

Innocenti Report Card 19

Il benessere di bambine, bambini e adolescenti in un mondo imprevedibile

Indice

Introduzione	1
Come si classificano i paesi ricchi rispetto al benessere di bambine, bambini e adolescenti?	3
Quadro generale delle recenti tendenze	7
Quadro di riferimento per il benessere di bambine, bambini e adolescenti	9
Crescere in un mondo instabile	10
Tendenze nella salute mentale	16
Suicidio adolescenziale	17
Soddisfazione degli adolescenti per la propria vita	18
Quali fattori incidono sul livello di soddisfazione degli adolescenti per la vita?	20
Perché la soddisfazione degli adolescenti per la propria vita è in calo?	23
Sintesi e implicazioni	30
Tendenze nella salute fisica	32
Mortalità infantile	32
Tendenze nella mortalità infantile	32
Disparità nel rischio di mortalità infantile	34
Sovrappeso e obesità: una questione globale sempre più preoccupante	34
Andamento del sovrappeso	35
Disparità nel rischio di sovrappeso e obesità	36
Perché il sovrappeso e l'obesità infantile aumentano?	37
Cambiamenti nell'alimentazione di bambine, bambini e adolescenti: gli ambienti alimentari	38
Nuove minacce per la salute di bambine, bambini e adolescenti	41
Sintesi e implicazioni	43
Tendenze nelle competenze	46
Competenze sociali	46
Tendenze nelle competenze sociali	46
Disparità nelle competenze sociali	47
Competenze emotive	47
Disparità nelle competenze emotive	48
Competenze digitali	49
Competenze scolastiche	50
Tendenze nelle competenze scolastiche	51
Disparità nelle competenze scolastiche	52
Tendenze nelle competenze scolastiche prima e dopo la pandemia di COVID-19	52

L'impatto della pandemia di COVID-19 sulle competenze scolastiche	54
La pandemia di COVID-19 ha avuto conseguenze sulle competenze scolastiche?	54
La pandemia di COVID-19 ha acuito le disparità nei risultati scolastici?	56
In che modo la tecnologia digitale incide sui progressi scolastici di bambine, bambini e adolescenti?	58
Sintesi e implicazioni	61
Conclusioni e implicazioni	63
Analisi dei principali risultati	63
Tutelare il benessere di benessere di bambine, bambini e adolescenti in un mondo incerto	66
1. Migliorare la salute mentale	66
2. Migliorare la salute fisica	67
3. Sostenere lo sviluppo delle competenze	68
4. Riconoscere le questioni connesse, rafforzare le sinergie ed evitare le tensioni	68
5. Affrontare un futuro incerto	69
6. Affrontare le disuguaglianze	69
7. Favorire la partecipazione di bambine, bambini e adolescenti	70
Note	71
Technical Appendix	77

Introduzione

“... con la guerra, l'epidemia e il clima instabile, viviamo tempi davvero difficili.”

Queste sono le parole scritte il secolo scorso, nel 1919, da una quindicenne in una lettera inviata sotto lo pseudonimo di “Christabel” a un giornale neozelandese, poco dopo la fine della Prima guerra mondiale e nel bel mezzo di una mortale epidemia di influenza. Ci ricordano le sfide che gli esseri umani devono affrontare costantemente, le conseguenze che gli eventi globali producono sull'infanzia e l'adolescenza e l'impegno delle bambine, dei bambini e dei giovani nel dibattito pubblico.

Christabel probabilmente concorderebbe sul fatto che anche i bambini che vivono gli anni 20 del 2000 stanno crescendo in tempi altrettanto "difficili". Problemi annosi, come conflitti e pandemie, si sommano adesso alle nuove minacce poste dal rapido cambiamento climatico.

Persino i paesi più ricchi del mondo non sono immuni a queste sfide. Quando la pandemia di COVID-19 è stata dichiarata ufficialmente nel marzo 2020, l'Italia è stata uno dei primi epicentri. In seguito, in tutto il mondo centinaia di milioni di persone sono state confinate nelle proprie case e le scuole chiuse per lunghi periodi.

I conflitti armati continuano a colpire direttamente e indirettamente le bambine, i bambini e gli adolescenti in tutto il mondo. Molti paesi – sia poveri che ricchi – sono stati raggiunti da flussi di minorenni e famiglie in fuga dai conflitti.

E sebbene gli eventi climatici estremi colpiscano in maniera particolarmente grave i paesi poveri, la crescente crisi ambientale supera qualsiasi confine geografico. Nel 2023, più di 250,000 bambine, bambini e adolescenti nei paesi ad alto reddito sono stati sfollati all'interno dei confini nazionali a causa di disastri naturali, come inondazioni e incendi,¹ mentre periodi di caldo estremo ne hanno colpito un numero persino maggiore.²

Oltre alle “tre C” – COVID, conflitti e clima – anche le tecnologie digitali e i cambiamenti demografici producono profondi cambiamenti su

bambine, bambini e adolescenti. In questo contesto, sorgono questioni di fondamentale importanza riguardo al loro benessere:

- In che modo i bambini hanno affrontato questo contesto globale che cambia in maniera continua e spesso imprevedibile?
- Quali sono i principali fattori che incidono sulla vita di bambine, bambini e adolescenti?
- Come promuovere il benessere di bambine, bambini e adolescenti?

Questa diciannovesima edizione della Report Card Innocenti intende trovare una risposta a queste domande avendo come contesto i 43 paesi membri dell'Unione europea (UE) e/o dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE). In questo gruppo rientrano tutti i paesi membri del Gruppo dei Sette (G7) e altre nazioni ad alto reddito.

La Report Card 19:

- analizza le recenti tendenze del benessere di bambine, bambini e adolescenti in un periodo di cinque anni, in relazione agli stessi sei indicatori chiave considerati nella Report Card 16 del 2020: soddisfazione per la vita, suicidio adolescenziale, mortalità infantile, sovrappeso, competenze scolastiche e competenze sociali.
- cerca di comprendere le ragioni alla base di queste tendenze allo scopo di orientare le azioni future per migliorare il benessere di bambine, bambini e adolescenti.

Esamina inoltre le tendenze degli indicatori specifici del benessere di bambine, bambini e adolescenti nel lungo periodo, a partire dal 2000, anno in cui è stata pubblicata la prima Report Card Innocenti.

Il rapporto presenta un quadro eterogeneo. Negli ultimi 25 anni, sono stati registrati notevoli miglioramenti nel benessere di bambine, bambini e adolescenti nel gruppo di paesi qui esaminati: un calo costante della mortalità infantile, una consistente diminuzione del tasso di suicidio adolescenziale e aumento dei tassi di completamento degli studi.

Ma negli ultimi cinque anni sono emersi segnali d'allarme relativi al peggioramento del livello di soddisfazione per la vita e delle competenze scolastiche nella maggior parte dei paesi. Anche il tasso di obesità è in aumento. Questa concomitanza di tendenze rappresenta una sfida

importante per i paesi dell’OCSE e dell’UE, impegnati a garantire a bambine, bambini e adolescenti le condizioni per un’infanzia serena e un futuro di prosperità. Il rapporto mostra che nel gruppo di paesi analizzati i progressi conseguiti nel benessere di bambine, bambini e adolescenti sono sempre più vulnerabili agli eventi e agli shock globali.

Come si classificano i paesi ricchi rispetto al benessere di bambine, bambini e adolescenti?

Ogni edizione della serie di Report Card Innocenti si apre con una classifica comparata dei paesi in base ai recenti livelli dei principali indicatori del benessere di bambine, bambini e adolescenti. La classifica utilizza i migliori dati comparabili disponibili, sulla base di sei criteri (qualità, pertinenza, copertura, frequenza, comparabilità e variabilità).

La classifica comparata in questo rapporto utilizza sei indicatori chiave (*Box 1*), sulla base dei criteri di cui sopra. Questa serie di indicatori è stata introdotta nella Report Card 16 con l'obiettivo di tracciare, tenendo conto delle limitazioni dei dati disponibili, un quadro equilibrato del benessere di bambine, bambini e adolescenti secondo tre dimensioni: benessere mentale, salute fisica e competenze di bambine, bambini e adolescenti.

BOX 1

Misurare il benessere di bambine, bambini e adolescenti

La classifica comparata descrive in sintesi i livelli di salute mentale, salute fisica e competenze di bambine, bambini e adolescenti utilizzando due indicatori per ciascun parametro.

Parametro	Componenti	Indicatori	Fonte
Benessere mentale	Soddisfazione per la vita	% di bambini con un'elevata soddisfazione per la vita a 15 anni	OCSE, PISA 2022
	Suicidio adolescenziale	Tasso di suicidio tra i giovani dai 15 ai 19 anni	WHO Mortality Database 2015 (database dell'OMS sulla mortalità)
Salute fisica	Mortalità infantile	Tasso di mortalità infantile tra i 5 e i 14 anni	Progetto UN IGME (Gruppo inter-agenzie delle Nazioni Unite per le stime sulla mortalità infantile)
	Sovrappeso	% di bambini in sovrappeso tra i 5 e i 19 anni	Dati NCD-RISC, OMS/ Lancet 2024
Competenze	Competenze scolastiche	% di 15enni in possesso di competenze di base in matematica e lettura	OCSE, PISA 2022
	Competenze sociali	% di 15enni che stringe amicizia facilmente a scuola	OCSE, PISA 2022

Nel 2020, questi indicatori sono stati selezionati per la Report Card 16 in quanto considerati i migliori disponibili sulla base dei criteri delineati. In linea generale, la situazione rispetto agli indicatori disponibili è rimasta invariata e l'aggiornamento di tali indicatori offre l'opportunità di studiare l'evolversi delle tendenze nel tempo. Nelle sezioni successive del presente rapporto vengono presentati ulteriori indicatori pertinenti e in un documento di lavoro allegato a questa Report Card sono discussi i punti di forza e le carenze dei dati attualmente disponibili.³

La Tabella 1 presenta una classifica comparata dei paesi sulla base dei sei indicatori menzionati.

