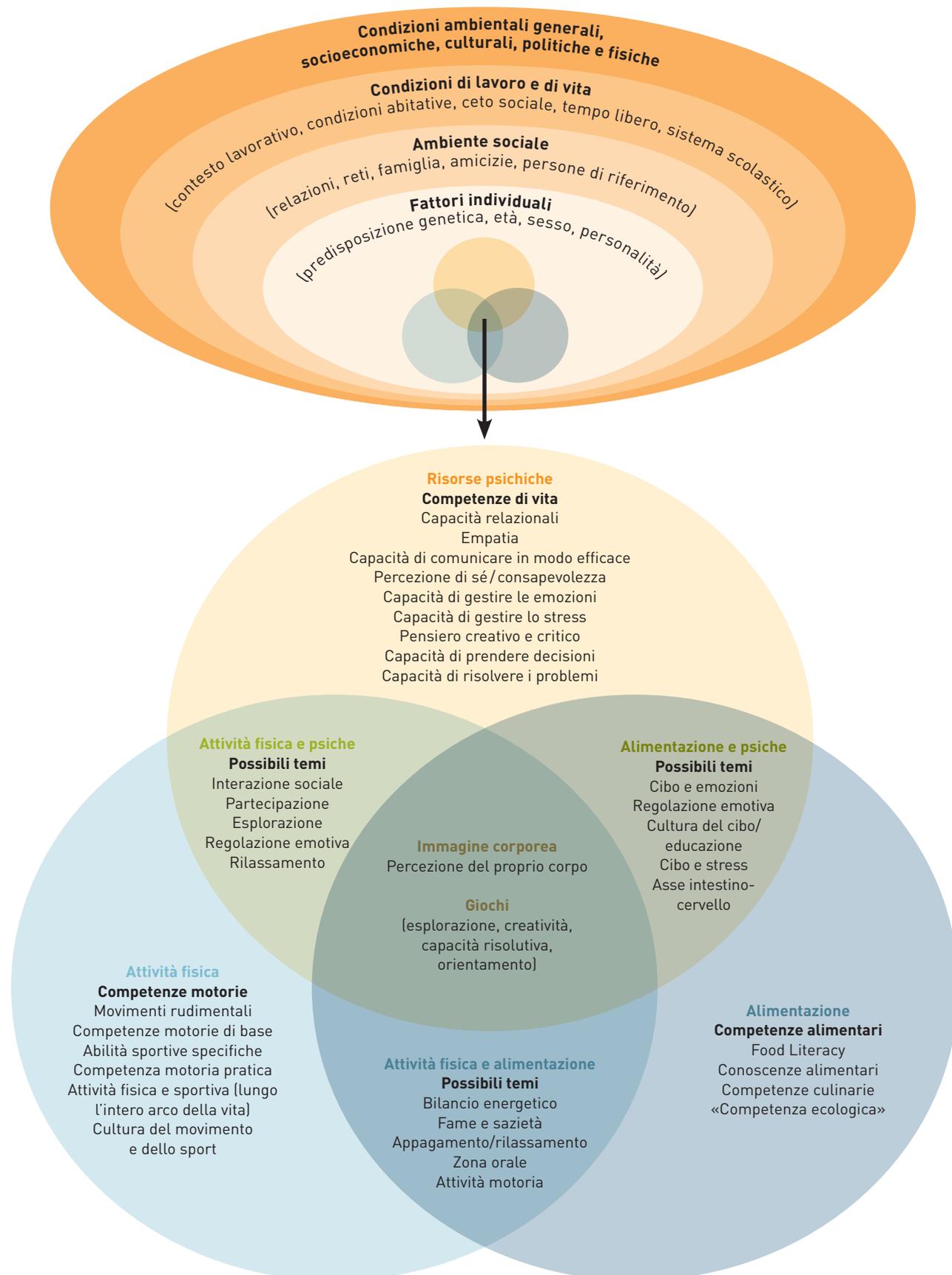
Spesso si tende ad analizzare gli effetti del movimento sul benessere in relazione all'attività sportiva e, in particolare, alla sua intensità [9.3] e al fatto che lo sport incide sulla qualità di vita in generale. In effetti l'attività sportiva agisce su numerosi fattori che intervengono in diverse dimensioni (riduzione dello stress, soddisfazione per il proprio corpo, soddisfazione per la partecipazione alla vita sociale) [9.4]. Le ricerche indicano inoltre che la pratica sportiva protegge dallo stress e dal rischio di sviluppare disturbi del comportamento alimentare. Detto ciò, vivere il proprio corpo durante l'adolescenza non è un'impresa facile.

Nel percorso di vita individuale, le trasformazioni fisiche legate all'adolescenza condizionano il rapporto che i giovani instaurano con il proprio corpo; un corpo che a volte l'adolescente fatica a riconoscere, un corpo che gli sfugge così come sfuggente diventa l'equilibrio psicofisico che ha gradualmente costruito. L'adolescente può anche sviluppare un senso di vergogna per il proprio corpo e per le trasformazioni che subisce. Paradossalmente però, il corpo rappresenta anche un mezzo per ritrovare la padronanza di sé stessi durante l'adolescenza. L'adolescente può infatti mettersi alla prova cercando sensazioni forti nelle attività fisiche [9.5, 9.6]. Attraverso l'attività fisica, e soprattutto attraverso la pratica sportiva, l'adolescente scopre di avere un corpo vitale che gli restituisce la fiducia in sé e lo aiuta a ritrovare il suo schema corporeo e la sua immagine corporea.

Alcuni autori sottolineano tuttavia che una pratica sportiva troppo intensa può avere effetti deleteri nei giovani, in particolare sul piano delle dipendenze comportamentali o dei comportamenti a rischio. In questi casi le sensazioni forti e il piacere immediato

FIGURA 9.1

Dai determinanti della salute alle tematiche comuni tra alimentazione, attività fisica e risorse psichiche



prevalgono sulla soddisfazione per il proprio corpo. È dunque fondamentale che le persone di riferimento dei giovani nell'ambito dell'attività fisica promuovano un approccio globale che tenga conto delle specificità di questa fase evolutiva, mettendo l'accento sull'autostima e su un dialogo caratterizzato dalla comprensione, dall'ascolto e da una presenza benevola [9.7, 9.8].

9.2.2 Attività fisica e alimentazione

Sin dalla nascita l'alimentazione e l'attività fisica contribuiscono, insieme, allo sviluppo motorio e psichico. Le attività incentrate sull'alimentazione durante l'adolescenza possono generare delle tensioni intorno ad alcuni temi come quello dell'apparenza (magrezza, obesità, segni della pubertà, ecc.), ma al tempo stesso permettono anche di rievocare delle esperienze sensoriali attraverso la mobilitazione di ricordi affettivi e gustativi che favoriscono lo sviluppo dell'identità [9.8, 9.2]. Inoltre la dimensione di gruppo spesso rafforza dei processi che attivano il corpo e un senso di unità corporea, contribuendo così a mettere il corpo in movimento anche se, in questa fase dello sviluppo caratterizzata da una fragilità dell'autostima, lo stesso tende a «sfuggire». L'alimentazione riveste un ruolo importante sia per l'attività fisica che per la salute psichica. Oltre a fornire energia al corpo e assicurare le funzioni metaboliche necessarie per l'attività fisica, l'alimentazione contribuisce al senso di soddisfazione individuale poiché consente di impegnarsi in un'attività, ad esempio dimostrando la propria resistenza nello sport grazie alla capacità di regolare i meccanismi di sforzo e recupero, sia durante l'esercizio fisico che durante il rilassamento [9.9].

Quando si assume o si consuma troppa, o troppo poca, energia, questo equilibrio viene meno e si può verificare una variazione di peso. Il metabolismo così come il fabbisogno e il consumo di energia sono caratteristiche altamente individuali, che dipendono da numerosi fattori, sia individuali che ambientali. I complessi meccanismi d'azione legati alle variazioni di peso sono illustrati ad esempio nell'**Obesity System Atlas** [9.10]. Gli autori illustrano in che modo diversi fattori legati all'alimentazione (produzione e consumo alimentare), all'attività fisica (contesto e comportamento motorio individuale), alla psiche (aspetti sociopsicologici, percezioni e comporta-

menti individuali) e alla fisiologia individuale influenzano il bilancio energetico, con conseguenti ripercussioni sulla salute. Questo permette di determinare dove può intervenire la promozione della salute e di capire l'impatto decisivo che i fattori ambientali possono avere sui comportamenti di salute delle persone.

9.2.3 Alimentazione e salute psichica

Il comportamento alimentare individuale evolve lungo l'intero arco della vita. Secondo il modello biopsico-sociale [9.11, 9.12] il comportamento alimentare è il risultato di un'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali [9.13]. Considerato che nella vita di tutti i giorni l'alimentazione e la psiche sono strettamente interconnesse, la promozione della salute dovrebbe sfruttare il grande potenziale rappresentato dall'interazione di questi due fattori.

In che modo la psiche influenza il comportamento alimentare

Alimentazione emotiva significa «mangiare in funzione di stati emotivi come la rabbia o la paura» [9.14]. Per contrastare i sentimenti negativi e ripristinare l'equilibrio psicologico l'essere umano tenta di regolare lo squilibrio percepito attraverso il cibo, in genere consumando alimenti ad alto tenore calorico (ad es. cibi dolci, salati, grassi, «comfort food») [9.15-9.17]. L'interazione tra emozioni e alimentazione è reciproca: «le emozioni possono regolare l'assunzione di cibo e l'assunzione di cibo può regolare le emozioni» [9.18]. Possiamo sviluppare sentimenti positivi in relazione al cibo anche attraverso momenti di interazione sociale, come la fondue mangiata in compagnia, oppure attraverso eventi positivi che associamo al cibo, come lo zucchero filato alla festa di paese. Il cibo e l'atto di cibarsi sono strettamente connessi con l'esperienza psicologica.

Anche lo stress può incidere sul comportamento alimentare. Diversi studi che hanno analizzato la popolazione adulta indicano che lo stress legato al lavoro può cambiare il comportamento alimentare in negativo: pasti veloci, più «snacking», meno pause, consumo frequente di pasti davanti allo schermo, scelte alimentari diverse, ecc. [9.19-9.26]. Queste dinamiche possono colpire anche gli adolescenti e i bambini perché anche loro possono essere esposti a situazioni di vita che generano stress.

Anche l'educazione ha un impatto sulla biografia alimentare individuale: il cibo veniva usato per punire o ricompensare? [9.14] Quando facevamo i bravi ricevevamo un gelato? Quando ci comportavamo male ci veniva negato il dessert? Oppure dovevamo sempre mangiare tutto anche se il corpo dava segnali di sazietà? Le abitudini alimentari sono il risultato del nostro vissuto e del nostro comportamento individuale nonché del nostro ambiente.

Il fatto che l'ambiente incida in maniera determinante sui comportamenti alimentari e sulla salute psichica lo dimostrano anche i social media. L'alimentazione e la forma fisica sono argomenti di tendenza nei social media [9.27], il che riflette l'accresciuto interesse per le questioni alimentari nella società in generale. Per molti giovani il cibo è una preoccupazione costante, che li impegna talmente tanto da perdere le sensazioni naturali legate all'alimentazione come l'appetito, la fame e la sazietà. In casi estremi si arriva a una vera e propria ossessione per il «mangiare sano», che in gergo specialistico si chiama ortoressia [9.28]. Klotter osserva che nella società è in atto una tendenza verso un comportamento ortoressico: la «salute» è considerata un bene molto importante ed è quindi naturale che le persone si occupino di questioni alimentari, ma questo fa sì che la promozione dell'alimentazione sana in alcuni casi possa prendere una svolta negativa. In questo contesto è importante ricordare che solo un rapporto rilassato con il cibo può essere favorevole alla salute [9.28].

Diversi studi hanno dimostrato che i social media hanno un impatto considerevole sulle informazioni relative all'alimentazione e alla salute, sul cambiamento delle abitudini alimentari o sulla soddisfazione con la propria immagine corporea [9.29-9.42] (cfr. anche capitolo 5). I bambini e gli adolescenti hanno bisogno di un sostegno per riuscire a gestire le immagini idealizzate; devono imparare a pensare in maniera critica e a mettere in discussione le informazioni che ricevono.

Quando l'alimentazione influenza la psiche

All'origine dei segnali di fame vi è una complessa interazione [9.43] fra tratto gastrointestinale, cervello e circolazione sanguigna; la fame si manifesta a livello fisico (ad es. brontolio o dolori allo stomaco, calo della pressione sanguigna), psichico-cognitivo (sotto forma di un'accresciuta attenzione selettiva

nei confronti di tutto ciò che è commestibile, visione a tunnel) [9.43] ed emotivo (impazienza, sovraeccitazione o persino rabbia oppure sentimenti positivi come desiderio e attesa). L'espressione «hangry» – un neologismo inglese coniato dalla combinazione dei termini affamato (hungry) e arrabbiato (angry) – descrive in maniera ironica l'esperienza psichica della fame che viene innescata da un meccanismo fisico.

La domanda di fondo sulla quale si interrogano le scienze dell'alimentazione è «Cosa dobbiamo mangiare?». Tuttavia è importante considerare anche il percorso dal piatto alla mente. Una dieta poco equilibrata, ad esempio, può favorire l'insorgere di sintomi depressivi, che a loro volta possono provocare altre malattie fisiche [9.44]. Una meta-analisi di diversi studi ha riscontrato effetti positivi per la salute di un intervento alimentare su diverse forme di depressione clinica e subclinica [9.45]. Una possibile spiegazione di questo effetto la fornisce la ricerca sull'asse intestino-cervello. L'asse intestino-cervello fa riferimento al collegamento tra il sistema nervoso centrale e il tratto gastrointestinale, segnatamente il microbioma [9.46, 9.47]. Nell'ambito della ricerca si sta consolidando l'ipotesi che il microbioma abbia un impatto diretto sull'umore, sulla cognizione, sulla percezione del dolore e anche sul sovrappeso [9.46].

9.3 Healthy Body Image – un esempio pratico

L'adolescenza è caratterizzata da innumerevoli tappe evolutive [9.48]. Oltre ai cambiamenti fisici legati alla pubertà, alle incombenti scelte professionali e al graduale distacco dai genitori, gli adolescenti devono affrontare molte altre sfide. Durante l'adolescenza i ragazzi sono alla ricerca della propria identità, delle proprie attitudini e dei propri desideri, del proprio ruolo nella società – in breve di sé stessi [9.49] – e sono particolarmente vulnerabili. Sull'esempio pratico dell'immagine corporea di seguito illustriamo come si possono combinare le tre dimensioni alimentazione, attività fisica e risorse psichiche nell'ambito della promozione della salute. In questo contesto è importante tenere presente che l'immagine corporea può rappresentare sia una risorsa che un fattore di carico per i comportamenti favorevoli alla salute.



Elementi di un'immagine corporea positiva

secondo Tylka [9.60], tradotto e adattato dall'inglese

- **Apprezzamento:** apprezzare il proprio corpo significa rispettare, onorare, amare ed essere grati per le caratteristiche uniche, le funzionalità e la salute del proprio corpo. Le persone che apprezzano il proprio corpo possono al tempo stesso mostrare una leggera insoddisfazione per il proprio corpo. Questi due aspetti non sono in contraddizione tra loro.
- **Accettazione e amore:** le persone che hanno un'immagine corporea positiva amano il proprio corpo, si sentono a loro agio nel proprio corpo e accettano le caratteristiche uniche del proprio corpo.
- **Investimento adattativo:** le persone che hanno un'immagine corporea positiva investono nella cura del proprio corpo. La cura di sé comprende l'igiene, dormire a sufficienza, praticare attività fisiche che provocano piacere e consumare alimenti che forniscono energia all'organismo.
- **La positività interiore condiziona il comportamento esteriore:** questo elemento indica l'interazione tra i sentimenti positivi verso il proprio corpo, i sentimenti positivi in generale (ad es. fiducia, ottimismo, felicità) e il modo in cui questi sentimenti si riflettono nei comportamenti (ad es. aiutare gli altri, sorridere, assertività, andare «a testa alta»).
- **Filtraggio protettivo:** filtrare le informazioni in modo tale da tutelare il proprio corpo significa accettare le informazioni che corrispondono a un'immagine corporea positiva e respingere quelle che la possono compromettere.

Modelli di riferimento e social media

In questa fase di vita il gruppo dei pari acquisisce una grande importanza. I pari, ovvero le amiche e gli amici, oltre ad essere importanti persone di riferimento e fonte di sostegno sociale, rappresentano anche modelli da seguire [9.48]. A quest'età il confronto tra coetanei come pure il paragone con altri modelli di riferimento è importante. Il [capitolo 5](#) approfondisce la questione dell'uso dei social media in età adolescenziale e mette in evidenza l'importante ruolo degli influencer. Diversi studi hanno dimostrato che più tempo si trascorre sui social media maggiore è il rischio di sviluppare un'insoddisfazione nei confronti del proprio corpo nonché comportamenti alimentari restrittivi o disturbi del comportamento alimentare [9.50, 9.32, 9.51-9.54]. L'apparente vicinanza degli influencer dà ai ragazzi la sensazione di poter fare qualsiasi cosa facciano loro. Gli influencer hanno un forte impatto sui comportamenti di salute di bambini e adolescenti.

L'immagine corporea

Il termine immagine corporea fa riferimento a «come penso al mio corpo, come mi sento nel mio corpo, come percepisco il mio corpo e come me ne prendo cura» [9.55]. L'immagine corporea include quindi il livello dei sentimenti (affettivo), il livello dei pensieri (cognitivo), il livello della percezione (percettivo) e il livello dei comportamenti (comportamentale) [9.56]. L'immagine corporea va ben oltre il semplice aspetto esteriore; comprende anche le capacità, le abilità e le peculiarità del proprio corpo. L'immagine corporea è un continuum, non un elemento statico con una connotazione positiva o negativa. È un elemento mutevole, che si muove lungo il continuum, a volte in direzione positiva, a volte in direzione negativa. Un cambiamento fisico legato alla pubertà può dare origine a nuove caratteristiche che il giovane deve innanzitutto assimilare e interiorizzare. L'immagine corporea è associata in maniera decisiva (cfr. [figura 9.1](#)) alla persona e al suo contesto ed è soggetta all'influenza delle tre dimensioni alimentazione, attività fisica e salute psichica.



Connotazione positiva e negativa dell'immagine corporea

Due sondaggi realizzati da Promozione Salute Svizzera [9.57, 9.58] indicano che la soddisfazione dei giovani partecipanti nei confronti del proprio corpo è ambivalente. Molti di loro vorrebbero pesare di meno (soprattutto le femmine) e/o avere più muscoli (soprattutto i maschi). Per realizzare i propri desideri fanno dieta, praticano sport e assumono integratori alimentari [9.57, 9.59].

In sintesi, gli elementi dell'immagine corporea positiva (cfr. riquadro dedicato al tema) indicano che le persone che apprezzano, accettano e amano il proprio corpo si comportano in modo favorevole alla salute e si prendono cura di sé e del proprio corpo. La ricerca ha appurato che l'immagine corporea positiva è associata al benessere psichico (ottimismo, autostima, coping proattivo, affettività positiva, soddisfazione per la propria vita, felicità soggettiva, intelligenza emotiva e legame con la natura), all'alimentazione intuitiva (la capacità di percepire cosa, quando e quanto serve al proprio organismo [9.61]) nonché a un atteggiamento positivo verso la sessualità, il ciclo mestruale e altri aspetti fisici. Queste caratteristiche sono un fattore di protezione che permette di contrastare l'effetto nocivo che i media possono avere sulla salute [9.60].

Spunti di riflessione sul mio atteggiamento in quanto professionista

(ispirati ai principi Health at Every Size®, HAES Community, 2021 [9.62])

- Qual è il mio atteggiamento verso la molteplicità di forme corporee?
- Mostro rispetto per le diverse conformazioni fisiche?
- Il mio progetto/approccio/lavoro tiene debitamente conto (anche nella comunicazione) delle differenze in termini di conformazione fisica, età, appartenenza etnica, disabilità, religione, condizione socioeconomica, orientamento sessuale?
- Ho un approccio critico e metto in discussione i miei atteggiamenti culturali e professionali?
- So apprezzare e valorizzare la molteplicità delle esperienze individuali delle persone con le quali lavoro?
- So riconoscere i bisogni individuali di ciascuno? Il mio atteggiamento di fondo si basa sul principio dell'equità?
- Sono consapevole delle interazioni tra alimentazione, attività fisica e salute psichica e integro queste dimensioni nel mio lavoro?
- Conosco la realtà quotidiana del mio gruppo target e il loro utilizzo dei media?

Come si può promuovere l'immagine corporea positiva?

Le precedenti considerazioni indicano quanto sia importante promuovere un'immagine corporea positiva. Si tratta di una risorsa importante per un comportamento alimentare equilibrato, la pratica regolare di attività fisica nonché per il benessere psichico. La promozione dell'immagine corporea positiva può essere integrata in tutte le attività di promozione della salute. Fondamentale in questo contesto è la condotta del professionista, la quale deve essere oggetto di una riflessione continua (cfr. riquadro «Spunti di riflessione»). Dal giusto atteggiamento possono scaturire studi e progetti che mirano a rafforzare l'immagine corporea positiva [9.58], promuovendo la diversità, la cura per il proprio corpo e le competenze necessarie (competenze di vita, competenze motorie e competenze alimentari).



Progetti esistenti

- PEP Body Talk
- MoiCMoi e SoBinIch
- Courant Normal
- Roundabout
- Fleur de chantier

Lista dei progetti:

www.healthybodyimage.ch



Ulteriori informazioni sul tema Healthy Body Image

- Sito web [Healthy Body Image](#)
- Rafforzare un'immagine corporea positiva: [Estratto dalla lettera di Pro Juventute ai genitori degli adolescenti](#)
- Foglio d'informazione 25: [Immagine corporea positiva nei giovani in Svizzera](#)
- Scheda tematica: [Immagine corporea positiva \(in tedesco\)](#)
- Foglio d'informazione 16: [Immagine corporea degli adolescenti nella Svizzera tedesca](#)
- Foglio di lavoro 35: [Immagine corporea degli adolescenti nella Svizzera tedesca](#) (in tedesco e francese)
- Foglio di lavoro 29: [Immagine corporea positiva degli adolescenti](#) (in tedesco e francese)
- Foglio di lavoro 28: [Peso corporeo sano nell'infanzia e nell'adolescenza](#) (in tedesco e francese)
- Scheda informativa: [Investimenti nell'alimentazione equilibrata e nell'attività fisica](#) (in tedesco)
- Foglio d'informazione 21: [Attività su alimentazione e movimento tra bambini e giovani](#)
- Foglio di lavoro 3: [Immagine corporea sana](#) (in tedesco e francese)
- Argomentario HBI (disponibile in tedesco e francese nel CUG o su richiesta inviando una mail a kommunikation@promotionsante.ch)

10 Conclusioni e raccomandazioni

• **Fabienne Amstad**, Promozione Salute Svizzera

Oltre a passare in rassegna i principali argomenti a favore della promozione della salute nell'adolescenza e in giovane età adulta descritti in questo rapporto, il presente capitolo fornisce delle raccomandazioni che consentono di mettere in pratica le considerazioni emerse nell'ambito di questa revisione scientifica. Le raccomandazioni indicano *come* si deve procedere e *cosa* occorre tenere in considerazione, vale a dire quali devono essere i contenuti delle misure.

10.1 Argomenti a favore della promozione della salute: **PERCHÉ**

L'adolescenza è una fase di vita caratterizzata da molteplici transizioni e cambiamenti

Il cammino verso l'età adulta implica il superamento di innumerevoli transizioni e mutamenti in un arco di tempo molto breve. Alcuni esempi sono la transizione dalla scuola al mondo del lavoro, dalla dipendenza verso l'autonomia, da ragazza a donna oppure da ragazzo a uomo. Gli adolescenti hanno bisogno di essere sostenuti per riuscire a superare con successo tutte queste transizioni e questi cambiamenti.

L'adolescenza è una «window of opportunities»

Lo sviluppo cerebrale – che si conclude solo verso i 25 anni – comporta un'elevata variabilità degli schemi di pensiero e comportamento. Le abitudini sviluppate in questa fase di vita tendono a durare e consolidarsi nel tempo, assicurando agli interventi un impatto durevole.

Sono pochi i progetti destinati agli adolescenti e ai giovani adulti

In Svizzera è disponibile una buona base di dati relativa alla salute dei giovani di età superiore ai 16 anni.

Sebbene i dati indichino un'elevata necessità di intervento, si osserva una carenza di progetti specifici per questa fascia d'età. Al termine della scuola dell'obbligo diventa molto più difficile accedere agli ambienti di vita dei giovani. È quindi importante intervenire adottando misure specifiche per questo gruppo target.

Aumento dei problemi di natura psichica (inaspriti dalla pandemia di coronavirus)

Oltre il 20% dei giovani è interessato da una crisi psichica o da una malattia psichica prima dei 25 anni. La pandemia di coronavirus ha provocato un peggioramento della situazione, facendo aumentare tale prevalenza a oltre un terzo (l'auspicio è che si tratti solo di un aumento temporaneo). I fattori di carico associati alla pandemia (preoccupazioni, timori, ecc.) e le misure adottate per contrastarla hanno provocato un aumento del disagio psichico tra gli adolescenti e i giovani adulti, confermato dal netto incremento delle malattie psichiche e dei ricoveri di emergenza nei servizi di psichiatria adolescenziale. In questo contesto si osserva quindi un'accresciuta necessità di intervento.

Il ripensamento delle abitudini alimentari è un'opportunità da cogliere

Durante l'adolescenza i ragazzi tendono a mettere in discussione le abitudini alimentari acquisite in età infantile. Sarebbe opportuno sfruttare questo processo di ripensamento per orientare gli adolescenti verso abitudini alimentari sane nonché un atteggiamento positivo nei confronti del cibo.

Durante l'adolescenza si assiste a un graduale calo dell'attività fisica

Gli adolescenti in Svizzera fanno troppo poco movimento e i livelli di attività fisica insufficienti possono causare conseguenze sanitarie ed economiche a lungo termine.

Le competenze di salute degli adolescenti sono insufficienti

La metà degli adolescenti dispone di competenze di salute problematiche o insufficienti. Anche le competenze in materia di rischi e uso dei media sono fondamentali per la salute degli adolescenti. Il crescente uso dei media e la dipendenza dai media rappresentano un'importante sfida in questo contesto.

10.2 Raccomandazioni

Per promuovere la salute psichica, l'attività fisica regolare e l'alimentazione equilibrata in questa fascia d'età bisogna tenere in particolare considerazione i seguenti punti:

Tematiche prioritarie per la promozione della salute: COSA

Competenze di vita: gli adolescenti devono sapere cosa fare e come farlo

Secondo l'OMS le seguenti competenze di vita sono cruciali per la salute e il benessere degli adolescenti e dei giovani adulti: la capacità di prendere decisioni e risolvere problemi, il pensiero critico e creativo, le abilità comunicative e relazionali, la consapevolezza di sé e l'empatia come pure la capacità di gestire le emozioni e lo stress. Queste competenze di vita permettono agli adolescenti e ai giovani adulti di acquisire conoscenze, mettere in discussione e consolidare le proprie opinioni nonché tradurre i propri valori in capacità e azioni concrete, acquisendo anche una maggiore responsabilità nei confronti della propria salute.

È importante promuovere l'autoefficacia

Rispetto al resto della popolazione, i giovani di età compresa tra 16 e 25 anni hanno un livello di autoefficacia piuttosto basso. Questo significa che sono meno convinti di essere in grado, grazie alle proprie competenze, di portare a termine determinati compiti. Inoltre credono in misura minore di essere in grado di autodeterminare la propria vita (senso di padronanza ridotto). Queste risorse, tuttavia, sono importanti per la salute psichica nonché per la motivazione a praticare un'attività fisica regolare e a seguire un'alimentazione equilibrata.

Occorre promuovere sia la pratica sportiva sia l'attività fisica quotidiana

I programmi di promozione dell'attività fisica non dovrebbero essere incentrati unicamente sull'attività sportiva, bensì anche sull'attività fisica nella vita quotidiana. È particolarmente indicata la realizzazione di interventi a lungo termine che prevedono una pianificazione urbana favorevole al movimento, che promuovono modelli di riferimento positivi e che prestano una particolare attenzione allo sviluppo positivo e al piacere/divertimento. È inoltre utile prevedere lo sviluppo di misure che tengono conto degli aspetti legati al genere per raggiungere in ugual misura i giovani di entrambi i sessi.

Le conoscenze nutrizionali da sole non sono sufficienti per promuovere l'alimentazione sana

Per adottare comportamenti sani non basta sapere quali comportamenti sono favorevoli alla salute. Se prendiamo l'esempio dell'alimentazione equilibrata, le competenze alimentari partono dall'acquisto di alimenti sani e includono la capacità di preparare e assaporare un pasto. Sono numerosi gli approcci che si possono impiegare nel quadro della promozione di un'alimentazione equilibrata. Le misure che prendono in considerazione anche il piano affettivo e i fattori motivazionali risultano essere più efficaci.

Healthy Body Image

Un tema centrale in questa fase di vita è l'immagine corporea. Per promuovere un'immagine corporea positiva è importante rafforzare l'apprezzamento, l'accettazione e la cura del proprio corpo come pure un atteggiamento positivo in generale. L'immagine corporea positiva è associata al benessere psichico, all'alimentazione intuitiva come pure a un atteggiamento positivo verso la sessualità, il ciclo mestruale e altri aspetti fisici. L'immagine corporea positiva può essere sia una conseguenza di un'alimentazione equilibrata, un'attività fisica regolare e del benessere psichico così come una risorsa per raggiungere tali obiettivi.

Principi metodologici: COME

Oltre a sapere *perché* è importante promuovere la salute nell'infanzia e *cosa* bisogna promuovere, è utile sapere *come* bisogna procedere. È importante tenere conto delle caratteristiche specifiche del gruppo target e sfruttarle come un'opportunità. Di seguito passiamo in rassegna le principali considerazioni menzionate in questo rapporto.

Bisogna tenere conto del prolungamento dell'adolescenza

I cambiamenti sul piano educativo, formativo, economico e sociale si sono tradotti in un'estensione dell'adolescenza. Oggi i giovani adulti tendono a completare più tardi la loro prima formazione, diventando indipendenti e autonomi più avanti nella vita. È importante tenere conto del prolungamento dell'adolescenza nella pianificazione delle misure che mirano a promuovere la salute di adolescenti e giovani adulti.

È meglio coinvolgere che imporre

Tra i principali fattori di successo per gli interventi di promozione della salute figurano la partecipazione dei giovani nonché il lavoro basato sulle relazioni. È importante coinvolgere gli adolescenti e i giovani adulti a partire dalle prime fasi di sviluppo dei progetti e dei programmi. Devono poter partecipare alle decisioni e avere voce in capitolo. L'obiettivo ultimo è promuovere la partecipazione dei giovani alla vita sociale in generale.