- La colonna 1 mostra la classifica generale, dalla posizione più alta alla più bassa.
- Le colonne dalla 3 alla 5 riportano la classifica sulla base delle tre dimensioni sopra indicate.
- Lo sfondo azzurro chiaro indica il posizionamento nel terzo superiore della classifica, sia per punteggio totale che parziale delle singole dimensioni, mentre il blu denota il posizionamento nel terzo inferiore.

Le classifiche presentate nella tabella sono ottenute utilizzando un metodo statistico ampiamente diffuso, che bilancia equamente l'influenza di ciascun indicatore e parametro (*si veda l'[Appendice tecnica](#) per maggiori dettagli*).

La tabella include solo i paesi per cui erano disponibili dati in tutti e sei gli indicatori presentati nel Box 1. Alcuni paesi sono stati classificati solo nelle dimensioni per le quali entrambi gli indicatori erano disponibili.

La tabella presenta dati contrastanti:

- I tre paesi in cima alla classifica – Paesi Bassi, Danimarca e Francia – rientrano anche nel primo terzo della classifica in tutte e tre le dimensioni del benessere di bambine, bambini e adolescenti.
- In contrasto, tutti gli ultimi otto paesi si posizionano nel terzo inferiore per almeno due delle tre dimensioni..
- Alcuni paesi, come Bulgaria, Croazia, Ungheria, Romania e Slovacchia, risultano tra i migliori per la salute mentale, ma si collocano nelle ultime posizioni per la salute fisica.

- Giappone, Corea e Slovenia si collocano nella parte superiore della classifica per le competenze, ma ricadono nel terzo inferiore per la salute mentale.
- La Repubblica Ceca e l'Islanda ottengono buoni risultati per la salute fisica, ma si posizionano in fondo alla classifica sia per la salute mentale che per le competenze.

La tabella presenta quindi una situazione molto eterogenea in termini di punti di forza e carenze. Esiste senza dubbio un margine di miglioramento in tutti i paesi, anche per quelli in cima alla classifica.

Tabella 1. Classifica comparata del benessere di bambine, bambini e adolescenti

Classifica generale	Paese	Salute mentale	Salute fisica	Competenze
1	Paesi Bassi	1	4	11
2	Danimarca	3	3	8
3	Francia	11	2	9
4	Portogallo	2	10	22
5	Irlanda	24	11	1
6	Svizzera	13	7	6
7	Spagna	4	25	16
8	Croazia	9	31	3
9	Italia	8	16	23
10	Svezia	14	13	14
11	Ungheria	6	30	13
12	Austria	16	20	7
13	Slovenia	28	18	2
14	Giappone	32	1	12
15	Lituania	20	17	17
16	Romania	5	32	26
17	Finlandia	21	23	18
18	Repubblica Ceca	25	5	31
19	Canada	23	24	21
20	Slovacchia	12	29	27
21	Regno Unito	27	22	15
22	Islanda	26	6	28
23	Lettonia	22	15	32
24	Grecia	7	27	35
25	Germania	18	14	34
26	Malta	15	21	36
27	Corea	34	28	4
28	Bulgaria	10	34	33
29	Polonia	30	19	30
30	Estonia	33	26	24
31	Costa Rica	17	36	39
32	Nuova Zelanda	36	35	25
33	Colombia	29	39	38
34	Messico	19	41	41
35	Turchia	35	37	37
36	Cile	31	40	40
	Australia	n/d	33	20
	Belgio	n/d	8	5
	Israele	n/d	12	19
	Norvegia	n/d	9	10
	Stati Uniti	n/d	38	29

Fonte: Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli
 Note: a causa della mancata disponibilità di dati, non è stato possibile inserire nella classifica comparata due paesi: Cipro e Lussemburgo. Questi paesi sono stati inclusi in altre sezioni del rapporto a seconda della disponibilità di dati. Inoltre, non è stato possibile classificare pienamente Australia, Belgio, Israele, Norvegia e Stati Uniti a causa della mancanza di dati sulla soddisfazione per la vita.

Quadro generale delle recenti tendenze

Uno degli obiettivi principali di questo rapporto è quello di analizzare in quale misura il benessere di bambine, bambini e adolescenti è cambiato negli ultimi anni, un periodo in cui hanno vissuto una pandemia globale e affrontato le sfide poste da conflitti, cambiamenti climatici e demografici, e tecnologie digitali. La [Tabella 2](#) presenta una sintesi delle recenti variazioni in ciascuno dei sei indicatori del benessere di bambine, bambini e adolescenti utilizzati nella classifica comparata. Nella maggior parte dei casi, il periodo di riferimento va dal 2018 al 2022.

- Le caselle verdi indicano i paesi in cui l'indicatore è migliorato di oltre il 5% tra il 2018 e il 2022.
- Le caselle arancioni mostrano i paesi in cui l'indicatore è peggiorato di oltre il 5%.
- Le caselle azzurre esprimono una stabilità relativa – variazioni comprese tra - 5% e + 5%.
- Le caselle bianche si riferiscono alla mancanza di dati.

La tabella rivela alcune tendenze principali:

- La mortalità infantile ha subito una riduzione nella maggior parte dei paesi, riflettendo una tendenza a lungo termine nei paesi ad alto reddito.
- Le competenze sociali di bambine, bambini e adolescenti sono relativamente stabili o in aumento.
- Negli ultimi anni, non è stato possibile determinare una tendenza chiara nei tassi di suicidio degli adolescenti poiché, a seconda dei paesi, i tassi sono in aumento, stabili e in calo.
- Gli altri tre indicatori – soddisfazione per la vita, sovrappeso e competenze scolastiche – tendono a peggiorare nella maggior parte dei paesi, registrando un miglioramento solo in alcuni. Come dimostrato in seguito, queste tendenze negative sono sostanziali in molte nazioni.

Un'analisi più dettagliata è presentata nei capitoli successivi, incentrati sulle aree in cui sono stati individuati i cambiamenti più significativi nel benessere di bambine, bambini e adolescenti: calo della soddisfazione per la vita, aumento dell'obesità e flessione delle competenze scolastiche tra le bambine, i bambini e gli adolescenti di questa generazione. L'analisi esplora i possibili fattori alla base di queste tendenze con l'obiettivo di informare le politiche e le pratiche che promuovono il loro benessere.

Tabella 2. Variazioni dei sei indicatori di benessere di bambine, bambini e adolescenti dal 2018 al 2022

Paese	Soddisfazione per la vita	Suicidio	Mortalità	Sovrappeso	Competenze scolastiche	Competenze sociali
Australia						
Austria						
Belgio						
Bulgaria						
Canada						
Cile						
Cipro						
Colombia						
Corea						
Costa Rica						
Croazia						
Danimarca						
Estonia						
Finlandia						
Francia						
Germania						
Giappone						
Grecia						
Irlanda						
Islanda						
Israele						
Italia						
Lettonia						
Lituania						
Lussemburgo						
Malta						
Messico						
Norvegia						
Nuova Zelanda						
Paesi Bassi						
Polonia						
Portogallo						
Regno Unito						
Repubblica Ceca						
Romania						
Slovacchia						
Slovenia						
Spagna						
Stati Uniti						
Svezia						
Svizzera						
Turchia						
Ungheria						
Miglioramento	1	18	33	2	4	7
Stabile	17	7	9	27	13	32
Peggioramento	14	17	1	14	21	1
Nessun dato	11	1	0	0	5	3

Nell'esaminare le tendenze precedentemente illustrate, il rapporto utilizza il quadro di riferimento per il benessere di bambine, bambini e adolescenti introdotto nella Report Card 16, basato sulle teorie ecologiche dello sviluppo infantile ([Figura 1](#)) ⁴. In questo modello, il bambino è al centro di una rete di sistemi:

- Figura 1. Quadro di riferimento per il benessere di bambine, bambini e adolescenti**



Il quadro di riferimento distingue le cause (le sfere di influenza attorno al bambino) dagli effetti (i risultati sul benessere) e chiarisce il ruolo delle principali parti interessate – dai genitori ai governi – nella promozione del benessere di bambine, bambini e adolescenti. Il modello non è unidirezionale ma interattivo. Riconosce inoltre che i bambini possono condizionare e contribuire alla vita delle loro famiglie, comunità e società, fornendo un collegamento tra i diritti dei minorenni, legati alle condizioni dell'infanzia in ciascun sistema, e i risultati sul benessere, aspetti valutati a livello del singolo bambino.

Le tre dimensioni che rappresentano i risultati nell'ambito della salute mentale, della salute fisica e delle competenze hanno una particolare rilevanza sia considerate singolarmente che nelle loro interconnessioni. Questo punto sarà ulteriormente ampliato nella sezione conclusiva del rapporto.