Le transizioni rappresentano una porta d'accesso

L'adolescenza è una fase di vita caratterizzata da molteplici transizioni. Lasciare la casa dei genitori per andare a vivere da soli o entrare nel mondo del lavoro sono importanti momenti di svolta. Queste transizioni rappresentano un'interessante ed efficace porta d'accesso al gruppo target che la promozione della salute deve sfruttare.

Il tempo libero è un setting importante

Le strutture per il tempo libero, le organizzazioni e associazioni giovanili offrono agli adolescenti e ai giovani adulti un contesto strutturato e parzialmente organizzato. Spesso gli adolescenti più grandi o i giovani adulti sono importanti interlocutori e persone di riferimento per i ragazzi più giovani. In questo contesto si sono dimostrate efficaci misure strutturali come i corsi di formazione per le persone che hanno un ruolo di responsabilità nel settore del tempo libero. In questo ambito vi è un grande potenziale poiché è stato appurato che i luoghi destinati al tempo libero e allo sport sono quelli dove l'alimentazione degli adolescenti risulta essere meno sana. Cionondimeno, le scuole continuano ad essere un setting ideale per promuovere in modo duraturo la salute degli adolescenti «più giovani». Un buon esempio in questo senso sono le lezioni obbligatorie di educazione fisica.

È necessario coinvolgere i pari

L'ambiente sociale subisce un ampliamento nell'adolescenza, con i coetanei che diventano importanti modelli di riferimento. In questa fase non è importante solo la presenza di un gruppo di pari, bensì anche lo sviluppo di relazioni prosociali tra i ragazzi, che si manifestano attraverso il sostegno sociale reciproco nonché il piacere di fare delle attività insieme.

I genitori continuano ad essere importanti figure di riferimento

Durante l'adolescenza i coetanei diventano sempre più importanti, ma i genitori e le altre persone responsabili dell'educazione continuano ad essere importanti figure di riferimento che possono influenzare in maniera importante la salute degli adolescenti e dei giovani adulti. È pertanto importante continuare a coinvolgere i genitori nelle misure di promozione della salute anche durante l'adolescenza.

Gli approcci incentrati sulla persona e orientati allo sviluppo sono più efficaci rispetto al modello biomedico

Gli interventi che si basano sul pensiero biomedico e gli approcci che mirano unicamente a ridurre il rischio di malattia hanno un'efficacia limitata. Nell'ambito della promozione dell'attività fisica, ad esempio, si sono dimostrati più efficaci i programmi che si concentrano sugli adolescenti come individui e sul loro benessere generale. In questo contesto, invece di puntare unicamente ad incrementare i livelli di attività fisica, si consiglia di integrare diverse forme di attività fisica nella vita quotidiana degli adolescenti.

È importante fare una differenziazione del gruppo target

Per garantire le pari opportunità nello sviluppo delle misure è importante fare una chiara differenziazione del gruppo target. La sedentarietà, ad esempio, è una caratteristica più marcata nelle adolescenti di sesso femminile rispetto ai coetanei di sesso maschile. Per contro le ragazze consumano alimenti più sani rispetto ai maschi, mentre la probabilità di sviluppare una malattia psichica (ad es. la depressione) risulta essere più elevata tra gli adolescenti appartenenti alla comunità LGBTQI+. È quindi fondamentale adeguare le misure alle caratteristiche tipiche del gruppo target.

L'autonomia è un fattore chiave

Durante l'adolescenza i ragazzi acquisiscono una crescente autonomia e di conseguenza si assumono una crescente responsabilità anche nei confronti della propria salute. Bisogna tenere conto di questa autonomia in tutto il processo, che comincia con la pianificazione di un comportamento, include diversi passi di attuazione e si conclude con l'adozione di un comportamento sano.

È opportuno integrare le tematiche piuttosto che separarle

La ricerca conferma che è utile e corretto considerare insieme le tematiche salute psichica, attività fisica e alimentazione. Un comportamento sano è spesso associato ad altri comportamenti sani, vale a dire che si influenzano vicendevolmente. Un'alimentazione equilibrata, ad esempio, favorisce il benessere psichico e va di pari passo con un maggiore livello di attività fisica.

I media digitali rappresentano sia un'opportunità che un rischio

I media digitali sono un elemento integrante della vita quotidiana di adolescenti e giovani adulti. Quasi tutti possiedono uno smartphone e usano i social media. Per sfruttare al meglio le opportunità e ridurre al minimo i rischi è importante promuovere sia un uso consapevole dei media che le competenze digitali utili per la salute (ad es. essere in grado di riconoscere l'affidabilità della fonte di informazione). In questo contesto è importante predisporre un'offerta online facilmente accessibile e diffondere informazioni sulla salute commisurate alle esigenze e all'età del gruppo target.

11 Riferimenti bibliografici

Capitolo 2

- [2.1] Blakemore, S.-J. (2019). Adolescence and mental health. *Lancet*, 393(10185), 2030–2031. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31013-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31013-X)
- [2.2] Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D. & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- [2.3] Chulani, V. L. & Gordon, L. P. (2014). Adolescent growth and development. *Prim Care*, 41(3), 465–487. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2014.05.002>
- [2.4] Arrington-Sanders, R. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review*, 34(8), 354–359. <https://doi.org/10.1542/pir.34-8-354>
- [2.5] Dorn, L. D., Hostinar, C. E., Susman, E. J. & Pervanidou, P. (2019). Conceptualizing puberty as a window of opportunity for impacting health and well-being across the life span. *J Res Adolesc*, 29(1), 155–176. <https://doi.org/10.1111/jora.12431>
- [2.6] Christie, D. & Viner, R. (2005). Adolescent development. *BMJ*, 330(7486), 301–304. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7486.301>
- [2.7] Barrense-Dias, Y., Akre, C., Surís, J.-C., Berchtold, A., Morselli, D., Jacot-Descombes, C. & Leeners, B. (2020). Does the primary resource of sex education matter? A Swiss national study. *J Sex Res*, 57(2), 166–176. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1626331>
- [2.8] Deppen, A., Jeannin, A., Michaud, P.-A., Alsaker, F. & Surís, J.-C. (2012). Subjective pubertal timing and health-compromising behaviours among Swiss adolescent girls reporting an on-time objective pubertal timing. *Acta Paediatr*, 101(8), 868–872. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02707.x>
- [2.9] Hartman-Munick, S. M., Gordon, A. R. & Guss, C. (2020). Adolescent body image: influencing factors and the clinician's role. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(4), 455–460. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000910>
- [2.10] Viner, R. M., Haines, M. M., Taylor, S. J. C., Head, J., Booy, R. & Stansfeld, S. (2006). Body mass, weight control behaviours, weight perception and emotional well being in a multiethnic sample of early adolescents. *Int J Obes (Lond)*, 30(10), 1514–1521. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803352>
- [2.11] Davison, T. E. & McCabe, M. P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *J Soc Psychol*, 146(1), 15–30. <https://doi.org/10.3200/SOCP.146.1.15-30>
- [2.12] Vogel, E. A., Rose, J. P., Okdie, B. M., Eckles, K. & Franz, B. (2015). Who compares and despairs? The effect of social comparison orientation on social media use and its outcomes. *Pers Individ Dif*, 86, 249–256. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.026>
- [2.13] Schreurs, L. & Vandenbosch, L. (2021). Introducing the Social Media Literacy (SMILE) model with the case of the positivity bias on social media. *Journal of Children and Media*, 15(3), 320–337. <https://doi.org/10.1080/17482798.2020.1809481>
- [2.14] Reer, F., Tang, W. Y. & Quandt, T. (2019). Psychosocial well-being and social media engagement: the mediating roles of social comparison orientation and fear of missing out. *New Media & Society*, 21(7), 1486–1505. <https://doi.org/10.1177/1461444818823719>
- [2.15] World Health Organization (WHO) (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva* (Sexual Health Document Series). <https://www.ceslas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf>
- [2.16] Mahalik, J. R., Levine Coley, R., McPherran Lombardi, C., Doyle Lynch, A., Markowitz, A. J. & Jaffee, S. R. (2013). Changes in health risk behaviors for males and females from early adolescence through early adulthood. *Health Psychology*, 32(6), 685–694. <https://doi.org/10.1037/a0031658>

- [2.17] Kipping, R. R., Smith, M., Heron, J., Hickman, M. & Campbell, R. (2015). Multiple risk behaviour in adolescence and socio-economic status: findings from a UK birth cohort. *European Journal of Public Health*, 25(1), 44–49. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku078>
- [2.18] Surís, J.-C., Barrense-Dias, Y. & Berchtold, A. (2015). *La problématique des jeux d'argent chez les adolescents du canton de Fribourg*. IUMSP. https://www.grea.ch/sites/default/files/rapport_2015.pdf
- [2.19] Jessor, R. (1987). Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *Br J Addict*, 82(4), 331–342. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1987.tb01490.x>
- [2.20] Aclin, W. M., Lejuez, C. W., Zvolensky, M. J., Kahler, C. W. & Gwadz, M. (2005). Evaluation of behavioral measures of risk taking propensity with inner city adolescents. *Behav Res Ther*, 43(2), 215–228. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.007>
- [2.21] Chein, J., Albert, D., O'Brien, L., Uckert, K. & Steinberg, L. (2011). Peers increase adolescent risk taking by enhancing activity in the brain's reward circuitry. *Dev Sci*, 14(2), F1–F10. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2010.01035.x>

Capitolo 3

- [3.1] Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T., Stock, S., Altgeld, T., Knesebeck, O. von dem, Ottova, V., Ravens-Sieberer, U., Süß, W. & Trojan, A. (Hg.) (2018). *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5. Aufl.). Hogrefe.
- [3.2] Habermann-Horstmeier, L. (2017). *Gesundheitsförderung und Prävention: Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer*. Hogrefe.
- [3.3] Jungbauer-Gans, M. & Hackauf, H. (2000). Die Bedeutung von Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. In H. Hackauf & M. Jungbauer-Gans (Hg.), *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen: Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmaßnahmen* (S. 9–14). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/3-531-90798-0_1
- [3.4] Gollner, E., Szabo, B., Schnabel, F., Schnitzer, B. & Thaller-Schneider M. (Hg.) (2017). *Gesundheitsförderung konkret: Ein forschungsgelitetes Lehrbuch für die Praxis*. Holzhausen.
- [3.5] Naidoo, J. & Wills, J. (2019). *Lehrbuch Gesundheitsförderung* (3. Aufl.). Hogrefe.
- [3.6] World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
- [3.7] Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Springer.
- [3.8] Brinkmann, R. D. (2014). *Angewandte Gesundheitspsychologie*. Pearson.
- [3.9] Michie, S., Stralen, M. M. van & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- [3.10] Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J. & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*, 46(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- [3.11] Ischer, P. & Saas, C. (2019). *Partizipation in der Gesundheitsförderung*. GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Arbeitspapier_048_GFCH_2021-06_-_Partizipation_in_der_Gesundheitsfoerderung.pdf
- [3.12] Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int*, 26 Suppl 1, i29–69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- [3.13] Kaplan, R. S. (2001). Strategic performance measurement and management in nonprofit organizations. *Nonprofit Management Leadership*, 11(3), 353–370. <https://doi.org/10.1002/NML.11308>
- [3.14] Ackermann, G. (2016). *Evaluation und Komplexität: Wirkungskonstruktion in der Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention* [Diss., Universität Basel]. Schweizerische Nationalbibliothek. <https://guenterackermann.ch/wp-content/uploads/2013/02/Ackermann-2016-Evaluation-und-Komplexität.pdf>

- [3.15] Stiftung Zewo (2011). *Wirkungsmessung in der Entwicklungszusammenarbeit: Zewo-Leitfaden für Projekte und Programme*. https://zewo.ch/wp-content/uploads/2020/03/Brosch_Wirkungsmessung.pdf
- [3.16] Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health Promot Int*, 13(1), 27–44. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.27>
- [3.17] Stocker, D., Jäggi, J., Berset, M., Schläpfer, D., Németh, P., Kaeslin, S. & Goebel, S. (2021). *Junge Erwerbstätige: Arbeitsbedingungen und Gesundheit* (Arbeitspapier 55). https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2021/2021_AP_55_Junge_Erwerbstaetige_Gesundheit_de_web.pdf
- [3.18] Schaefer, I. & Kolip, P. (2010). Unterstützung der Qualitätsentwicklung mit Goal Attainment Scaling (GAS). *Prävention*, 33, 66–69. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2564478>
- [3.19] Fässler, S. & Studer, S. (2019). *Wirkungsevaluation von Interventionen: Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit* (Arbeitspapier 46). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [3.20] Rieder, S. (2003). *Integrierte Leistungs- und Wirkungssteuerung: Eine Anleitung zur Formulierung von Leistungen, Zielen und Indikatoren in der Öffentlichen Verwaltung*. Erstellt im Auftrag der Programmleitung FLAG. https://ub.unibas.ch/digi/a125/sachdok/2012/BAU_1_5753021.pdf
- [3.21] Kurz, B. & Kubek, D. (2013). *Kursbuch Wirkung: Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen*. Phineo; Bertelsmann-Stiftung. <http://www.phineo.org/fuer-organisationen/kursbuch-wirkung>
- [3.22] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht. www.gesundheitsbericht.ch/de/04-koerperliche-gesundheit-und-entwicklung
- [3.23] Sucht Schweiz (2018). *HBSC Ergebnisse 2018*.
- [3.24] Bundesamt für Statistik (BFS) (2018). *Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand und dauerhaftes Gesundheitsproblem, 2017*. www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/allgemeiner.html
- [3.25] Dratva, J. & Wieber, F. (2022). *Secondary health impact of COVID-19 containment measures in children, adolescents, and young adults*. SSPH; BAG. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/23489>
- [3.26] Lee, E.-Y. & Yoon, K.-H. (2018). Epidemic obesity in children and adolescents: risk factors and prevention. *Front Med*, 12(6), 658–666. <https://doi.org/10.1007/s11684-018-0640-1>
- [3.27] Stamm, H., Bürgi, R., Lamprecht, M. & Walter, S. *Vergleichendes Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Analyse von Daten aus den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, St. Gallen und Uri sowie den Städten Bern, Freiburg, Winterthur und Zürich* (Arbeitspapier 58). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/arbeitspapiere/Arbeitspapier_058_GFCH_2021-09_-_Vergleichendes_BMI-Monitoring.pdf
- [3.28] Bringolf, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B. & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss TPH. www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Schlussbericht_SOPHYA.pdf
- [3.29] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. www.gesundheitsbericht.ch/de/09-gesundheitsfoerderung-und-praevention/93-psychische-gesundheit
- [3.30] Bieri, U., Kocher, J. P., Gauch, C., Tschöpe, S., Venetz, A., Hagemann, M., Schwab, J., Schüpbach, S. & Frind, A. (2016). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015».: Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien*. BAG; gfs.bern.
- [3.31] DeGani, S., Jaks, R., Bieri, U. & Hoher, J. P. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021: Schlussbericht*. BAG; Careum Stiftung.
- [3.32] National Research Council, Institute of Medicine (2004). *Children's health, the nation's wealth: assessing and improving child health*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/10886>
- [3.33] Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *Am J Orthopsychiatry*, 76(3), 395–402. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>
- [3.34] Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *J Adult Dev*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

- [3.35] Tse, C. K., Bridges, S. M., Srinivasan, D. P. & Cheng, B. S. (2015). Social media in adolescent health literacy education: a pilot study. *JMIR Res Protoc*, 4(1), e18. <https://doi.org/10.2196/resprot.3285>
- [3.36] Rigby, M. J., Köhler, L. I., Blair, M. E. & Metchler, R. (2003). Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. *Eur J Public Health*, 13(3 Suppl.), 38–46. https://doi.org/10.1093/eurpub/13.suppl_1.38
- [3.37] Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*, 55(5), 469–480.
- [3.38] Korin, M. R. (2016). Introduction: What is health promotion for children and adolescents? In M. R. Korin (Hg.), *Health promotion for children and adolescents* (S. 3–8). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7711-3_1
- [3.39] Nutbeam, D. (1989). *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories* (3. Aufl.). McGraw-Hill.
- [3.40] World Health Organization (WHO) (2020). *Life skills education school handbook: prevention of non-communicable diseases*. Introduction. <https://www.who.int/publications/i/item/97-8924-000484-9>
- [3.41] Erhart M, Hurrelmann, K [K.] & Ravens-Sieberer, U. (2015). Sozialisation und Gesundheit. In K. Hurrelmann, U. Bauer, M. Grundmann & S. Walper (Hg.), *Pädagogik. Handbuch Sozialisationsforschung* (6. Aufl., S. 424–442). Beltz.
- [3.42] Jordan, S., Domanska, O. & Loer, A.-K. (2020). Health Literacy im Jugendalter: Anforderungen an Messinstrumente. In T. M. Bollweg, J. Bröder & P. Pinheiro (Hg.), *Gesundheit und Gesellschaft. Health Literacy im Kindes- und Jugendalter* (S. 99–115). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-29816-6_6
- [3.43] World Health Organization (WHO). *Promoting health in the SDGs: all for health, health for all*. Report on the 9th global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259183>
- [3.44] Dratva, J., Späth, A. & Zemp, E. (2013). *Child and adolescent health monitoring: report for the Federal Office of Statistics*. [Kinder- und Jugend- Gesundheitsmonitoring in der Schweiz. Bericht z. H. des BFS] BFS.
- [3.45] Pro Juventute Schweiz (2021). *Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Kinder, Jugendliche und ihre Familien in der Schweiz*. Pro Juventute Corona-Report Update. <https://www.aramis.admin.ch/Dokument.aspx?DocumentID=69043>
- [3.46] Bernath, J., Suter, L., Waller, G., Külling, C., Willemsse, I. & Süss, D. (2020). *JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien: Erhebung Schweiz*. ZHAW.
- [3.47] Sucht Schweiz. *Ständig online: neue Publikation mit Fakten und Folgen*. Medienmitteilung. www.suchtschweiz.ch/aktuell/medienmitteilungen/article/staendig-online-neue-publikation-mit-fakten-und-folgen
- [3.48] Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Ezra, S. & Ben Shlomo, Y. (Hg.) (2004). *A life course approach to chronic disease epidemiology*. (Life course approach to adult health series) (2. Aufl.). Oxford Univ. Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198578154.001.0001>
- [3.49] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht*. Bericht 6. GFCH. https://www.prevention.ch/files/publicimages/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf
- [3.50] World Health Organization (WHO) (2013). *Nurturing human capital along the life course: investing in early child development*. Meeting report WHO, Geneva, Switzerland, 10–11 January 2013. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87084>
- [3.51] Wieser, S., Kauer, L., Schmidhauser, S., Pletscher, M. & Brügger, U. (2010). *Synthesebericht: Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz*. ZHAW; BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-ncd-sucht/2001-2010/2010-oekonomische-evaluation-praevention-synthesebericht-zusammenfassung.pdf>
- [3.52] Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M. L., Hall, K. D., Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., James, W. P. T., Wang, Y. & McPherson, K. (2015). Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*, 385(9986), 2510–2520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61746-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61746-3)

- [3.53] Deogan, C., Zarabi, N., Stenström, N., Högberg, P., Skärstrand, E., Manrique-Garcia, E., Neovius, K. & Månsdotter, A. (2015). Cost-effectiveness of school-based prevention of cannabis use. *Appl Health Econ Health Policy*, 13(5), 525–542. <https://doi.org/10.1007/s40258-015-0175-4>
- [3.54] Neighbors, C. J., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Colby, S. M. & Monti, P. M. (2010). Cost-effectiveness of a motivational intervention for alcohol-involved youth in a hospital emergency department. *J Stud Alcohol Drugs*, 71(3), 384–394. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.384>
- [3.55] Effertz, T., Engel, S., Verheyen, F. & Linder, R. (2016). The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *Eur J Health Econ*, 17(9), 1141–1158. <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0751-4>
- [3.56] Steiner, M., Knittel, T., Müller, D. & Nell, P. (2012). *Unser Platz – Jugendliche in öffentlichem Raum. Juvenir-Studie 1.0*. Jacobs Foundation. <https://vdocuments.mx/download/juvenir-studie-10-unser-platz-a-jugendliche-im-ffentlichen-raum-10-jugend>
- [3.57] Jimenez, M. P., DeVille, N. V., Elliott, E. G., Schiff, J. E., Wilt, G. E., Hart, J. E. & James, P. (2021). Associations between nature exposure and health: a review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094790>
- [3.58] Laflamme, L., Burrows, S. & Hasselberg, M. (2009). *Socioeconomic differences in injury risks: a review of findings and a discussion of potential countermeasures*. WHO Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350275>
- [3.59] Kim, J. B., Prunicki, M., Haddad, F., Dant, C., Sampath, V., Patel, R., Smith, E., Akdis, C., Balmes, J., Snyder, M. P., Wu, J. C. & Nadeau, K. C. (2020). Cumulative lifetime burden of cardiovascular disease from early exposure to air pollution. *J Am Heart Assoc*, 9(6), e014944. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014944>
- [3.60] Anopa, Y. & Conway, D. I. (2020). Exploring the cost-effectiveness of child dental caries prevention programmes: are we comparing apples and oranges? *Evid Based Dent*, 21(1), 5–7. <https://doi.org/10.1038/s41432-020-0085-7>
- [3.61] Backes, H. & Lieb, C. (2014). *Peer Education*. www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/strategien-handlungsansaetze-und-methoden/peer-education
- [3.62] Meyer, M. (2004). tschau.ch: Informationen und Antworten für Jugendliche. *Suchtmagazin*, 30(1), 29–32. <https://doi.org/10.5169/seals-800545>
- [3.63] Güntzer, A. (2017). Jugendliche in der Schweiz leiden unter Leistungsdruck und Stress. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 23(2), 38–44. http://www.szh.ch/bausteine.net/f/50990/Guentzer_170238.pdf
- [3.64] Jadambaa, A., Graves, N., Cross, D., Pacella, R., Thomas, H. J., Scott, J. G., Cheng, Q. & Brain, D. (2022). Economic evaluation of an intervention designed to reduce bullying in Australian schools. *Appl Health Econ Health Policy*, 20(1), 79–89. <https://doi.org/10.1007/s40258-021-00676-y>
- [3.65] Zumbrunn, A., Solèr, M. & Kunz, D. (2016). *Umsetzung Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen*. FHNW. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/kinder-und-jugend/umsetzung-gesundheitsfoerderung-praevention-schulen.pdf>
- [3.66] Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A., Guggenbühl, L., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2020). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2019/20 mit Sonderfokus «Oberstufe und Körperbild»* (Faktenblatt 56). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_056_GFCH_2021-05_-_BMI_Monitoring_2019-2020.pdf
- [3.67] Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A., Guggenbühl, L., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2020). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2018/19 mit Sonderfokus «Bewegungsverhalten und Gewicht»* (Faktenblatt 42). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_042_GFCH_2020-05_-_BMI-Monitoring_2018-2019.pdf

- [3.68] Stamm, H., Ceschi, M., Fischer, A., Guggenbühl, L., Ledergerber, M., Stronski, S., Walter, S. & Würfel, E. (2019). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2017/18 mit Fokus Wohnumfeld* (Faktenblatt 37). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_037_GFCH_2019-04_-_BMI-Monitoring_2017-2018.pdf
- [3.69] Stamm, H., Bürgi, R., Ceschi, M., Felber Dietrich, D., Guggenbühl, L., Ledergerber, M., Stronski, S. & Walter, S. (2022). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2021/22 mit Sonderfokus «Nationaler und internationaler Vergleich»* (Faktenblatt 69). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_069_GFCH_2022-05_-_BMI_Monitoring_2020-2021.pdf

Capitolo 4

- [4.1] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2018). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen Vergleichszahlen 2005/06 bis 2016/17* (Faktenblatt 33). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_033_GFCH_2018-04_-_BMI-Monitoring.pdf
- [4.2] Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). *Gesundheitsverhalten* [Tabelle]. Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a.xml>
- [4.3] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. www.gesundheitsbericht.ch/de/04-koerperliche-gesundheit-und-entwicklung
- [4.4] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2017). *Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention: Zielgruppe Kinder und Jugendliche* (Faktenblatt 19). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/faktenblaetter/Faktenblatt_019_GFCH_2017-02_-_Geschlechtliche_und_sexuelle_Minderheiten.pdf
- [4.5] World Health Organization (WHO) (2013). *Social determinants of health: Key concepts*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- [4.6] World Health Organization (WHO) (2013). *Social determinants of health: Key concepts*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- [4.7] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; BAG; GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [4.8] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Updated reprint 2014. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf
- [4.9] AG NCD-Strategie Teilprojekt 1 (Hg.) (2015). *Risikofaktoren, nationale Präventionsaktivitäten und Synergien zu krankheitsspezifischen Teilstrategien: Grundlagebericht als Basis für die zur Erarbeitung der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)*. Unveröffentlichter Bericht.
- [4.10] Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 315–320). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_31
- [4.11] Kowalski, C., Steinhausen, S., Pfaff, H. & Janßen, C. (2008). Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. *Public Health Forum*, 16(2), 29-31. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2008.04.017>

- [4.12] Gittelsohn, J. & Trude, A. (2017). Diabetes and obesity prevention: changing the food environment in low-income settings. *Nutr Rev*, 75(Suppl. 1), 62–69. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw038>
- [4.13] Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention: bewährte Ansätze und Erfolgskriterien*. Kurzversion für die Praxis. BAG; GFCH; GDK. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [4.14] Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen: Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. GFCH; BFU. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [4.15] Salis Gross, C., Soom Ammann, E. & El Fehri, V. (2012). Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Sucht magazin*(3–4), 26–29. <https://doi.org/10.5167/uzh-74947>
- [4.16] Moret, J. & Dahinden, J. (2009). *Wege zu einer besseren Kommunikation*. EKM. https://www.ekm.admin.ch/dam/ekm/de/data/dokumentation/materialien/mat_wege_kommunikation_d.pdf
- [4.17] Kricheldorf, C. (2010). Bildungsarbeit mit älteren und alten Menschen. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 99–109). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_9
- [4.18] Hackl, C. (2007). *Gesundheitsförderung für ältere Menschen, mit dem Schwerpunkt sozial Schwache* [Diplomarbeit IMC Fachhochschule Krens].
- [4.19] Flor, W. (2019). *Alter(n) und Gesundheitsförderung* (BZgA-Leitbegriffe). BZgA. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/altern-und-gesundheitsfoerderung/> <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i002-2.0>
- [4.20] Baxter, S., Johnson, M., Payne, N., Buckley-Woods, H., Blank, L., Hock, E., Daley, A., Taylor, A., Pavey, T., Mountain, G. & Goyder, E. (2016). Promoting and maintaining physical activity in the transition to retirement: a systematic review of interventions for adults around retirement age. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 12. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0336-3>
- [4.21] Lood, Q., Häggblom-Kronlöf, G. & Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*, 15, 560. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1222-4>
- [4.22] Craike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0676-2>
- [4.23] Olstad, D. L., Ancilotto, R., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J. & Ball, K. (2017). Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev*, 18(7), 791–807. <https://doi.org/10.1111/obr.12546>
- [4.24] Abeykoon, A. M. H., Engler-Stringer, R. & Muhajarine, N. (2017). Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review. *Public Health Nutr*, 20(12), 2236–2248. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000933>
- [4.25] Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M. & O'Rourke, K. (2015). Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health Promot Int*, 30(Suppl. 2), ii8–19. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav022>
- [4.26] Everson-Hock, E. S., Johnson, M., Jones, R., Woods, H. B., Goyder, E., Payne, N. & Chilcott, J. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Prev Med*, 56(5), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.02.023>
- [4.27] Schnyder-Walser, K., Ruflin, R., Grunder, M. & Widmer, P. (2015). *Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts»*. Schlussbericht. BAG. <https://www.aramis.admin.ch/Default?DocumentID=46832>

- [4.28] Riou, J., Panczak, R., Althaus, C. L., Junker, C., Perisa, D., Schneider, K., Criscuolo, N. G., Low, N. & Egger, M. (2021). Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *Lancet Public Health*, 6(9), e683–e691. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00160-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00160-2)
- [4.29] Webb Hooper, M., Nápoles, A. M. & Pérez-Stable, E. J. (2020). COVID-19 and racial/ethnic disparities. *JAMA*, 323(24), 2466–2467. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8598>
- [4.30] Mathur, R., Rentsch, C. T., Morton, C. E., Hulme, W. J., Schultze, A., MacKenna, B., Eggo, R. M., Bhaskaran, K., Wong, A. Y. S., Williamson, E. J., Forbes, H., Wing, K., McDonald, H. I., Bates, C., Bacon, S., Walker, A. J., Evans, D., Inglesby, P., Mehrkar, A., ... Goldacre, B. (2021). Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19-related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform. *Lancet*, 397(10286), 1711–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00634-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00634-6)
- [4.31] Probst, J. & Ruedin, D. (2021). *Littérature en santé relative au covid-19: focus sur la population migrante*. (SFM studies: Bd. 78). <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/migrationsbevölkerung-gesundheitskompetenz-und-covid-19.pdf>
- [4.32] Bishop, A. (2020). *Vulnerability amplified: the impact of the COVID-19 pandemic on LGBTIQ people*. OutRight Action International. <https://outrightinternational.org/covid-response>
- [4.33] M.I.S. TREND (2020). *Etude sur les habitudes alimentaires et l'activité physique de la population en Suisse pendant la période des mesures du Conseil fédéral visant à freiner la propagation du Covid-19 (du 13 mars au 26. avril)*. IRES. <https://www.blv.admin.ch/dam/blv/fr/dokumente/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung-waehrend-lockdown-bericht.pdf>
- [4.34] Höglinger, M. & Heiniger, S. (2020). *Verhaltensänderungen im Lockdown und persönliche Herausforderungen: Auswertungen mit Daten des COVID-19 Social Monitor für Gesundheitsförderung Schweiz*. Schlussbericht. WIG; ZHAW. https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/22546/3/2020_Hoeglinger-Heiniger_Covid19-Social-Monitor-Schlussbericht.pdf
- [4.35] Prickett, K. C., Habibi, H. & Carr, P. A. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy and acceptance in a cohort of diverse New Zealanders. *Lancet Reg Health West Pac*, 14, 100241. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100241>
- [4.36] Friemel, T. N. & Geber, S. (2021). *The role of socio-demographics in Covid-19 prevention*. Fachdiskussion Covid-19 Taskforce 12. Jan. 2021. IKMZ. https://covid-norms.ch/wp-content/uploads/2021/03/Covid-Norms_Fachgesprach_20210112_Friemel-Geber_webseite.pdf
- [4.37] Geber, S., Tribelhorn, L. & Friemel, T. N. (2020). *Die Impfbereitschaft in der Schweizer Bevölkerung*. Covid-Norms. <https://covid-norms.ch/impfbereitschaft-schweiz/>
- [4.38] Robertson, E., Reeve, K. S., Niedzwiedz, C. L., Moore, J., Blake, M., Green, M., Katikireddi, S. V. & Benzeval, M. J. (2021). Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in the UK household longitudinal study. *Brain Behav Immun*, 94, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.03.008>
- [4.39] Leu, A. & Becker, S. (2019). Young Carers. In H. Montgomery (Hg.), *Oxford bibliographies. Childhood studies. Oxford bibliographies in childhood studies*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/obo/9780199791231-0120>
- [4.40] Leu, A., Frech, M., Wepf, H., Sempik, J., Joseph, S., Helbling, L., Moser, U., Becker, S. & Jung, C. (2019). Counting Young Carers in Switzerland - A Study of Prevalence. *Child Soc*, 33(1), 53–67. <https://doi.org/10.1111/chso.12296>
- [4.41] Wepf, H., Joseph, S. & Leu, A. (2021). Benefit finding moderates the relationship between young carer experiences and mental well-being. *Psychology & Health*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1941961>
- [4.42] Joseph, S., Sempik, J., Leu, A. & Becker, S. (2020). Young Carers Research, Practice and Policy: An Overview and Critical Perspective on Possible Future Directions. *Adolescent Res Rev*, 5(1), 77–89. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00119-9>