Crescere in un mondo instabile

I bambini di oggi stanno crescendo in un mondo complesso e in rapido cambiamento. La coesistenza delle problematiche sfide poste dal cambiamento climatico, dai conflitti, dalla trasformazione digitale e dalla transizione demografica viene definita con il termine policrisi.⁵ Il mondo sta ancora cercando di superare lo shock della pandemia globale di COVID-19, la prima dopo un secolo. Questo insieme di circostanze caratterizza un contesto di grande rilevanza per le tendenze discusse in questo rapporto.

La **pandemia di COVID-19** segna una svolta significativa tra la Report Card 16, che analizza il benessere di bambine, bambini e adolescenti nei paesi OCSE/UE fino al 2018 circa, e il presente rapporto, che aggiorna il quadro fino al biennio 2022-2023, quando la pandemia volgeva ormai al termine.⁶ Quella dei bambini è stata la fascia d'età meno colpita dal virus: solo lo 0,4% delle morti globali per COVID-19.⁷ Tuttavia, le restrizioni derivanti dalla pandemia hanno avuto un profondo impatto sulla vita di bambine, bambini e adolescenti. Oltre ai periodi di lockdown, nella maggior parte dei paesi presi in esame in questo rapporto ([Tabella 3](#)) le scuole sono state chiuse per lunghi periodi, causando gravi interruzioni del percorso di apprendimento e della vita sociale dei minorenni.

Nel 2025 il ricordo della pandemia di COVID-19 sta lentamente svanendo e l'attenzione politica e mediatica si è spostata su questioni attuali più urgenti. Tuttavia, come evidenziato nel presente rapporto, la pandemia ha avuto

gravi ripercussioni sul benessere di bambine, bambini e adolescenti tuttora persistenti. La storia ci insegna che dopo un simile shock la ripresa sociale necessita di tempi lunghi.⁸

Tabella 3. Settimane di chiusura totale e parziale delle scuole a causa della pandemia di COVID-19, fino a marzo 2022

Durata della chiusura	Paese (settimane)
Fino a 3 mesi	Islanda (6), Svizzera (6), Croazia (10), Giappone (11), Francia (12)
Tra i 3 e i 6 mesi	Lussemburgo (9), Spagna (15), Malta (21), Portogallo (24), Svezia (24), Estonia (26), Irlanda (26)
Tra i 6 e i 9 mesi	Nuova Zelanda (27), Regno Unito (27), Cipro (28), Belgio (29), Norvegia (29), Paesi Bassi (31), Finlandia (33), Israele (33), Danimarca (35), Romania (36), Grecia (37), Germania (38), Italia (38), Lituania (38), Slovacchia (38), Austria (39), Ungheria (39)
Tra i 9 e i 12 mesi	Polonia (44), Australia (46), Repubblica Ceca (46), Slovenia (47), Bulgaria (48), Lettonia (49), Turchia (49), Canada (52)
Più di 12 mesi	Cile (69), Colombia (77), Stati Uniti (77), Corea (79), Messico (81), Costa Rica (82)

Fonte: Organizzazione delle Nazioni Unite per l'educazione, la scienza e la cultura (nd). Dashboards on the global monitoring of school closures caused by the COVID-19 pandemic. UNESCO. Consultato il 25 novembre 2025.
<https://covid19.uis.unesco.org/global-monitoring-school-closures-covid19/>

I conflitti armati hanno avuto conseguenze dirette e indirette sul benessere di bambine, bambini e adolescenti in tutti i paesi qui esaminati. Alla fine del 2023 è stato stimato che a livello mondiale fossero 19 milioni i minorenni rifugiati e richiedenti asilo, molti dei quali in fuga dai conflitti.⁹ Tre dei paesi oggetto di questa Report Card sono tra i 10 paesi che ospitano il maggior numero di rifugiati internazionali: Turchia (3,3 milioni di persone, il 48% bambini), Colombia (2,9 milioni, il 27% bambini) e Germania (2,6 milioni di persone, il 31% bambini), ma anche molti altri paesi ospitano un numero considerevole di minorenni rifugiati. Questi bambini hanno esigenze specifiche derivanti dalle esperienze vissute nel loro paese di origine, sia durante il viaggio che nello stabilirsi nella nazione ospitante. Più in generale, le notizie sui conflitti armati possono creare preoccupazione e ansia, anche tra i bambini molto piccoli.¹⁰

I fenomeni atmosferici estremi causati dai **cambiamenti climatici**, come tempeste, inondazioni, siccità e incendi boschivi stanno diventando sempre più frequenti. Gli effetti più devastanti di questi eventi si verificano nei paesi più poveri del mondo. Nei 43 paesi oggetto di questo studio si stima che almeno 250.000 tra bambine, bambini e adolescenti siano stati sfollati dalle

loro case nel 2023 a causa di catastrofi naturali determinate principalmente da eventi climatici.¹¹ Anche l'aumento delle temperature e delle ondate di calore hanno conseguenze negative. Si calcola che quasi la metà delle scuole delle città europee si trovi in "isole di calore";¹² caratterizzate da temperature elevate che mettono a rischio il benessere di bambine, bambini e adolescenti, mentre circa una scuola su dieci si trova in aree soggette a inondazioni.

Secondo le stime, nel 2024 oltre 25 milioni di studenti in 17 dei paesi analizzati hanno subito interruzioni del percorso di apprendimento a causa dei disagi dovuti a eventi climatici estremi (Tabella 4). Come per i conflitti, molti più bambini si preoccupano per i cambiamenti climatici.¹²

Tabella 4. Numero di studenti colpiti da interruzioni dei servizi educativi dovute a eventi climatici estremi, per paese ed evento climatico, 2024

Paese	Numero di minorenni colpiti	Evento climatico estremo che ha causato l'interruzione
Messico	13 100 000	Ondata di calore
Colombia	4 298 929	Siccità
Cile	2 738 467	Tempesta
Costa Rica	1 124 379	Tempesta
Giappone	1 007 142	Ciclone tropicale
Italia	916 325	Tempesta, alluvione
Romania	703 765	Tempesta
Croazia	452 318	Ondata di calore
Repubblica Ceca	305 936	Alluvione
Austria	258 981	Alluvione
Francia	217 346	Alluvione
Polonia	144 700	Tempesta, alluvione
Grecia	88 287	Ondata di calore
Germania	17 756	Alluvione
Portogallo	16 093	Incendio boschivo
Spagna	13 000	Alluvione
Nuova Zelanda	5 117	Nubifragio

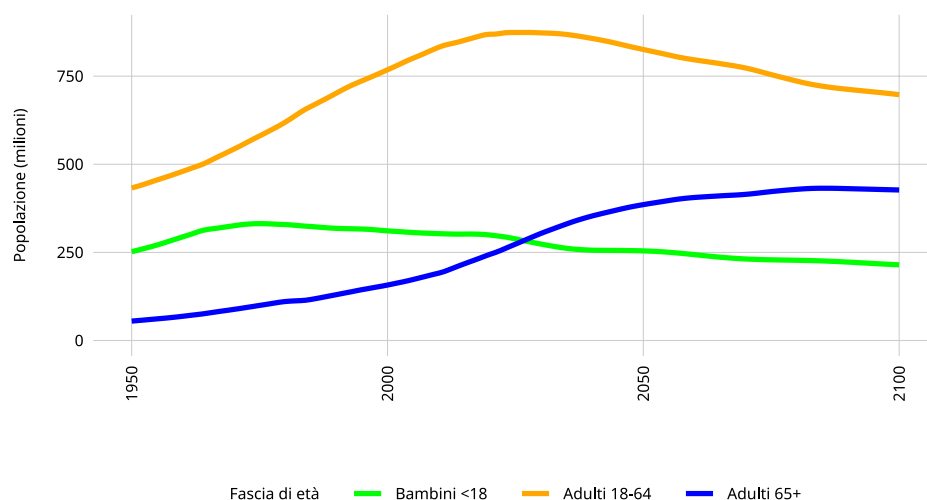
Fonte: Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia. (2025). Learning interrupted: Global snapshot of climate-related school disruptions in 2024. UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/learning-interrupted-global-snapshot-2024>

Le tecnologie digitali continuano a rimodellare la vita di bambine, bambini e adolescenti, portando con sé nuove opportunità e nuovi rischi. I paesi presi in esame in questa Report Card sono digitalmente iper-connessi. Nel 2022, i tassi di connettività sono stati superiori al 99% in 37 dei 40 paesi con dati disponibili (ad eccezione di Colombia, Messico e Turchia).¹⁴ Le nuove tecnologie apportano numerosi vantaggi a bambine, bambini e adolescenti in termini di istruzione, libertà di associazione e accesso alle informazioni (diritti sanciti dalla Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, articoli 15 e 17). D'altro canto, i potenziali effetti negativi generati dall'uso degli smartphone e, in particolare, dei social media da parte di bambine, bambini e adolescenti sono oggetto di un ampio dibattito. In questa Report Card esamineremo gli ultimi dati disponibili sull'argomento e le recenti analisi. Anche dall'intelligenza artificiale derivano nuove opportunità e rischi,¹⁵ sebbene in questa fase non siano ancora disponibili dati internazionali comparativi al riguardo.