- [4.43] Leu, A., Wepf, H. & Frech, M. (2020). Young carers. In C. Peter, M. Diebold, M. D. Jordan, J. Dratva, I. Kickbusch & S. Stronski (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (S. 64–75). Hogrefe.
<https://www.gesundheitsbericht.ch/de/03-young-carers>
- [4.44] Lewis, F. M., Becker, S., Parkhouse, T., Joseph, S., Hlebec, V., Mrzel, M., Brodin, R., Casu, G., Boccaletti, L., Santini, S., D'Amen, B., Socci, M., Hoefman, R., Jong, N. de, Leu, A., Phelps, D., Guggiari, E., Magnusson, L. & Hanson, E. (2022). The first cross-national study of adolescent young carers aged 15–17 in six European countries. *International Journal of Care and Caring*, 1–28.
<https://doi.org/10.1332/239788222X16455943560342>
- [4.45] Leu, A. & Becker, S. Länderspezifisches Bewusstsein zur Situation von Young Carers: Eine globale Betrachtung. In *ZQP-Report junge Pflegende* (S. 31–35): Zentrum für Qualität in der Pflege.
- [4.46] Nap, H. H., Hoefman, R., Jong, N. de, Lovink, L., Glimmerveen, L., Lewis, F., Santini, S., D'Amen, B., Socci, M., Boccaletti, L., Casu, G., Manattini, A., Brodin, R., Sirk, K., Hlebec, V., Rakar, T., Hudobivnik, T., Leu, A., Berger, F., ... Hanson, E. (2020). The awareness, visibility and support for young carers across Europe: a Delphi study. *BMC Health Serv Res*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05780-8>
- [4.47] Leu, A., Guggiari, E., Phelps, D., Magnusson, L., Nap, H. H., Hoefman, R., Lewis, F., Santini, S., Socci, M., Boccaletti, L., Hlebec, V., Rakar, T., Hudobivnik, T. & Hanson, E. (2021). Cross-national Analysis of Legislation, Policy and Service Frameworks for Adolescent Young Carers in Europe. *Journal of Youth Studies*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/13676261.2021.1948514>
- [4.48] Leu, A., Frech, M. & Jung, C. (2018). Young carers and young adult carers in Switzerland: caring roles, ways into care and the meaning of communication. *Health Soc Care Community*, 26(6), 925–934.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12622>
- [4.49] Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C. & Golder, L. (2019). *Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung: eine Bevölkerungsbefragung*. Schlussbericht des Forschungsmandats G01a des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020». BAG. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/foerderprogramme/fp_pflegerische_angehoerige/Kurzfassungen_Schlussberichte/Schlussbericht_Bedürfnisse_Entlastung.pdf

Capitolo 5

- [5.1] Bernath, J., Suter, L., Waller, G., Külling, C., Willemse, I. & Süss, D. (2020). *JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien: Erhebung Schweiz*. ZHAW.
- [5.2] Feierabend, S., Rathgeb, T., Kheredmand, H. & Glöckler, S. (2020). *JIM-Studie 2020 – Jugend, Information, Medien: Basisuntersuchung zum Medienumgang 12-bis 19-Jähriger*. MPFS.
- [5.3] Süss, D., Lampert, C. & Trültzsch-Wijnen, C. W. (2018). *Medienpädagogik: Ein Studienbuch zur Einführung* (3. Aufl.). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-19824-4>
- [5.4] Ludwigs, S. & Nöcker, G. (2020). *Social Media/Gesundheitsförderung mit digitalen Medien: Leitbegriffe Der Gesundheitsförderung Und Prävention. Glossar Zu Konzepten, Strategien und Methoden*.
<https://doi.org/10.17623/BZGA:224-1107-2.0>
- [5.5] Kramer, M. (2020). *Visuelle Biografiearbeit: Smartphone-Fotografie in der Adoleszenz aus medienpädagogischer Perspektive*. (Lebensweltbezogene Medienforschung: Bd. 8). Nomos Verlagsgesellschaft.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6405591>
- [5.6] Waller, G., & Meidert, U. (2020). Digitale Medien: Chancen und Risiken für die Gesundheit. In C. Peter, M. Diebold, M. D. Jordan, J. Dratva, I. Kickbusch & S. Stronski (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (S. 210–237). Hogrefe.
- [5.7] Ramsey Buchanan, L., Rooks-Peck, C. R., Finnie, R. K., Wethington, H. R., Jacob, V., Fulton, J. E., Johnson, D. B., Kahwati, L. C., Pratt, C. A., Ramirez, G., Mercer, S. L. & Glanz, K. (2016). Reducing recreational sedentary screen time. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 402–415.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.09.030>

- [5.8] Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Kho, M. E., Saunders, T. J., Larouche, R., Colley, R. C., Goldfield, G. & Gorber, S. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 8(1), 98. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-98>
- [5.9] Hakala, P. T., Saarni, L. A., Punamäki, R.-L., Wallenius, M. A., Nygård, C.-H. & Rimpelä, A. H. (2012). Musculoskeletal symptoms and computer use among Finnish adolescents – pain intensity and inconvenience to everyday life: a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*, 13(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-41>
- [5.10] Toh, S. H., Coenen, P., Howie, E. K. & Straker, L. M. (2017). The associations of mobile touch screen device use with musculoskeletal symptoms and exposures: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(8), e0181220. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181220>
- [5.11] Bruni, O., Sette, S., Fontanesi, L., Baiocco, R., Laghi, F. & Baumgartner, E. (2015). Technology use and sleep quality in preadolescence and adolescence. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(12), 1433–1441. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5282>
- [5.12] Mireku, M. O., Barker, M. M., Mutz, J., Dumontheil, I., Thomas, M. S., Röösli, M., Elliott, P. & Toledano, M. B. (2019). Night-time screen-based media device use and adolescents' sleep and health-related quality of life. *Environment International*, 124, 66–78. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.11.069>
- [5.13] Willemse, I. (2016). *Onlinesucht: Ein Ratgeber für Eltern, Betroffene und ihr Umfeld*. Hogrefe.
- [5.14] Fardouly, J. & Vartanian, L. R. (2016). Social media and body image concerns: current research and future directions. *Curr Opin Psychol*, 9, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.09.005>
- [5.15] Csikszentmihalyi, M. (2000). *Beyond boredom and anxiety*. Jossey-Bass.
- [5.16] Parker Oliver, D., Patil, S., Benson, J. J., Gage, A., Washington, K., Kruse, R. L. & Demiris, G. (2017). The Effect of Internet Group Support for Caregivers on Social Support, Self-Efficacy, and Caregiver Burden: A Meta-Analysis. *Telemedicine and e-Health*, 23(8), 621–629. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0183>
- [5.17] Wickham, C. A. & Carbone, E. T. (2015). Who's calling for weight loss? A systematic review of mobile phone weight loss programs for adolescents. *Nutrition Reviews*, 73(6), 386–398. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuu018>
- [5.18] Haug, S., Castro, R. P., Wenger, A. & Schaub, M. P. (2020). Efficacy of a smartphone-based coaching program for addiction prevention among apprentices: study protocol of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09995-6>
- [5.19] Breakey, V. R., Ignas, D. M., Warias, A. V., White, M., Blanchette, V. S. & Stinson, J. N. (2014). A pilot randomized control trial to evaluate the feasibility of an Internet-based self-management and transitional care program for youth with haemophilia. *Haemophilia*, 20(6), 784–793. <https://doi.org/10.1111/hae.12488>
- [5.20] Ebert, D. D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M. & Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS ONE*, 10(3), e0119895. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119895>
- [5.21] Huurne, E. D. ter, Haan, H. A. de, Postel, M. G., van der Palen, J., VanDerNagel, J. E. L. & DeJong, C. A. J. (2015). Web-Based Cognitive Behavioral Therapy for Female Patients With Eating Disorders: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*, 17(6), e152. <https://doi.org/10.2196/jmir.3946>
- [5.22] Hollis, C., Falconer, C. J., Martin, J. L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C. & Davies, E. B. (2017). Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems – a systematic and meta-review. *J Child Psychol Psychiatr*, 58(4), 474–503. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12663>
- [5.23] Beck, F., Richard, J.-B., Nguyen-Thanh, V., Montagni, I., Parizot, I. & Renahy, E. (2014). Use of the internet as a health information resource among French young adults:: results from a nationally representative survey. *J Med Internet Res*, 16(5), e128. <https://doi.org/10.2196/jmir.2934>
- [5.24] Kang, M., Robards, F., Sanci, L., Steinbeck, K., Jan, S., Hawke, C., Luscombe, G., Kong, M. & Usherwood, T. (2018). *Access 3: Young people and the health system in the digital age*. Final Research Report.

- [5.25] Wartella, E., Rideout, V., Montague, H., Beaudoin-Ryan, L. & Lauricella, A. (2016). Teens, Health and Technology: A National Survey. *MaC*, 4(3), 13–23. <https://doi.org/10.17645/mac.v4i3.515>
- [5.26] Norman, C. D. & Skinner, H. A. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *J Med Internet Res*, 8(2), e506. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>
- [5.27] Bautista, J. R. (2015). From Solving a Health Problem to Achieving Quality of Life: Redefining eHealth Literacy. *Journal of Literacy and Technology*, 16(2), 34–54.
- [5.28] Norgaard, O., Furstrand, D., Klokke, L., Karnoe, A., Batterham, R., Kayser, L. & Osborne, R. H. (2015). The e-health literacy framework: A conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems. *KMEL*, 522–540. <http://www.kmel-journal.org/ojs/index.php/online-publication/article/view/304/303>
- [5.29] Freeman, J. L., Caldwell, P. H. Y., Bennett, P. A. & Scott, K. M. (2018). How adolescents search for and appraise online health information: a systematic review. *J Pediatr*, 195, 244–255.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.11.031>
- [5.30] Dusberger, N. & Pierau, J. C. (2020). Chancen in der Gesundheitskommunikation durch Influencer-Strategien. In M. Terstiege (Hg.), *Digitales Marketing: Erfolgsmodelle aus der Praxis* (S. 213–222). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26195-5_13
- [5.31] Süß, D., Domdey, P., Steiner, L., Löpfe, S. & Bernath, J. *Jugendliche mit Gesundheitsförderungsbotschaften erreichen*. ZHAW; GFCH. https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen-Bibliothek/Fachthemen/ZHAW_2021_Wie_erreicht_Gesundheitsfo_rderung_Jugendliche.pdf
- [5.32] Albrecht, U.-V. (2019). *Einheitlicher Kriterienkatalog zur Selbstdeklaration der Qualität von Gesundheits-Apps*. Medizinische Hochschule Hannover (MHH). <https://doi.org/10.26068/MHHRPM/20190416-004>
- [5.33] Lampert, C. & Scherenberg, V. (2019). Gesundheits-Apps für Kinder und Jugendliche. *Public Health Forum*, 27(4), 301–303. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0066>
- [5.34] Lampert, C. (2020). Ungenutztes Potenzial: Gesundheits-Apps für Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsbl*, 63(6), 708–714. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03139-2>
- [5.35] Albrecht, U.-V. (Hg.) (2016). *Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA)*. Medizinische Hochschule Hannover (MHH).
- [5.36] Meidert, U., Scheermesser, M., Prieur, Y., Hegyi, S., Stockinger, K., Eyyi, G., Evers-Wölk, M., Jacobs, M., Oertel, B. & Becker, H. (2018). *Quantified Self: Schnittstelle zwischen Lifestyle und Medizin*. (TA-Swiss). VDF Hochschulverlag.
- [5.37] Tolks, D., Lampert, C., Dadaczynski, K., Maslon, E., Paulus, P. & Sailer, M. (2020). Spielerische Ansätze in Prävention und Gesundheitsförderung: Serious Games und Gamification. *Bundesgesundheitsbl*, 63(6), 698–707. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03156-1>
- [5.38] Dadaczynski, K., Schiemann, S. & Paulus, P. (Hg.) (2016). *Gesundheit spielend fördern: Potenziale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und Prävention*. Beltz Juventa.
- [5.39] DeSmet, A., van Ryckeghem, D., Compennolle, S., Baranowski, T., Thompson, D., Crombez, G., Poels, K., van Lippevelde, W., Bastiaensens, S., van Cleemput, K., Vandebosch, H. & Bourdeaudhuij, I. de (2014). A meta-analysis of serious digital games for healthy lifestyle promotion. *Prev Med*, 69, 95–107. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.08.026>
- [5.40] Lau, H. M., Smit, J. H., Fleming, T. M. & Riper, H. (2017). Serious games for mental health: are they accessible, feasible, and effective? A systematic review and meta-analysis. *Front. Psychiatry*, 7, 209. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00209>
- [5.41] Johnson, D., Deterding, S., Kuhn, K.-A., Staneva, A., Stoyanov, S. & Hides, L. (2016). Gamification for health and wellbeing: a systematic review of the literature. *Internet Interventions*, 6, 89–106. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.10.002>
- [5.42] Koivisto, J. & Hamari, J. (2019). Gamification of physical activity: a systematic literature review of comparison studies. In CEUR-WS (Hg.), *3rd International GamiFIN Conference, GamiFIN 2019*, Levi, Finland, S. 106–117. <http://urn.fi/urn:nbn:de:0074-2359-5>

- [5.43] Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF). *ready4life Coaching App der Lungenliga, Zusammenfassung der Evaluation des mobiltelefonbasierten Programms zur Suchtprävention bei Lernenden im Schuljahr 2020/21*. Medienmitteilungen, Evaluation. www.r4l.swiss/

Capitolo 6

- [6.1] World Health Organization (WHO) (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241514187>
- [6.2] Chaput, J.-P., Willumsen, J., Bull, F., Chou, R., Ekelund, U., Firth, J., Jago, R., Ortega, F. B. & Katzmarzyk, P. T. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5–17 years: summary of the evidence. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 17(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01037-z>
- [6.3] National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). *Physical activity and your heart: What is physical activity*. www.nhlbi.nih.gov/health-topics/physical-activity-and-your-heart
- [6.4] Foster, C. (2000). *Guidelines for health-enhancing physical activity promotion programmes*. UKK Institute for Health Promotion Research.
- [6.5] World Health Organization (WHO) (2020). *Every move counts towards better health – says WHO*. www.who.int/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who
- [6.6] Dick, B. & Ferguson, B. J. (2015). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. *J Adolesc Health*, 56(1), 3–6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260>
- [6.7] Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S.-J., Dick, B., Ezeh, A. C. & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*, 379(9826), 1630–1640. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)
- [6.8] Álvarez-Bueno, C., Pesce, C., Cavero-Redondo, I., Sánchez-López, M., Martínez-Hortelano, J. A. & Martínez-Vizcaíno, V. (2017). The effect of physical activity interventions on children's cognition and metacognition: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 56(9), 729–738. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.06.012>
- [6.9] van Sluijs, E. M. F., Ekelund, U., Crochemore-Silva, I., Guthold, R., Ha, A., Lubans, D., Oyeyemi, A. L., Ding, D. & Katzmarzyk, P. T. (2021). Physical activity behaviours in adolescence: current evidence and opportunities for intervention. *Lancet*, 398(10298), 429–442. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01259-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01259-9)
- [6.10] Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N. & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380(9838), 219–229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
- [6.11] Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., van Mechelen, W. & Pratt, M. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*, 388(10051), 1311–1324. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X)
- [6.12] Mattli, R., Wieser, S., Probst-Hensch, N., Schmidt-Trucksäss, A. & Schwenkglens, M. (2019). Physical inactivity caused economic burden depends on regional cultural differences. *Scand J Med Sci Sports*, 29(1), 95–104. <https://doi.org/10.1111/sms.13311>
- [6.13] Abu-Omar, K., Rütten, A., Burlacu, I., Schätzlein, V., Messing, S. & Suhrcke, M. (2017). The cost-effectiveness of physical activity interventions: a systematic review of reviews. *Prev Med Rep*, 8, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.08.006>
- [6.14] Delgrande Jordan, M., Schneider, E., Eichenberger, Y., Kretschmann, A., Schmidhauser, V. & Masseroni, S. (2020). *Habitudes alimentaires, activité physique, statut pondéral et image du corps chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse: Résultats de l'étude «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2018 et évolution au fil du temps* (Rapport de recherche 109). Addiction Suisse. www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_350.pdf

- [6.15] Verloigne, M., Lippevelde, W. van, Maes, L., Yildirim, M., Chinapaw, M., Manios, Y., Androutsos, O., Kovács, E., Bringolf-Isler, B., Brug, J. & Bourdeaudhuij, I. de (2012). Levels of physical activity and sedentary time among 10- to 12-year-old boys and girls across 5 European countries using accelerometers: an observational study within the ENERGY-project. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9, 34. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-34>
- [6.16] Lamprecht, M., Bürgi, R., Gebert, A. & Stamm, H.-P. (2021). *Sport Schweiz 2020: Kinder- und Jugendbericht*. BASPO. https://www.sportobs.ch/inhalte/Downloads/Kinder_und_Jugendbericht_2020_d.pdf
- [6.17] Bringolf, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B. & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss TPH. www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Schlussbericht_SOPHYA.pdf
- [6.18] Hänggi, J., Bringolf-Isler, B., Kayser, B., Suggs, L. S. & Probst-Hensch, N. (2022). *SOPHYA-Studie: Resultate zum Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz*. Swiss TPH.
- [6.19] Lamprecht, M., Bürgi, R., Gebert, A. & Stamm, H.-P. (2021). *Sport Svizzera 2020: Rapporto riguardante bambini e giovani*. UFSPPO. https://www.sportobs.ch/inhalte/Downloads/Kinder_und_Jugendbericht_2020_i.pdf
- [6.20] Schmid, J., Gut, V., Yanagida, T. & Conzelmann, A. (2020). Who stays on? The link between psychosocial patterns and changes in exercise and sport behaviour when adolescents make transitions in education. *Appl Psychol Health Well Being*, 12(2), 312–334. <https://doi.org/10.1111/aphw.12186>
- [6.21] Sauter, D. (2019). *Mobilität von Kindern und Jugendlichen. Entwicklungen von 1994 bis 2015 Analyse basierend auf den Mikrozensen «Mobilität und Verkehr»* (No. 141). ASTRA / BAG / BASPO / Urban Mobility Research
- [6.22] Hunter, R. F., Christian, H., Veitch, J., Astell-Burt, T., Hipp, J. A. & Schipperijn, J. (2015). The impact of interventions to promote physical activity in urban green space: a systematic review and recommendations for future research. *Soc Sci Med*, 124, 246–256. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.051>
- [6.23] Smith, M., Hosking, J., Woodward, A., Witten, K., MacMillan, A., Field, A., Baas, P. & Mackie, H. (2017). Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport: an update and new findings on health equity. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0613-9>
- [6.24] Hardie Murphy, M., Rowe, D. A. & Woods, C. B. (2017). Impact of physical activity domains on subsequent physical activity in youth: a 5-year longitudinal study. *J Sports Sci*, 35(3), 262–268. <https://doi.org/10.1080/02640414.2016.1161219>
- [6.25] Wong, F. L., Greenwell, M., Gates, S. & Berkowitz, J. M. (2008). It's what you do! Reflections on the VERB campaign. *Am J Prev Med*, 34(6 Suppl), 175–182. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.03.003>
- [6.26] Stamm, H., Bürgi, R. & Lamprecht, M. (2022). *Evaluation GORILLA, 2020–2021. Mit Freestylesport für eine gesunde und verantwortungsvolle Jugend* (Faktenblatt 68). GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_068_GFCH_2022-04_-_Evaluation_Gorilla_2012-2021.pdf
- [6.27] Bundesamt für Sport (BASPO). *Jugend+Sport: das grösste Sportförderungsprogramm des Bundes*. www.jugendundsport.ch/de/home.html
- [6.28] Bringolf-Isler, B., Schindler, C., Kayser, B., Suggs, L. S. & Probst-Hensch, N. (2018). Objectively measured physical activity in population-representative parent-child pairs: parental modelling matters and is context-specific. *BMC Public Health*, 18(1), 1024. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5949-9>
- [6.29] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; BAG; GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [6.30] Ackermann, G. & Amstad, F. T. (2019). *Orientierungsliste KAP 2019*. GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [6.31] Booth, M. & Okely, A. (2005). Promoting physical activity among children and adolescents: the strengths and limitations of school-based approaches. *Health Promot J Austr*, 16(1), 52–54. <https://doi.org/10.1071/he05052>

- [6.32] Mura, G., Rocha, N. B. F., Helmich, I., Budde, H., Machado, S., Wegner, M., Nardi, A. E., Arias-Carrión, O., Vellante, M., Baum, A., Guicciardi, M., Patten, S. B. & Carta, M. G. (2015). Physical activity interventions in schools for improving lifestyle in European countries. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 11 (Suppl 1 M5), 77–101. <https://doi.org/10.2174/1745017901511010077>
- [6.33] Laberge, S., Bush, P. L. & Chagnon, M. (2012). Effects of a culturally tailored physical activity promotion program on selected self-regulation skills and attitudes in adolescents of an underserved, multiethnic milieu. *Am J Health Promot*, 26(4), e105-15. <https://doi.org/10.4278/ajhp.090625-QUAN-202>
- [6.34] Craiike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0676-2>
- [6.35] Haerens, L., Deforche, B., Maes, L., Cardon, G., Stevens, V. & Bourdeaudhuij, I. de (2006). Evaluation of a 2-year physical activity and healthy eating intervention in middle school children. *Health Educ Res*, 21(6), 911–921. <https://doi.org/10.1093/her/cyl115>
- [6.36] Messing, S., Rütten, A., Abu-Omar, K., Ungerer-Röhrich, U., Goodwin, L., Burlacu, I. & Gediga, G. (2019). How can physical activity be promoted among children and adolescents? A Systematic review of reviews across settings. *Front Public Health*, 7, 55. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00055>
- [6.37] Patrick, K., Sallis, J. F., Prochaska, J. J., Lydston, D. D., Calfas, K. J., Zabinski, M. F., Wilfley, D. E., Saelens, B. E. & Brown, D. R. (2001). A multicomponent program for nutrition and physical activity change in primary care: PACE+ for adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 155(8), 940–946. <https://doi.org/10.1001/archpedi.155.8.940>
- [6.38] Sallis, J. F., McKenzie, T. L., Conway, T. L., Elder, J. P., Prochaska, J. J., Brown, M., Zive, M. M., Marshall, S. J. & Alcaraz, J. E. (2003). Environmental interventions for eating and physical activity: a randomized controlled trial in middle schools. *Am J Prev Med*, 24(3), 209–217. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00646-3](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00646-3)
- [6.39] Simon, C., Wagner, A., DiVita, C., Rauscher, E., Klein-Platat, C., Arveiler, D., Schweitzer, B. & Triby, E. (2004). Intervention centred on adolescents' physical activity and sedentary behaviour (ICAPS): concept and 6-month results. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28 Suppl 3, S96-S103. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802812>
- [6.40] Simon, C., Kellou, N., Dugas, J., Platat, C., Copin, N., Schweitzer, B., Hausser, F., Bergouignan, A., Lefai, E. & Blanc, S. (2014). A socio-ecological approach promoting physical activity and limiting sedentary behavior in adolescence showed weight benefits maintained 2.5 years after intervention cessation. *Int J Obes (Lond)*, 38(7), 936–943. <https://doi.org/10.1038/ijo.2014.23>
- [6.41] Timperio, A., Salmon, J. & Ball, K. (2004). Evidence-based strategies to promote physical activity among children, adolescents and young adults: review and update. *J Sci Med Sport*, 7(1 Suppl), 20–29. [https://doi.org/10.1016/s1440-2440\(04\)80274-3](https://doi.org/10.1016/s1440-2440(04)80274-3)
- [6.42] Kimiecik, J., Horn, T., Newman, T. J. & Kimiecik, C. M. (2020). Moving adolescents for a lifetime of physical activity: shifting to interventions aligned with the third health revolution. *Health Psychol Rev*, 14(4), 486–503. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1700820>

Capitolo 7

- [7.1] Ziegler, A. M., Kasprzak, C. M., Mansouri, T. H., Gregory, A. M., Barich, R. A., Hatzinger, L. A., Leone, L. A. & Temple, J. L. (2021). An Ecological Perspective of Food Choice and Eating Autonomy Among Adolescents. *Front. Psychol.*, 12, Artikel 654139. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.654139>
- [7.2] Marczak, L., O'Rourke, K. & Shepard, D. (2016). When and why people die in the United States, 1990–2013. *JAMA*, 315(3), 241. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.17599>
- [7.3] Observatoire suisse de la santé (Obsan) (2017). *Surpoids et obésité (âge: 15+)*. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/surpoids-et-obesite-age-15>
- [7.4] Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., Dermota, P., Wei, W. & Milos, G. (2016). The prevalence, correlates, and help-seeking of eating disorders in Switzerland. *Psychol. Med.*, 46(13), 2749–2758. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001136>

- [7.5] Christoph, M. J., Larson, N. I., Winkler, M. R., Wall, M. M. & Neumark-Sztainer, D. (2019). Longitudinal trajectories and prevalence of meeting dietary guidelines during the transition from adolescence to young adulthood. *Am J Clin Nutr*, 109(3), 656–664. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy333>
- [7.6] Neumark-Sztainer, D., Wall, M. M., Chen, C., Larson, N. I., Christoph, M. J. & Sherwood, N. E. (2018). Eating, Activity, and Weight-related Problems From Adolescence to Adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(2), 133–141. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.032>
- [7.7] Al-Jawaldeh, A., Bekele, H., Silva, A. de, Gomes, F., Untoro, J., Wickramasinghe, K., Williams, J. & Branca, F. (2022). A new global policy framework for adolescent nutrition? *Lancet*, 399(10320), 125–127. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02694-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02694-5)
- [7.8] Das, J. K., Salam, R. A., Thornburg, K. L., Prentice, A. M., Campisi, S., Lassi, Z. S., Koletzko, B. & Bhutta, Z. A. (2017). Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Ann N Y Acad Sci*, 1393(1), 21–33. <https://doi.org/10.1111/nyas.13330>
- [7.9] Société Suisse de Nutrition (SSN) (2015). *L'alimentation des adolescents*. www.sge-ssn.ch/media/Feuille_d_info_alimentation_des_adolescents.pdf
- [7.10] Delgrande Jordan, M., Schneider, E., Eichenberger, Y., Kretschmann, A., Schmidhauser, V. & Masseroni, S. (2020). *Habitudes alimentaires, activité physique, statut pondéral et image du corps chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse: Résultats de l'étude «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2018 et évolution au fil du temps* (Rapport de recherche 109). Addiction Suisse. www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_350.pdf
- [7.11] Meier, M., Berchtold, A., Akré, C., Michaud, P.-A. & Surís, J.-C. (2010). Who eats healthily? A population-based study among young Swiss residents. *Public Health Nutr.*, 13(12), 2068–2075. <https://doi.org/10.1017/S1368980010000947>
- [7.12] Moreno, L. A., Gottrand, F., Huybrechts, I., Ruiz, J. R., González-Gross, M. & DeHenauw, S. (2014). Nutrition and lifestyle in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Advances in Nutrition*, 5(5), 615S–623S. <https://doi.org/10.3945/an.113.005678>
- [7.13] Story, M. T. & Stang, J. (2005). Nutrition needs of adolescents. In J. Stang & M. T. Story (Hg.), *Guidelines for Adolescent Nutrition Services*.
- [7.14] Laska, M. N., Murray, D. M., Lytle, L. A. & Harnack, L. J. (2012). Longitudinal associations between key dietary behaviors and weight gain over time: transitions through the adolescent years. *Obesity*, 20(1), 118–125. <https://doi.org/10.1038/oby.2011.179>
- [7.15] Woglom, C., Gray, V., Hill, M. & Wang, L. (2020). Significant relationships exist between perceived and objective diet quality in young adults. *J Acad Nutr Diet*, 120(1), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2019.06.002>
- [7.16] Dietz, W. H. (2017). Obesity and excessive weight gain in young adults. *JAMA*, 318(3), 241. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.6119>
- [7.17] Neufeld, L. M., Andrade, E. B., Ballonoff Suleiman, A., Barker, M. M., Beal, T., Blum, L. S., Demmler, K. M., Dogra, S., Hardy-Johnson, P., Lahiri, A., Larson, N., Roberto, C. A., Rodríguez-Ramírez, S., Sethi, V., Shamah-Levy, T., Strömmer, S., Tumilowicz, A., Weller, S. & Zou, Z. (2022). Food choice in transition: adolescent autonomy, agency, and the food environment. *The Lancet*, 399(10320), 185–197. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01687-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01687-1)
- [7.18] Larson, N., Laska, M. N. & Neumark-Sztainer, D. (2019). Do young adults value sustainable diet practices? Continuity in values from adolescence to adulthood and linkages to dietary behaviour. *Public Health Nutr.*, 22(14), 2598–2608. <https://doi.org/10.1017/S136898001900096X>
- [7.19] Story, M., Neumark-Sztainer, D. & French, S. (2002). Individual and Environmental Influences on Adolescent Eating Behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), S40–S51. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90421-9](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90421-9)
- [7.20] Story, M. T. & Alton, I. (1996). Becoming a woman: nutrition in adolescence. In D. A. Krummel & P. M. Kris-Etherton (Hg.), *Nutrition in Women's Health*. Aspen publication (S. 1–34). Jones & Bartlett.