Infine, anche se discussi meno frequentemente, i continui **cambiamenti demografici** nei paesi analizzati incidono profondamente sullo stile di vita dell'infanzia e dell'adolescenza. Come per le tecnologie digitali, questa tendenza può avere incidenze sia positive che negative. Vi è, ad esempio, il potenziale di un dividendo demografico nei paesi con quote sempre maggiori di giovani adulti.¹⁶ Va però considerato che nella maggior parte dei paesi oggetto di questa Report Card la contrazione dei tassi di fertilità (attualmente al di sotto del tasso di ricambio generazionale del 2,1 in tutti i paesi tranne uno), oltre all'aumento dell'aspettativa di vita, fanno sì che i bambini siano una minoranza sempre più ridotta della popolazione. Questi modelli sono destinati a continuare e tra qualche anno, in questo gruppo di paesi, ci saranno più persone anziane (di età superiore ai 65 anni) che bambini e adolescenti (di età inferiore ai 18 anni) ([Figura 2](#)).

Figura 2. Tendenze demografiche nei paesi OCSE/UE

Fonte: UN/DESA Population Database. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli



Altri due importanti cambiamenti demografici stanno avendo luogo: innanzitutto, la crescente urbanizzazione sta cambiando lo stile di vita dell'infanzia e dell'adolescenza sia nelle aree urbane che nelle zone rurali. In queste ultime, lo spopolamento è uno dei fattori che può avere conseguenze drammatiche sulla vita dei bambini.¹⁷

In secondo luogo, anche la composizione familiare sta cambiando. Nell'Unione europea, tra il 2013 e il 2023, il numero di famiglie con figli è diminuito di 1,8 milioni di unità, mentre il numero di famiglie senza figli è aumentato di 14,9 milioni.¹⁸

Ma vi sono anche altri fattori che influiscono sul benessere di bambine, bambini e adolescenti, come la globalizzazione, le incertezze economiche, l'aumento del costo della vita, la trasformazione dei sistemi alimentari e l'incremento degli inquinanti ambientali.

Il nesso tra le tendenze del benessere di bambine, bambini e adolescenti e i fattori sopra descritti è oggetto di analisi del presente rapporto, ad eccezione dell'impatto dell'aumento del costo della vita, registrato successivamente agli ultimi dati disponibili sul benessere di bambine, bambini e adolescenti presentati in questa Report Card.

Il rapporto esamina anche i dati sulle disuguaglianze del benessere di bambine, bambini e adolescenti in base al genere e alla condizione socioeconomica familiare. A causa della mancanza di dati comparabili e coerenti a livello internazionale, non è stato possibile affrontare gli altri aspetti connessi alla disuguaglianza in questo studio.

Nella Report Card 20, la prossima della serie, verrà invece adottato un differente approccio, presentando un'analisi approfondita delle disuguaglianze del benessere di bambine, bambini e adolescenti.

Tendenze

nella salute mentale

Cosa significa godere di una buona salute mentale?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che “la salute mentale non è solo l'assenza di disturbi mentali”¹⁹ ma uno stato di benessere caratterizzato da felicità, soddisfazione per la vita e senso di realizzazione. Sulla base di una definizione così ampia, questo capitolo esamina le tendenze di due indicatori chiave della salute mentale per i quali sono disponibili dati nei paesi presi in esame: i tassi di suicidio adolescenziale e soddisfazione per la vita.

Tuttavia, due soli indicatori non sono rappresentativi della complessità di aspetti della salute mentale. Si stima che in questi paesi circa un individuo su sei di età compresa tra i 10 e i 19 anni soffra di un disturbo mentale diagnosticabile.²⁰ Circa la metà dei problemi di salute mentale manifestati in età adulta insorge durante l'infanzia,²¹ con ripercussioni significative sulla qualità della vita, il benessere mentale, le relazioni, l'istruzione e l'inserimento lavorativo degli adulti.²²

Inoltre, moltissimi adolescenti in tutto il mondo presentano sintomi di disagio psicosociale. Anche se a livello epidemiologico i singoli sintomi non sono considerati un disturbo mentale, compromettono la capacità degli adolescenti di imparare, costruire relazioni stabili e godere di una buona salute.

La frase “crisi della salute mentale” è ormai comune nel dibattito pubblico in relazione a bambine, bambini e adolescenti. Tuttavia, i dati²³ indicano un deterioramento nel lungo periodo della salute mentale degli adolescenti piuttosto che un fenomeno improvviso. Studi a lungo termine condotti in Norvegia²⁴ e negli Stati Uniti²⁵ indicano che la salute mentale degli adolescenti era già in declino nei primi anni '90. In Norvegia tra il 1992 e il 2019, c'è stato un aumento medio dei sintomi relativi alla salute mentale, pari al 17% per le ragazze e al 5% per i ragazzi.

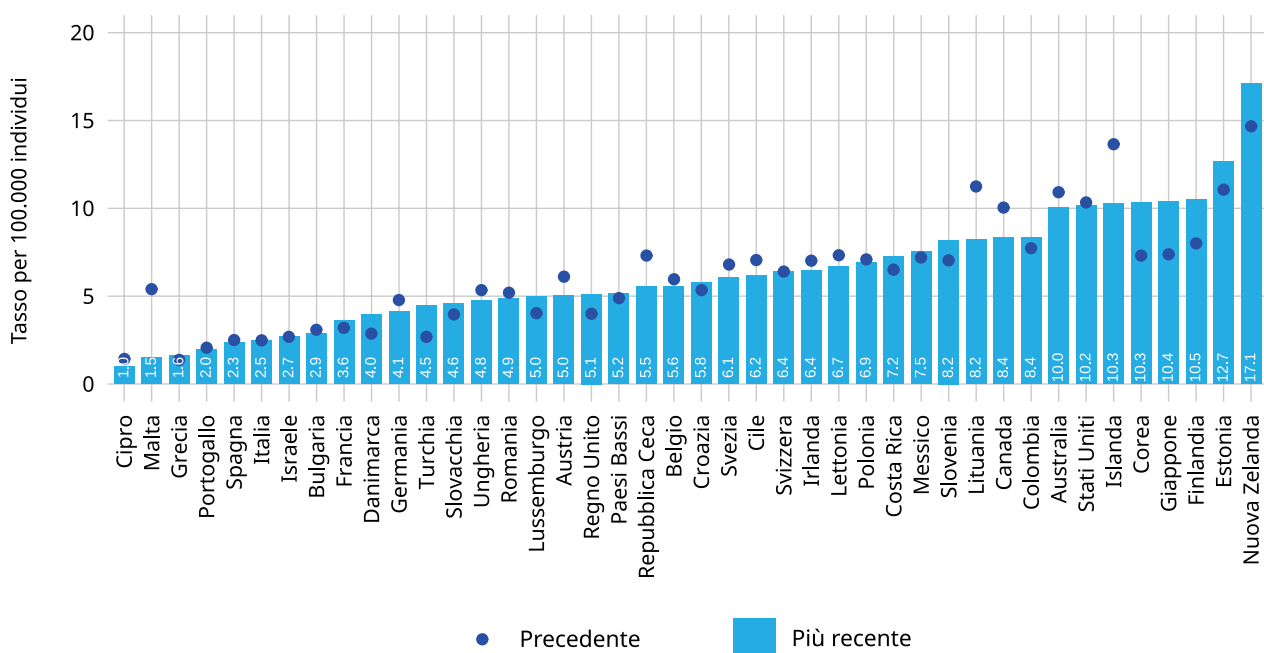
In questo quadro complessivo, le bambine, i bambini e gli adolescenti di oggi si ritrovano senza dubbio ad affrontare sfide vecchie e nuove che possono

incidere sulla loro salute mentale. Tali sfide comprendono gli effetti della pandemia di COVID-19, le incertezze legate ai cambiamenti climatici e ai conflitti e l'uso crescente delle tecnologie digitali che saranno analizzate nelle sezioni successive. Benché due soli indicatori non siano sufficienti a rappresentare in modo esaustivo la complessità del tema della salute mentale, la Classifica comparativa offre una prospettiva sulle tendenze a breve e a lungo termine.