- [7.21] McKinley, M. C., Lowis, C., Robson, P. J., Wallace, J. M. W., Morrissey, M., Moran, A. & Livingstone, M. B. E. (2005). It's good to talk: children's views on food and nutrition. *Eur J Clin Nutr*, 59(4), 542–551. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602113>
- [7.22] Larson, N., Loth, K. A., Eisenberg, M. E., Hazzard, V. M. & Neumark-Sztainer, D. (2021). Body dissatisfaction and disordered eating are prevalent problems among U.S. young people from diverse socioeconomic backgrounds: Findings from the EAT 2010–2018 study. *Eating Behaviors*, 42, 101535. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101535>
- [7.23] Kelly, C., Callaghan, M. & Gabhainn, S. N. (2021). «It's hard to make good choices and it costs more»: Adolescents' Perception of the External School Food Environment. *Nutrients*, 13(4), 1043. <https://doi.org/10.3390/nu13041043>
- [7.24] Palla, L., Chapman, A., Beh, E., Pot, G. & Almiron-Roig, E. (2020). Where do adolescents eat less-healthy foods? Correspondence analysis and logistic regression results from the UK National Diet and Nutrition Survey. *Nutrients*, 12(8), 2235. <https://doi.org/10.3390/nu12082235>
- [7.25] Ronto, R., Ball, L., Pendergast, D. & Harris, N. (2016). Adolescents' perspectives on food literacy and its impact on their dietary behaviours. *Appetite*, 107, 549–557. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.006>
- [7.26] Contento, I. R. (2016). *Nutrition education: linking research, theory, and practice* (3. Aufl.). Jones & Barlett Learning.
- [7.27] Hoelscher, D. M., Evans, A., Parcel, G. S. & Kelder, S. (2002). Designing Effective Nutrition Interventions for Adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), S52–S63. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90422-0](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90422-0)
- [7.28] Vidgen, H. A. & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50–59. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>
- [7.29] Egg, S., Wakolbinger, M., Reisser, A., Schätzer, M., Wild, B. & Rust, P. (2020). Relationship between nutrition knowledge, education and other determinants of food intake and lifestyle habits among adolescents from urban and rural secondary schools in Tyrol, Western Austria. *Public Health Nutr*, 23(17), 3136–3147. <https://doi.org/10.1017/S1368980020000488>
- [7.30] Bailey, C. J., Drummond, M. J. & Ward, P. R. (2019). Food literacy programmes in secondary schools: a systematic literature review and narrative synthesis of quantitative and qualitative evidence. *Public Health Nutr*, 22(15), 2891–2913. <https://doi.org/10.1017/S1368980019001666>
- [7.31] Slater, J., Falkenberg, T., Rutherford, J. & Colatruglio, S. (2018). Food literacy competencies: a conceptual framework for youth transitioning to adulthood. *Int J Consum Stud*, 42(5), 547–556. <https://doi.org/10.1111/ijcs.12471>
- [7.32] Hagmann, D., Siegrist, M. & Hartmann, C. (2020). Acquisition of Cooking skills and associations with healthy eating in Swiss adults. *J Nutr Educ Behav*, 52(5), 483–491. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.12.016>
- [7.33] Baranowski, T., Baranowski, J., Cullen, K. W., Marsh, T., Islam, N., Zakeri, I., Honess-Morreale, L. & deMoor, C. (2003). Squire's Quest! Dietary outcome evaluation of a multimedia game. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(1), 52–61. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00570-6](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00570-6)
- [7.34] Wickham, C. A. & Carbone, E. T. (2018). What's technology cooking up? A systematic review of the use of technology in adolescent food literacy programs. *Appetite*, 125, 333–344. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.02.001>
- [7.35] Bédard, A., Lamarche, P.-O., Grégoire, L.-M., Trudel-Guy, C., Provencher, V., Desroches, S. & Lemieux, S. (2020). Can eating pleasure be a lever for healthy eating? A systematic scoping review of eating pleasure and its links with dietary behaviors and health. *PLoS ONE*, 15(12), e0244292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244292>
- [7.36] Omiwole, M., Richardson, C., Huniewicz, P., Dettmer, E. & Paslakis, G. (2019). Review of Mindfulness-Related Interventions to Modify Eating Behaviors in Adolescents. *Nutrients*, 11(12), 2917. <https://doi.org/10.3390/nu11122917>

- [7.37] Micha, R., Karageorgou, D., Bakogianni, I., Trichia, E., Whitsel, L. P., Story, M., Peñalvo, J. L. & Mozaffarian, D. (2018). Effectiveness of school food environment policies on children's dietary behaviors: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *13*(3), e0194555. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194555>
- [7.38] Raine, K. D., Atkey, K., Olstad, D. L., Ferdinands, A. R., Beaulieu, D., Buhler, S., Campbell, N., Cook, B., L'Abbé, M., Lederer, A., Mowat, D., Maharaj, J., Nykiforuk, C., Shelley, J. & Street, J. (2018). Healthy food procurement and nutrition standards in public facilities: evidence synthesis and consensus policy recommendations. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, *38*(1), 6–17. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.1.03>
- [7.39] Carrard, I., Bucher Della Torre, S. & Levine, M. (2019). La promotion d'une image corporelle positive chez les jeunes [Promoting a positive body image in young people]. *Sante publique*, *31*(4), 507–515. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0507>
- [7.40] Wilksch, S. M. & Wade, T. D. (2015). Media Literacy in the Prevention of Eating Disorders. In L. Smolak & M. P. Levine (Hg.), *The Wiley handbook of eating disorders, vol. 2: assessment, prevention, treatment, policy, and future directions* (S. 610–624). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118574089.ch45>
- [7.41] Lasserre, A. M., Chiolero, A., Cachat, F., Paccaud, F. & Bovet, P. (2007). Overweight in Swiss children and associations with children's and parents' characteristics. *Obesity (Silver Spring)*, *15*(12), 2912–2919. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.347>
- [7.42] Mestral, C. de, Chatelan, A., Marques-Vidal, P., Stringhini, S. & Bochud, M. (2019). The contribution of diet quality to socioeconomic inequalities in obesity: a population-based study of Swiss adults. *Nutrients*, *11*(7). <https://doi.org/10.3390/nu11071573>
- [7.43] Amstutz, D., Gonçalves, D., Hudelson, P., Stringhini, S., Durieux-Paillard, S. & Rolet, S. (2020). Nutritional status and obstacles to healthy eating among refugees in Geneva. *J Immigr Minor Health*, *22*(6), 1126–1134. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01085-4>
- [7.44] Weber, D. (2020). *Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse: Définition, introduction théorique, recommandations pratiques*. Rapport de base. GDK; GFCH.
- [7.45] McCabe, C. F., O'Brien-Combs, A. & Anderson, O. S. (2020). Cultural competency training and evaluation methods across dietetics education: a narrative review. *J Acad Nutr Diet*, *120*(7), 1198–1209. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.01.014>
- [7.46] Kamimura, A., Higham, R., Panahi, S., Lee, E., Griffin, R. J., Sundrud, J. & Lucero, M. (2022). How food insecurity and financial difficulty relate to emotional well-being and social functioning. *South Med J*, *115*(1), 1–7. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001342>
- [7.47] Fernández-Jiménez, R., Briceño, G., Céspedes, J., Vargas, S., Guijarro, J., Baxter, J., Hunn, M., Santos-Beneit, G., Rodríguez, C., Céspedes, M. P., Bagiella, E., Moreno, Z., Carvajal, I. & Fuster, V. (2020). Sustainability of and adherence to preschool health promotion among children 9 to 13 years old. *J Am Coll Cardiol*, *75*(13), 1565–1578. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.01.051>
- [7.48] Neumark-Sztainer, D. (2009). Preventing obesity and eating disorders in adolescents: what can health care providers do? *Journal of Adolescent Health*, *44*(3), 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.11.005>
- [7.49] Loth, K. A., Lebow, J., Uy, M. J. A., Ngaw, S. M., Neumark-Sztainer, D. & Berge, J. M. (2021). First, do no harm: understanding primary care providers' perception of risks associated with discussing weight with pediatric patients. *Global Pediatric Health*, *8*. <https://doi.org/10.1177/2333794X211040979>

Capitolo 8

- [8.1] World Health Organization (WHO) (2019). *Psychische Gesundheit*. Faktenblatt. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf
- [8.2] Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*, *73*(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- [8.3] Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2016* (Obsan Bericht 72). Obsan. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2016-psychische-gesundheit-der-schweiz>

- [8.4] Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: new perspectives from brain and behavioral science. *Curr Dir Psychol Sci*, 16(2), 55–59. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00475.x>
- [8.5] Crone, E. A. & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neurosci*, 13(9), 636–650. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>
- [8.6] Foulkes, L. & Blakemore, S.-J. (2018). Studying individual differences in human adolescent brain development. *Nat Neurosci*, 21(3), 315–323. <https://doi.org/10.1038/s41593-018-0078-4>
- [8.7] Fuhrmann, D., Knoll, L. J. & Blakemore, S.-J. (2015). Adolescence as a Sensitive Period of Brain Development. *Trends Cogn Sci*, 19(10), 558–566. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.008>
- [8.8] Pellegrini, D. S. (1990). Psychosocial risk and protective factors in childhood. *J Dev Behav Pediatr*, 11(4), 201–209.
- [8.9] Abderhalden, I., Jüngling, K., Beeler, N. & Waser, C. (2019). *Selbstwirksamkeit: Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen*. GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [8.10] Amstad, F., Ducarroz, L. & Mullis, S. (2020). Gesundheitsförderung und Prävention. In C. Peter, M. Diebold, M. D. Jordan, J. Dratva, I. Kickbusch & S. Stronski (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (S. 244–279). Hogrefe. <https://www.gesundheitsbericht.ch/de/09-gesundheitsfoerderung-und-praevention/93-psychische-gesundheit>
- [8.11] Wille, N., Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17(Suppl 1), 133–147. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>
- [8.12] Lyssenko, L., Rottmann, N. & Bengel, J. (2010). Resilienzforschung: Relevanz für Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsbl*, 53(10), 1067–1072.
- [8.13] World Health Organization (WHO) (2017). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512343>
- [8.14] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht. Bericht 6*. GFCH. https://www.prevention.ch/files/publicimages/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf
- [8.15] Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdzowskyj, E., Freedman, R. & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*, 5(7), 591–604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- [8.16] Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustün, T. B. & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 18(1), 23–33. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>
- [8.17] Patel, V., Flisher, A. J., Nikapota, A. & Malhotra, S. (2008). Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(3), 313–334. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01824.x>
- [8.18] American Psychological Association (APA) (2021). *Teen suicide is preventable*. <https://www.apa.org/research/action/suicide>
- [8.19] Feldman, I., Gebreslassie, M., Sampaio, F., Nystrand, C. & Ssegonja, R. (2021). Economic evaluations of public health interventions to improve mental health and prevent suicidal thoughts and behaviours: a systematic literature review. *Adm Policy Ment Health*, 48(2), 299–315. <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01072-9>
- [8.20] McDaid, D., Park, A.-L. & Knapp, M. (2017). *Commissioning cost-effective services for promotion of mental health and wellbeing and prevention of mental ill-health*. PSSRU; LSE. <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/reports/commissioning-cost-effective-services-for-promotion-of-mental-health-and-wellbeing-and-prevention-of-mental-ill-health>
- [8.21] World Health Organization (WHO) (2021). *WHO menu of cost-effective interventions for mental health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031081>

- [8.22] Ambord, S., Eichenberger, Y. & Jordan, M. D. (2020). *Gesundheit und Wohlbefinden der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz im Jahr 2018 und zeitliche Entwicklung: Resultate der Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC)*. Forschungsbericht Nr. 113. https://www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_351.pdf
- [8.23] Steinhausen, H. C., Metzke, C. W., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand*, 98(4), 262–271. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10082.x>
- [8.24] Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- [8.25] Mohler-Kuo, M., Dzemaili, S., Foster, S., Werlen, L. & Walitza, S. (2021). Stress and mental health among children/adolescents, their parents, and young adults during the first Covid-19 lockdown in Switzerland. *Int J Environ Res Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094668>
- [8.26] Werlen, L., Puhon, M. A., Landolt, M. A. & Mohler-Kuo, M. (2020). Mind the treatment gap: the prevalence of common mental disorder symptoms, risky substance use and service utilization among young Swiss adults. *BMC Public Health*, 20(1), 1470. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09577-6>
- [8.27] Quervain, D. de, Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Coyne, D., Freytag, V., Gerhards, C., Papassotiropoulos, A., Schick Tanz, N., Schlitt, T., Zimmer, A. & Zuber, P. (2020). *The Swiss Corona Stress Study: second pandemic wave, November 2020*. OSF Preprints. <https://osf.io/6cseh/>
- [8.28] Quervain, D. de, Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Coyne, D., Gerhards, C., Fehlmann, B., Freytag, V., Papassotiropoulos, A., Schick Tanz, N., Schlitt, T., Zimmer, A. & Zuber, P. (2020). *The Swiss Corona Stress Study*. OSF Preprints. <https://osf.io/jqw6a/>
- [8.29] Werling, A. M., Walitza, S. & Drechsler, R. (2021). Einfluss des Lockdowns auf Psyche und Mediengebrauch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Paediatrica*, 32(2). <https://doi.org/10.35190/d2021.2.5>
- [8.30] Dratva, J. & Wieber, F. (2022). *Secondary health impact of COVID-19 containment measures in children, adolescents, and young adults*. SSPH; BAG. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/23489>
- [8.31] Dratva, J. & Wieber, F. (2021). *Secondary health impact of COVID-19 containment measures in children, adolescents, and young adults*. SSPH; BAG.
- [8.32] Keller, F. (2014). Transitionsverläufe in der Schweiz. In F. Keller (Hg.), *Strukturelle Faktoren des Bildungserfolgs* (S. 185–210). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-05442-7_9
- [8.33] Sabatella, F. & Wyl, A. von (2014). *Pilotprojekt Integration arbeitsloser Jugendlicher und junger Erwachsener*. ZHAW. https://www.zhaw.ch/storage/psychologie/upload/forschung/psychotherapie/2_Schlussbericht_Integration_arbeitsloseJuEr.pdf
- [8.34] Baer, N., Altwicker-Hämori, S., Juvalta, S., Frick, U. & Rüesch, P. *Profile von jungen IV-Neurenten-beziehenden mit psychischen Krankheiten: FoP2-IV Forschungsprojekt* (Beiträge zur sozialen Sicherheit). BSV. www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen/forschung/forschungspublikationen.html
- [8.35] World Health Organization (WHO) (2020). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: Helping adolescents thrive*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565375/>
- [8.36] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN) (2020). *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. www.gesundheitsbericht.ch/de/09-gesundheitsfoerderung-und-praevention/93-psychische-gesundheit
- [8.37] Wyl, A. von, Perrotta Hare, O., Lehmann Niederhäuser, K. & Steinebach, C. (2012). *Innovation in der Gesundheitsförderung: Bericht zuhanden der Gesundheitsförderung Schweiz*. ZHAW; GFCH.
- [8.38] Flückiger, L., Dallacker, M., Lieb, R. & Mata, J. (2018). Bewegung, Ernährung, Schlaf – was hat das mit Erfolg an der Uni zu tun? *Mind*, 9(1). <https://de.in-mind.org/article/bewegung-ernaehrung-schlaf-was-hat-das-mit-erfolg-an-der-uni-zu-tun>
- [8.39] World Health Organization (WHO), Division of Mental Health (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools: pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence; pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>

- [8.40] Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2017). *Einführung Gesundheitspsychologie* (4. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838547459>
- [8.41] Werner, E. E. (2011). Protective factors and individual resilience. In J. P. Shonkoff, S. J. Meisels & E. F. Zigler (Hg.), *Handbook of early childhood intervention* (S. 115–132). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.008>
- [8.42] Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Worth.
- [8.43] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2022). *Fokusthema «Selbstwirksamkeit»: Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/psychische-gesundheit/kinder-und-jugendliche/fokusthemen/selbstwirksamkeit.html>
- [8.44] Lohaus, A. & Domsch, H. (2021). *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61160-9>
- [8.45] World Health Organization (WHO), Division of Mental Health (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools: pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence; pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>
- [8.46] Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer. <http://swb.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=423337>
- [8.47] Högger D. (2012). *Eine Arbeitshilfe für Schulen: Kanton Aargau «gesund und zwäg i de Schuel»*. www.gesundeschule-ag.ch/myUploadData/files/Arbeitsinstrument_Lebenskompetenz.pdf
- [8.48] Franze, M., Meierjürgen, R., Abeling, I., Rottländer, M., Gerdon, R. & Paulus, P. (2007). «Mind-Matters»: Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen der Sekundarstufe 1. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(4), 221–227 (deutschsprachige Adaptation und Ergebnisse des Modellversuchs). <https://doi.org/10.1007/s11553-007-0071-3>[8.49] Abeln T., Sommerhalder, K. (2015) Gesundheitskompetenz/Health Literacy. *Bundesgesundheitsbl.* 58(9), 923–929.
- [8.50] DeGani, S., Jaks, R., Bieri, U. & Hoher, J. P. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021: Schlussbericht*. BAG; Careum Stiftung.
- [8.51] Franzkowiak, P. *Soziale Unterstützung*. Prävent Gloss zu Konzepten, Strategien und Methoden (Leitbegriffe Gesundheitsförderung).
- [8.52] Wieber, F., Passalacqua, S., Zysset, A., Cramer, A., Künzler, A. & Wyl, A. von (2021). Prävention psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. *Schweiz Ärtztztg*, 102(38), 1228–1230. <https://doi.org/10.4414/saez.2021.20015>
- [8.53] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; BAG; GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [8.54] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; BAG; GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [8.55] Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2020* (Obsan Bericht 15/2020). Obsan. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-der-schweiz-3>
- [8.56] Tuch A, S. D. (2020). Psychische Gesundheit. In C. Peter, M. Diebold, M. D. Jordan, J. Dratva, I. Kickbusch & S. Stronski (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020*. Hogrefe.
- [8.57] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2017). *Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention: Zielgruppe Kinder und Jugendliche* (Faktenblatt 19). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/faktenblaetter/Faktenblatt_019_GFCH_2017-02_-_Geschlechtliche_und_sexuelle_Minderheiten.pdf
- [8.58] Eisner, L. & Hässler, T. (2019). *Swiss LGBTIQ+ Survey 2019: Summary Report*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/hwvxc>

- [8.59] Ottova, V. & Ravens-Sieberer, U. (2010). Schulische Gesundheitsförderung bei Kindern mit Migrationshintergrund. *Public Health Forum*, 18(4), e1–e34.
- [8.60] Stocker, D., Jäggi, J., Berset, M., Schläpfer, D., Németh, P., Kaeslin, S. & Goebel, S. (2021). *Junge Erwerbstätige: Arbeitsbedingungen und Gesundheit* (Arbeitspapier 55). https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2021/2021_AP_55_Junge_Erwerbstaetige_Gesundheit_de_web.pdf

Capitolo 9

- [9.1] Mann-Luoma, R., Goldapp, C., Khaschei, M., Lamersm, L. & Milinski, B. Integrierte Ansätze zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung: Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsbl*, 45(12), 952–959. <https://doi.org/10.1007/s00103-002-0514-0>
- [9.2] D'Amore, S. (2007). Les contextes alimentaires vus, commentés et dessinés par les adolescents: Recherche sur les représentations et les pratiques socio-alimentaires, selon une démarche multi-méthodologique. *Bulletin de Psychologie*(492), 527–544.
- [9.3] Walther, T. (2016). *Une étude exploratoire des facteurs psychologiques en lien avec la pratique de l'activité physique et le bien-être: Motivation, auto-efficacité, estime de soi et barrières perçues*. Université de Fribourg.
- [9.4] Ladner, J., Porrovecchio, A., Masson, P., Zunquin, G., Hurdziel, R., Pezé, T., Theunynck, D. & Tavolacci, M.-P. (2016). Activité physique chez les étudiants: prévalence et profils de comportements à risque associés. *Santé Publique*(S1), 65–73. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0065>
- [9.5] Corre, H. (2002). À l'adolescence, ça bouge: Éducation physique et sportive. *Enfances & Psy*, 20(4), 70–78.
- [9.6] Michaud, P.-A. & Surís, J.-C. (2005). Activité physique et sportive à l'adolescence: un défi pour les médecins, un défi pour la société. *Rev Med Suisse*, 28(9), 1835–1836. https://www.revmed.ch/view/611022/4778043/RMS_28_1835.pdf
- [9.7] Middleton, O. (2002). Pratiques sportives et prévention des conduites à risque. *Psychotropes*, 8(3), 59–68. <https://doi.org/10.3917/psyt.083.0059>
- [9.8] Tercier, S., Gojanovic, B., Depallens, S., Vust, S. & Ambresin, E. (2016). Adolescent et sportif: quand les excès s'additionnent. *Rev Med Suisse*, 12, 1144–1147. https://www.revmed.ch/view/452032/3835853/RMS_522_1144.pdf
- [9.9] Diasio, N. (2014). Alimentation, corps et transmission familiale à l'adolescence. *Recherches familiales*, 11, 31–41.
- [9.10] Vandenbroeck, P., Goossens, J. & Clemens, M. (2007). *Tackling Obesities: Future choices – Obesity System Atlas*. UK Government Office for Science. <https://www foresightfordevelopment.org/sobipro/54/1231-tackling-obesities-future-choices-obesity-system-atlas>
- [9.11] Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- [9.12] Leiß, O. (2020). Engels biopsychosoziales Modell 40 Jahre später: eine Bestandsaufnahme. In O. Leiß (Hg.), *Konzepte und Modelle Integrierter Medizin: zur Aktualität Thure von Uexkülls (1908–2004)* (S. 233–256). Transcript.
- [9.13] Klotter, J. C. (2014). *Einführung Ernährungspsychologie* (2. Aufl.) (PsychoMed compact: Bd. 2). Reinhardt.
- [9.14] Pudiel, V. & Westenhöfer, J. (2003). *Ernährungspsychologie: eine Einführung* (3. Aufl.). Hogrefe. <https://elibrary.hogrefe.de/book/99.110005/9783840909122>
- [9.15] Grunert, S. C. (1993). *Essen und Emotionen: Die Selbstregulierung von Emotionen durch das Essverhalten*. Beltz, Psychologie-Verlagsunion.
- [9.16] Macht, M. (2005). Essen und Emotion. *Ernährungs-Umschau*, 52(8), 304–308. https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2005/08_2005/EU08_304_308.pdf
- [9.17] Torres, S. J. & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11–12), 887–894. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
- [9.18] Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>

- [9.19] Araiza, A. M. & Lobel, M. (2018). Stress and eating: Definitions, findings, explanations, and implications. *Soc Personal Psychol Compass*, 12(4), e12378. <https://doi.org/10.1111/spc3.12378>
- [9.20] Berset, M., Semmer, N. K., Elfering, A., Jacobshagen, N. & Meier, L. L. (2011). Does stress at work make you gain weight? A two-year longitudinal study. *Scand J Work Environ Health*, 37(1), 45–53. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3089>
- [9.21] Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Brunner, E., Vahtera, J. & Marmot, M. G. (2006). Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. *Int J Obes (Lond)*, 30(6), 982–987. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803229>
- [9.22] Kouvonen, A., Kivimäki, M., Cox, S. J., Cox, T. & Vahtera, J. (2005). Relationship between work stress and body mass index among 45,810 female and male employees. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 577–583. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000170330.08704.62>
- [9.23] Overgaard, D., Gyntelberg, F. & Heitmann, B. L. (2004). Psychological workload and body weight: is there an association? A review of the literature. *Occup Med (Lond)*, 54(1), 35–41. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqg135>
- [9.24] Schiftan, R. (2016). *Str(essen): Wie sich arbeitsbedingter Stress auf unser Ernährungsverhalten auswirkt*. Unveröffentlichte Bachelorthesis, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW Olten.
- [9.25] Schiftan, R. (2018). *Die Kultur des (Str)Essens: Wie die Arbeitsbedingungen das Essverhalten beeinflussen*. Unveröffentlichte Masterthesis, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW Olten.
- [9.26] Santana-Cárdenas, S. (2016). Relationship of work stress with eating behavior and obesity: theoretical and empirical considerations. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(2), 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.07.002>
- [9.27] Bundesverband Digitale Wirtschaft e. V. (BVDW) & INFLURY GmbH (2017). *Bedeutung von Influencer Marketing in Deutschland 2017: eine Studie im Auftrag von BVDW und INFLURY*. https://www.bvdw.org/fileadmin/bvdw/upload/studien/171128_IM-Studie_final-draft-bvdw_low.pdf
- [9.28] Klotter, C., Depa, J. & Humme, S. (2015). *Gesund, gesünder, Orthorexia nervosa: Modekrankheit oder Störungsbild? Eine wissenschaftliche Diskussion*. Springer.
- [9.29] Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A.-J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C. & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: an exploratory analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 16(21), 4177. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>
- [9.30] Holmberg, C., Chaplin, J. E., Hillman, T. & Berg, C. (2016). Adolescents' presentation of food in social media: An explorative study. *Appetite*, 99, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.009>
- [9.31] Rossi, C. D. & Adam, S. (2021). #food in Social Media: Trends und ihre möglichen Wirkungen auf das Essverhalten. *Ernährung im Fokus*(1), 16–21.
- [9.32] Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S. A., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H. & McCaffrey, T. A. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: a mixed methods systematic review. *Nutr Diet*, 77(1), 19–40. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12581>
- [9.33] Alruwaily, A., Mangold, C., Greene, T., Arshonsky, J., Cassidy, O., Pomeranz, J. L. & Bragg, M. (2020). Child social media influencers and unhealthy food product placement. *Pediatrics*, 146(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-4057>
- [9.34] Coates, A. E., Hardman, C. A., Halford, J. C. G., Christiansen, P. & Boyland, E. J. (2019). Social media influencer marketing and children's food intake: a randomized trial. *Pediatrics*, 143(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2554>
- [9.35] McGloin, A. F. & Eslami, S. (2015). Digital and social media opportunities for dietary behaviour change. *Proc Nutr Soc*, 74(2), 139–148. <https://doi.org/10.1017/S0029665114001505>
- [9.36] Nguyen, Q. C., Meng, H., Li, D., Kath, S., McCullough, M., Paul, D., Kanokvimankul, P., Nguyen, T. X. & Li, F. (2017). Social media indicators of the food environment and state health outcomes. *Public Health*, 148, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.03.013>
- [9.37] Wilksch, S. M., O'Shea, A., Ho, P., Byrne, S. & Wade, T. D. (2020). The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *Int J Eat Disord*, 53(1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/eat.23198>

- [9.38] Carrotte, E. R., Prichard, I. & Lim, M. S. C. (2017). «Fitspiration» on social media: a content analysis of gendered images. *J Med Internet Res*, 19(3), e95. <https://doi.org/10.2196/jmir.6368>
- [9.39] Gentile, A., Servidio, R., Caci, B. & Boca, S. (2021). Social stigma and self-esteem as mediators of the relationship between Body Mass Index and Internet addiction disorder: An exploratory study. *Curr Psychol*, 40(3), 1262–1270. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0054-x>
- [9.40] Jarman, H. K., Marques, M. D., McLean, S. A., Slater, A. & Paxton, S. J. (2021). Social media, body satisfaction and well-being among adolescents: A mediation model of appearance-ideal internalization and comparison. *Body Image*, 36, 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.005>
- [9.41] Marengo, D., Longobardi, C., Fabris, M. A. & Settanni, M. (2018). Highly-visual social media and internalizing symptoms in adolescence: the mediating role of body image concerns. *Computers in Human Behavior*, 82, 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.01.003>
- [9.42] Turner, J. S. (2014). Negotiating a media effects model: addendums and adjustments to perloff's framework for social media's impact on body image concerns. *Sex Roles*, 71(11–12), 393–406. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0431-3>
- [9.43] Herpertz, S., Zwaan, M. de & Zipfel, S. (Hg.) (2015). *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-54573-3>
- [9.44] Lang, U. E. & Walter, M. (2017). Depression in the context of medical disorders: new pharmacological pathways revisited. *Neurosignals*, 25(1), 54–73. <https://doi.org/10.1159/000482001>
- [9.45] Firth, J., Marx, W., Dash, S., Carney, R., Teasdale, S. B., Solmi, M., Stubbs, B., Schuch, F. B., Carvalho, A. F., Jacka, F. & Sarris, J. (2019). The effects of dietary improvement on symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosom Med*, 81(3), 265–280. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000673>
- [9.46] Burokas, A., Moloney, R. D., Dinan, T. G. & Cryan, J. F. (2015). Microbiota regulation of the Mammalian gut-brain axis. *Adv Appl Microbiol*, 91, 1–62. <https://doi.org/10.1016/bs.aambs.2015.02.001>
- [9.47] David, L. A., Maurice, C. F., Carmody, R. N., Gootenberg, D. B., Button, J. E., Wolfe, B. E., Ling, A. V., Devlin, A. S., Varma, Y., Fischbach, M. A., Biddinger, S. B., Dutton, R. J. & Turnbaugh, P. J. (2014). Diet rapidly and reproducibly alters the human gut microbiome. *Nature*, 505(7484), 559–563. <https://doi.org/10.1038/nature12820>
- [9.48] Berk, L. E. (2019). *Entwicklungspsychologie* (7. Aufl.). Pearson.
- [9.49] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). Psychische Gesundheit im Jugendalter. In *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht*. Bericht 6. (S. 70–79). GFCH. https://www.prevention.ch/files/publicimages/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf
- [9.50] Holland, G. & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 17, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- [9.51] Mingoia, J., Hutchinson, A. D., Wilson, C. & Gleaves, D. H. (2017). The relationship between social networking site use and the internalization of a thin ideal in females: a meta-analytic review. *Front Psychol*, 8, 1351. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01351>
- [9.52] Rodgers, R. & Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review. *Eur Eat Disord Rev*, 17(2), 137–151. <https://doi.org/10.1002/erv.907>
- [9.53] Ryding, F. C. & Kuss, D. J. (2020). The use of social networking sites, body image dissatisfaction, and body dysmorphic disorder: a systematic review of psychological research. *Psychol Pop Media*, 9(4), 412–435. <https://doi.org/10.1037/ppm0000264>
- [9.54] Saul, J. S. & Rodgers, R. F. (2018). Adolescent eating disorder risk and the online world. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 27(2), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.11.011>
- [9.55] Gesundheitsförderung Schweiz (2018). *Schweizerische Expert*innengruppe zum Thema Healthy Body Image: Definition Körperbild*. [zitiert aus internem Dokument «Argumentarium HBI» 16.8.22]

- [9.56] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2016). *Positives Körperbild: Grundbegriffe, Einflussfaktoren und Auswirkungen*. Themenblatt. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/Themenblatt_Positives_Koerperbild.pdf
- [9.57] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2016). *Das Körperbild von Jugendlichen in der Deutschschweiz: Ergebnisse einer Befragung 2015* (Faktenblatt 16). <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/themen-und-publikationen/themen/healthy-body-image>
- [9.58] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2017). *Positives Körperbild bei Jugendlichen in der Schweiz: Ein Vergleich zwischen der Deutschschweiz (2015) und der Romandie (2016)* (Faktenblatt 25). <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/themen-und-publikationen/themen/healthy-body-image>
- [9.59] Delgrande, J. M., Schneider, E., Eichenberger, Y., Kretschmann, A., Schmidhauser, V. & Masseroni, S. (2020). *Habitudes alimentaires, activité physique, statut pondéral et image du corps chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse: Résultats de l'enquête «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2018 et évolution au fil du temps* (Rapport de recherche 109). Lausanne Addiction Suisse.
- [9.60] Tylka, T. L., Piran, N. & Resch, E. (Hg.) (2019). *Handbook of Positive Body Image and Embodiment*. Oxford University Press.
- [9.61] Resch, E. & Tylka, T. L. (2019). Intuitive Eating. In T. L. Tylka, N. Piran & E. Resch (Hg.), *Handbook of positive body image and embodiment* (S. 68–79). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190841874.003.0008>
- [9.62] HAES-Community (2021). *Pledge – Health At Every Size: Community Resources*. <https://haescommunity.com/>