Suicidio adolescenziale

Il suicidio è la quarta causa di morte più comune tra gli adolescenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni.²⁶ La [Figura 3](#) mostra i tassi di suicidio tra gli adolescenti nel periodo dal 2018 al 2022 circa per i paesi oggetto di questa Report Card. I tassi sono diminuiti in 18 paesi, sono rimasti pressoché stabili in 7 e sono aumentati in 17 (si veda la [Tabella 1](#)). Gli incrementi più marcati sono stati registrati in Giappone, Corea e Turchia. Se da un lato i tassi di suicidio adolescenziale sono calati significativamente in Cipro, Repubblica Ceca, Islanda, Lituania e Malta, per Islanda e Malta i tassi potrebbero essere instabili a causa delle dimensioni ridotte delle loro popolazioni. Inoltre, è opportuno specificare che, sebbene i tassi di suicidio siano un indicatore comparativo pratico e disponibile, la natura e la qualità dei dati relativi al suicidio possono variare.²⁷

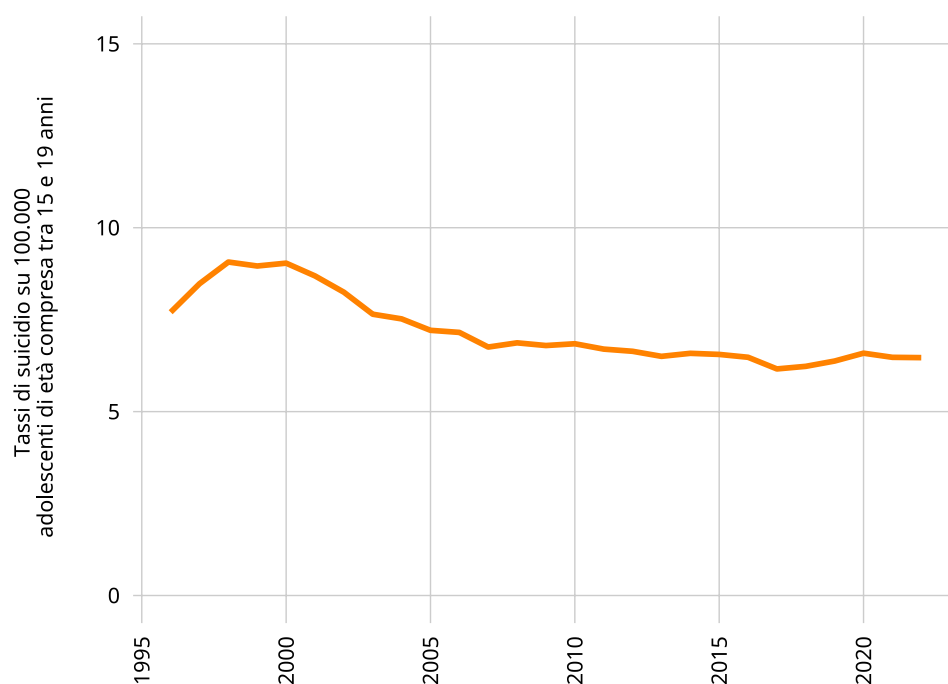
Figura 3. Variazioni nei tassi di suicidio (media triennale), fascia di età 15-19 anni, periodo 2018-2022 (o periodo più recente di quattro anni disponibile)



Fonte: WHO Mortality Database (database dell'OMS sulla mortalità) Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

Considerando un lasso di tempo maggiore, sono stati registrati notevoli progressi nella riduzione dei tassi di suicidio adolescenziale nel gruppo di paesi qui esaminato, passando da un picco di circa 9,3 suicidi ogni 100.000 adolescenti nel 1996 a circa 6,5 suicidi ogni 100.000 adolescenti nel 2007. Dal 2007 in poi, i progressi sembrano essersi arenati. Il tasso più recente a disposizione per il 2022 è stato lo stesso (6,5 morti ogni 100.000 adolescenti) di 15 anni fa (Figura 4).

Figura 4. Tendenze a lungo termine dei tassi di suicidio tra gli adolescenti di età compresa tra 15 e 19 anni, dal 1997 al 2022



Fonte: WHO Mortality Database 2015 (database dell'OMS sulla mortalità). Media mobile a 3 anni. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

I tassi di suicidio in questa fascia di età sono sostanzialmente più alti tra i ragazzi rispetto alle ragazze, anche se questo divario sembra ridursi.²⁸

Soddisfazione degli adolescenti per la propria vita

La soddisfazione per la vita è un giudizio soggettivo sul proprio benessere. Il secondo indicatore di salute mentale esprime la soddisfazione degli adolescenti per la vita, mostrando una sensibile variazione negli ultimi anni.

In genere, nei sondaggi che coinvolgono adulti, bambine, bambini e adolescenti, la maggior parte degli individui valuta positivamente il proprio

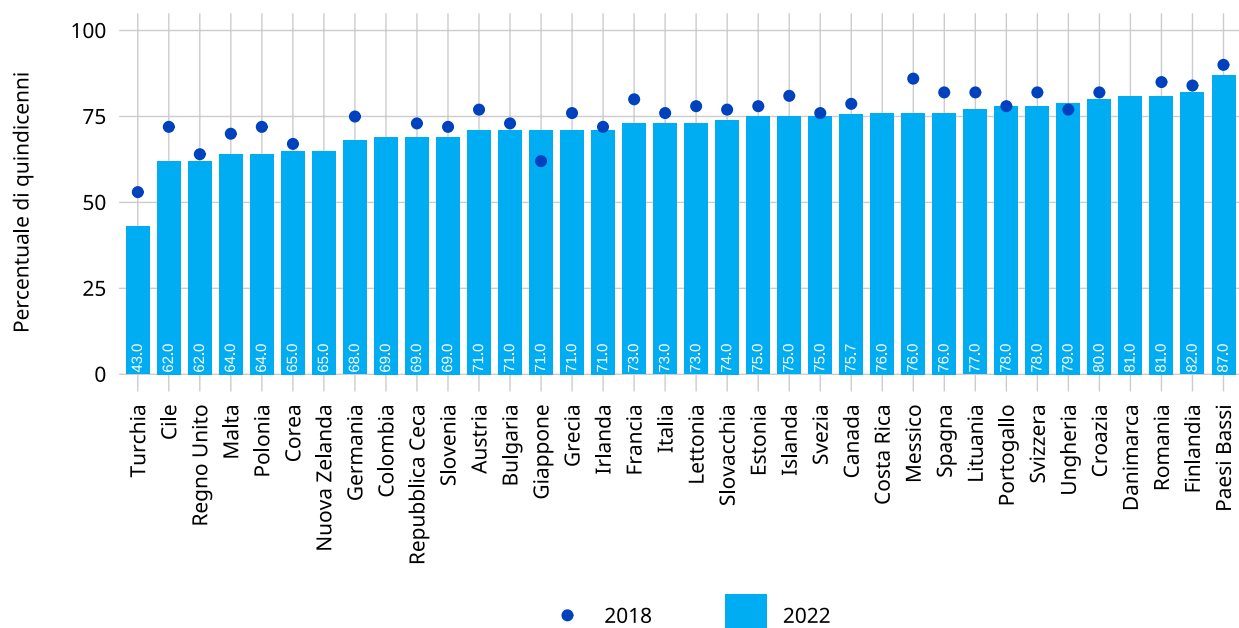
livello di soddisfazione per la vita.²⁹ L'indagine condotta nell'ambito del Programma per la valutazione internazionale degli studenti (PISA) nel 2022 ha chiesto a bambine, bambini e adolescenti di valutare la propria soddisfazione per la vita su una scala da zero «per niente soddisfatto» a dieci «completamente soddisfatto».

La [Figura 5](#) mostra la percentuale di quindicenni che hanno ottenuto un punteggio superiore a 5 su 10 per questa domanda, indicando un giudizio relativamente positivo.

Il dato più sorprendente è che, nella maggior parte dei paesi, la percentuale di bambini con un'elevata soddisfazione per la vita è diminuita tra il 2018 e il 2022.

- In quattro paesi – Cile, Messico, Polonia e Turchia – il calo della percentuale di bambini con un'elevata soddisfazione per la vita è stato superiore a 10 punti percentuali.
- Il Giappone è stato l'unico paese in cui, tra il 2018 e il 2022, il tasso di soddisfazione per la vita tra i quindicenni è aumentato notevolmente.
- Benché sia le ragazze che i ragazzi abbiano indicato uno scarso livello di soddisfazione per la propria vita, in quasi tutti i paesi tale calo è stato più accentuato tra le ragazze.

Figura 5. Variazione nel livello di soddisfazione per la propria vita a 15 anni, dal 2018 al 2022



Fonte: PISA 2022. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.



Oltre alle statistiche della Figura 5, dati analoghi per i quindicenni di due regioni del Belgio sono disponibili anche per lo studio 2022 Health Behaviour in School-aged Children. Le percentuali di bambini con un'alta soddisfazione erano del 77% nella comunità francese e del 90% in quella fiamminga.

Quali fattori influenzano il livello di soddisfazione degli adolescenti per la propria vita?

Perché alcune persone si sentono più o meno soddisfatte rispetto ad altre? Questo argomento è stato oggetto di numerose ricerche che hanno dimostrato che i fattori legati al contesto in cui le persone vivono svolgono un ruolo molto importante. Relativamente al Quadro di riferimento per il benessere di bambine, bambini e adolescenti della [Figura 1](#), tali fattori sono:

- **Attività:** il modo in cui i bambini trascorrono il loro tempo e le attività che svolgono possono incidere sulla loro soddisfazione per la vita. Ad esempio, l'attività fisica ³⁰ e la meditazione ³¹ sono state collegate a una maggiore soddisfazione per la propria vita, mentre la pressione scolastica tende a ridurla.³² Come discusso nelle successive sezioni del rapporto, vi sono prove contrastanti sul legame tra l'uso dei social media e la soddisfazione degli adolescenti per la vita. Anche la quantità e la qualità del sonno sono state collegate alla salute mentale di bambine, bambini e adolescenti.³³
- **Relazioni:** si tratta di un aspetto fondamentale del benessere soggettivo di bambine, bambini e adolescenti.³⁴ La qualità dei rapporti con la famiglia e i coetanei³⁵ e le esperienze di bullismo,³⁶ violenza e discriminazione, sono indicatori chiave della soddisfazione per la vita.
- **Reti sociali:** il contesto rappresentato dalla comunità in senso più ampio può influenzare il grado di soddisfazione per la vita di bambine, bambini e adolescenti, come ad esempio il senso di sicurezza e familiarità percepiti nella scuola³⁷ e nel quartiere³⁸.
- **Risorse:** la disponibilità di risorse personali, familiari e comunitarie riveste una grande importanza. Nei paesi ad alto reddito, le privazioni individuali subite da bambine, bambini e adolescenti sono un indicatore della loro soddisfazione di vita più rilevante rispetto ai fattori connessi alla situazione economica familiare.³⁹

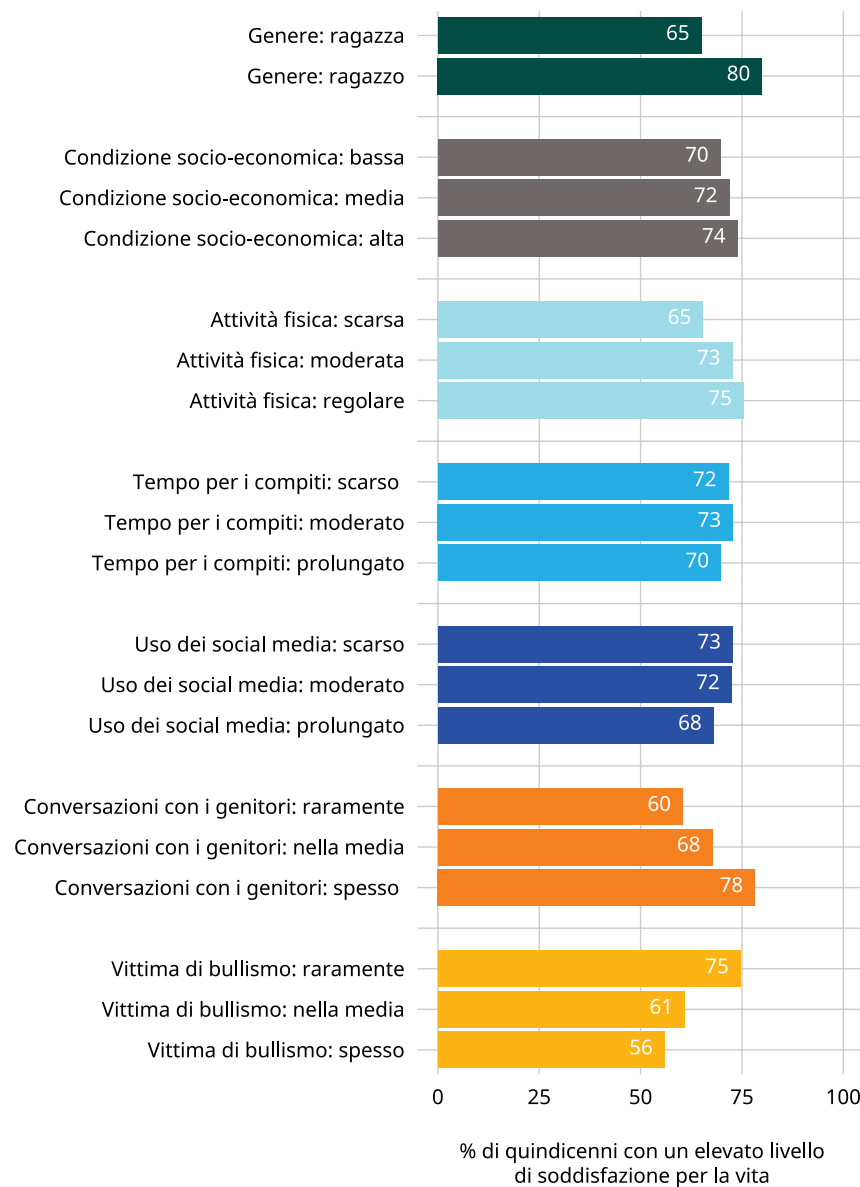


La [Figura 6](#) presenta una nuova analisi condotta nell'ambito di questa Report Card sull'importanza relativa di alcuni di questi fattori per la soddisfazione degli adolescenti per la vita,⁴⁰ sulla base dei dati emersi dall'indagine PISA 2022. I principali trend emersi sono i seguenti:

- Le ragazze hanno meno probabilità di avere una elevata soddisfazione per la propria vita rispetto ai ragazzi.
- L'incidenza della condizione socioeconomica familiare sulla soddisfazione per la vita è relativamente limitata.
- L'esercizio fisico regolare è collegato a una maggiore soddisfazione per la vita.
- Non esiste una correlazione evidente tra le ore trascorse a svolgere i compiti e la soddisfazione per la vita.
- L'uso intenso dei social media è collegato a una minore soddisfazione per la vita.
- La frequenza delle conversazioni con i genitori è positivamente associata alla soddisfazione per la vita.
- La frequenza di episodi di bullismo ha una forte associazione negativa sulla soddisfazione per la vita della vittima.

Risulta inoltre evidente come il genere e i fattori legati alle relazioni familiari e tra coetanei siano maggiormente associati a variazioni nel livello di soddisfazione per la vita.

Figura 6. Fattori che incidono sulla soddisfazione dei quindicenni per la vita, 2022



Fonte: PISA 2022. I valori mostrati nel grafico sono effetti marginali di un modello di regressione. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli

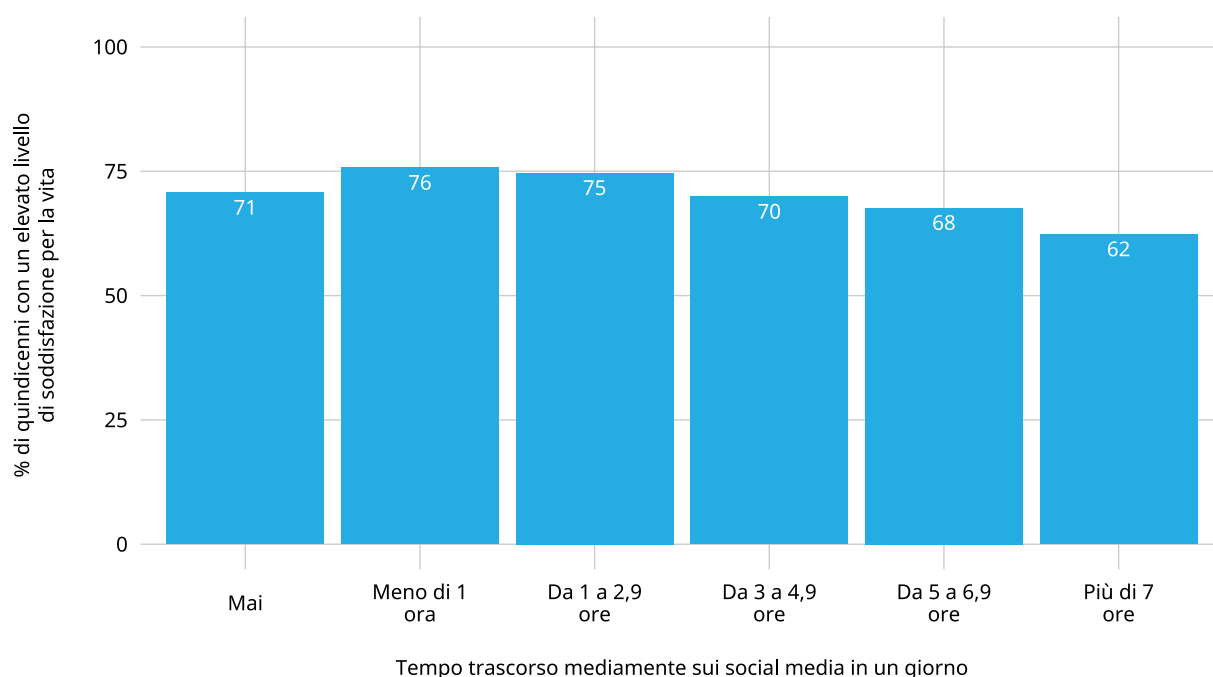
Perché la soddisfazione degli adolescenti per la propria vita è in calo?

I dati rappresentati nella [Figura 6](#) costituiscono un primo punto di riferimento per valutare alcuni dei motivi che determinano la flessione della soddisfazione per la vita tra gli adolescenti. Tale riduzione può essere attribuibile alla variazione di alcuni o di tutti i fattori, molti dei quali collegati alle questioni globali discusse nell'introduzione. Nelle sezioni successive approfondiremo alcuni di questi, anche se purtroppo nella maggior parte dei casi non si dispone dei dati sufficienti per effettuare un'analisi nel tempo.

Uso dei social media e soddisfazione di bambine, bambini e adolescenti per la vita

Gli effetti dell'utilizzo dei social media sulla salute mentale di bambine, bambini e adolescenti sono al centro di un intenso dibattito pubblico. Alcuni ricercatori ne sottolineano il forte impatto negativo,⁴¹ mentre altre ricerche indicano una relazione più debole e sfaccettata,⁴² che dipende anche dai parametri riguardanti l'uso dei social che vengono presi in esame. Si dovrebbe altresì considerare il potenziale che i social possiedono nel sostenere la salute mentale di bambine, bambini e adolescenti.⁴³ Questa sezione è incentrata sul rapporto tra l'utilizzo dei social e la soddisfazione per la vita. Grande attenzione è stata posta alla quantità di tempo che i bambini trascorrono online, ma questo aspetto potrebbe non essere particolarmente utile o rilevante. Innanzitutto, le stime dichiarate dai bambini stessi del tempo trascorso sui social non sono così affidabili.⁴⁴ In secondo luogo, la correlazione tra il tempo di utilizzo autodichiarato e vari aspetti della salute mentale non è sistematicamente netta,⁴⁵ come si evince dall'analisi dei dati PISA 2022 ([Figura 7](#)). Gli adolescenti che utilizzano moderatamente i social tendono ad avere una soddisfazione di vita leggermente superiore rispetto agli utenti più assidui o a coloro che non li utilizzano affatto. Le differenze non risultano essere particolarmente marcate rispetto ad altri fattori collegati alle variazioni nella soddisfazione per la vita, come già illustrati nella [Figura 6](#). Gli adolescenti che trascorrevano più di sette ore al giorno sui social avevano una soddisfazione per la vita significativamente inferiore alla media, ma si tratta di un gruppo esiguo, che rappresenta solo il 6% circa dei quindicenni. Inoltre, è plausibile che trascorrere molto tempo sui social causi una minore soddisfazione per la vita e/o che gli adolescenti con una bassa soddisfazione per la vita tendano a utilizzare i social in modo intensivo. Anche gli adolescenti che non hanno mai usato i social hanno riportato una soddisfazione per la vita inferiore alla media. Questo gruppo di adolescenti tende ad avere scarse relazioni con la famiglia e i coetanei.⁴⁶

Figura 7. Soddisfazione per la vita e tempo trascorso sui social media da studenti di 15 anni



Fonte: PISA 2022. I valori mostrati nel grafico sono effetti marginali di un modello di regressione che studia altri fattori. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

Oltre al fattore tempo, per comprendere al meglio la relazione esistente tra l'uso dei social media e la salute mentale di bambine, bambini e adolescenti, assumono una particolare rilevanza le esperienze vissute online.

L'impiego dei social media è stato associato a una percezione negativa della propria immagine corporea, sia per le ragazze che per i ragazzi.⁴⁷ Da un lato, avviene il confronto con modelli e celebrità⁴⁸: l'esposizione quotidiana a contenuti idealizzati e spesso alterati porta gli adolescenti a misurare il proprio valore in rapporto a rappresentazioni non realistiche, generando in loro sentimenti di inadeguatezza. I contenuti social basati sull'aspetto fisico costituiscono un rischio considerevole.⁴⁹ Va tuttavia osservato che la percezione di un'immagine corporea negativa associata agli standard di bellezza e al confronto sociale era già stata osservata in diversi studi anche prima dell'ascesa dei social media.⁵⁰

D'altra parte, l'uso della tecnologia digitale (compresi i social media) è stato collegato ad aspetti positivi del benessere, come una maggiore soddisfazione nelle relazioni di amicizia.⁵¹



Ampliando l'analisi a un uso di Internet più generico, un altro fattore collegato alla soddisfazione per la vita di bambine, bambini e adolescenti è imbattersi in alcuni tipi di contenuti online. Lo studio PISA ha posto ai bambini una domanda riguardante il "Subire contenuti discriminatori online (ad esempio, per motivi di etnia, genere, orientamento sessuale o aspetto fisico)". Alle domande hanno risposto bambine, bambini e adolescenti di 33 paesi oggetto di questa Report Card. In tutti i paesi, più della metà di loro ha dichiarato di aver visualizzato contenuti simili, con percentuali che vanno dal 52% in Svezia al 79% in Estonia.

In media, in tutte queste nazioni, più di un terzo dei partecipanti (pari al 36%) ha dichiarato di essere stato "abbastanza" o "molto" turbato dall'esperienza. Ulteriori analisi hanno mostrato che le bambine, i bambini e gli adolescenti che avevano avuto esperienze di contenuti discriminatori avevano anche maggiori probabilità di avere un grado di soddisfazione per la vita e di benessere emotivo minore.⁵²

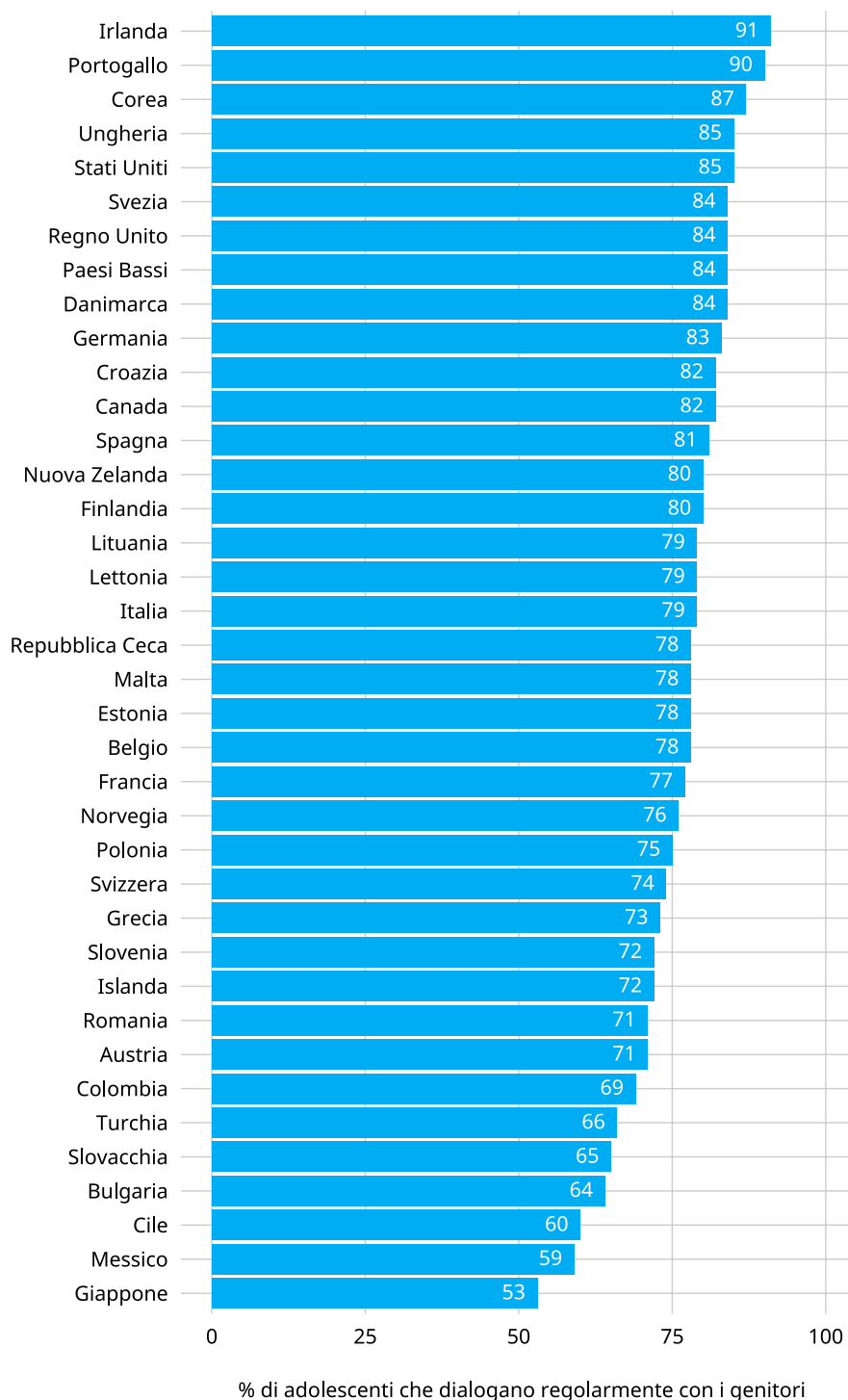
Questa serie di risultati indica che le ripercussioni dell'uso dei social media (e della tecnologia digitale più in generale) sulla soddisfazione per la vita di bambine, bambini e adolescenti costituiscono un fenomeno complesso. Concentrarsi in maniera esclusiva sul tempo trascorso sui social potrebbe non essere efficace - andrebbe invece prestata maggiore attenzione alle specifiche esperienze online e alle strategie volte a ridurre i possibili rischi per le bambine, i bambini e gli adolescenti derivanti da tali esperienze.

Relazioni con la famiglia

L'adolescenza è un periodo in cui bambine e bambini tendono ad acquisire una maggiore indipendenza. Tuttavia, per gli adolescenti, le relazioni familiari sono spesso tra i fattori determinanti per il loro benessere.⁵³ Le bambine e i bambini non solo subiscono l'influenza del loro ambiente, ma, a loro volta, incidono attivamente sul mondo che li circonda. Le relazioni tra figli e genitori e i loro effetti sulla salute mentale di entrambi sono reciproci.⁵⁴

La [Figura 8](#) mostra le risposte dei quindicenni a una domanda sulla frequenza con cui i genitori (o altri adulti ad essi più vicini) trascorrono del tempo semplicemente parlando con loro.⁵⁵ In tutti i paesi, più della metà degli adolescenti ha affermato che i genitori dedicano del tempo a conversare con loro almeno una volta alla settimana, dal 53% in Giappone al 91% in Irlanda.

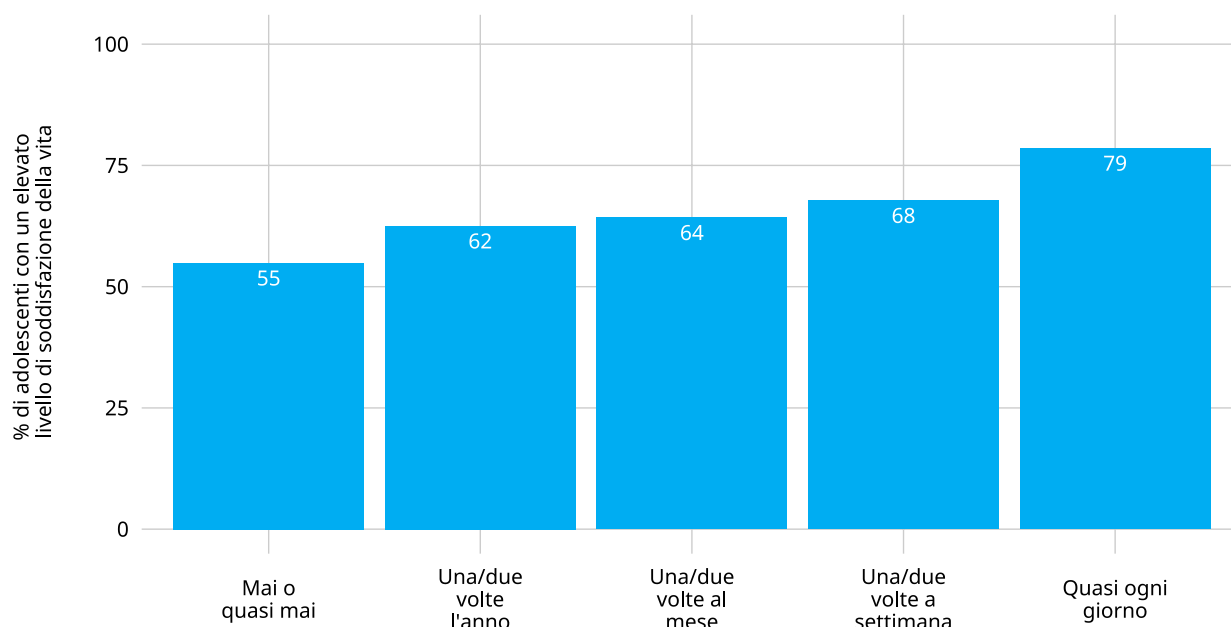
Figura 8. Percentuale di adolescenti i cui genitori conversano con loro almeno una o due volte alla settimana



Fonte: PISA 2022. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

Le risposte alla precedente domanda sono strettamente correlate alla soddisfazione degli adolescenti per la vita (Figura 9).

Figura 9. Frequenza del tempo trascorso a dialogare con i genitori e soddisfazione per la vita



Fonte: PISA 2022. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

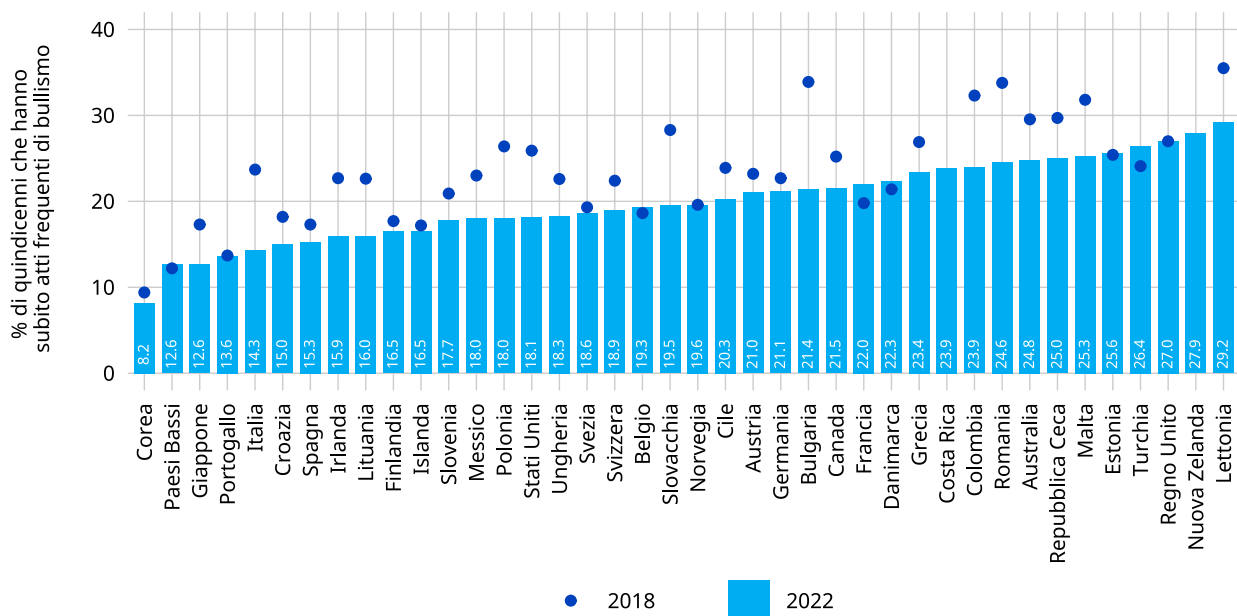
Mancano purtroppo dati di qualità sufficiente sulle tendenze nella relazione genitori-figli. Perciò non è possibile analizzare se eventuali tendenze negative in questo ambito possano spiegare il recente calo nella soddisfazione degli adolescenti per la propria vita.

Essere vittima di bullismo da parte dei coetanei

Lungi dall'essere un innocuo rito di passaggio, il bullismo tra bambini e adolescenti può rivelarsi un'esperienza traumatica, associata a tassi più elevati di depressione, ansia,⁵⁶ pensieri e comportamenti suicidi.⁵⁷ È stato appurato che il bullismo ha conseguenze molto gravi e può causare disturbi di salute mentale anche a distanza di anni.⁵⁸ Essere vittima di bullismo è uno dei fattori che più incidono sulla soddisfazione per la vita nei paesi ad alto reddito.⁵⁹ Alla luce di questo legame, potrebbe essere opportuno domandarsi se l'aumento dei casi di bullismo possa spiegare il decremento della soddisfazione per la vita tra bambine, bambini e adolescenti. I dati riportati dai sondaggi PISA del 2018 e del 2022 suggeriscono di no, almeno

in relazione al bullismo (compreso il cyberbullismo) a scuola. In effetti, nella maggior parte dei paesi, si è registrata una diminuzione dei tassi di bullismo frequente tra il 2018 e il 2022 (Figura 10). Questi dati positivi potrebbero essere riconducibili alla chiusura delle scuole durante la pandemia di COVID-19, e resta da determinare se tale tendenza perdurerà. Sebbene l'andamento appaia favorevole, il bullismo rimane un fenomeno diffuso e continua a costituire una preoccupazione considerevole per il benessere infantile.

Figura 10. Percentuale di quindicenni che hanno subito atti frequenti di bullismo, 2018 e 2022



Fonte: PISA 2018 e 2022. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli

L'ombra della pandemia di COVID-19

La pandemia di COVID-19 ha avuto conseguenze negative sulla salute mentale dei bambini, quantomeno a breve termine. Da alcuni studi condotti nel Regno Unito,⁶⁰ negli Stati Uniti,⁶¹ e in Germania⁶² è emerso che la pandemia ha avuto effetti negativi immediati, in particolar modo nei paesi in cui le restrizioni sono state più severe.⁶³ Altri studi globali mostrano anche un quadro degli effetti negativi.⁶⁴

Gli effetti a lungo termine della pandemia non sono ancora noti. Lo studio tedesco ha rilevato un miglioramento lieve ma decisivo della salute mentale dopo l'ondata iniziale della pandemia. Un'analisi di 35 studi condotti in Canada fino alla metà del 2021 e riguardanti la fascia di età compresa tra 0 e 25 anni ha



osservato che i sintomi depressivi sono aumentati lievemente durante le prime fasi della pandemia, per tornare successivamente ai livelli iniziali.⁶⁵

Incertezze legate ai cambiamenti climatici e ai conflitti

Oltre alla pandemia di COVID-19, esistono altri fattori globali che possono incidere sulla salute mentale di bambine, bambini e adolescenti. Conflitti armati e cambiamenti climatici possono determinare in loro un senso di incertezza rispetto al futuro.

Le preoccupazioni destinate dal cambiamento climatico sono una risposta razionale a una minaccia reale, anche se in alcuni casi questi timori possono condurre a un disagio mentale più profondo,⁶⁶ soprattutto quando iniziano a incidere sul funzionamento adattivo di bambine, bambini e adolescenti. Lo studio più significativo su ragazzi e giovani di età compresa tra i 16 e i 25 anni ha riguardato sei dei paesi analizzati: Australia, Finlandia, Francia, Portogallo, Regno Unito e Stati Uniti.⁶⁷ Il grado di preoccupazione (molto preoccupato o estremamente preoccupato) associato al cambiamento climatico varia dal 46% negli Stati Uniti al 65% in Portogallo.

Sebbene sia chiaro che vivere esperienze di guerra dirette abbia effetti negativi profondi su bambine, bambini e adolescenti, ricerche recenti sugli effetti indiretti dei conflitti armati sulla loro salute mentale sono ancora piuttosto scarse. Un'analisi condotta nel 2012 ha riscontrato che "molti bambini possono provare una sensazione di paura sia a breve che a lungo termine in seguito all'esposizione alle crisi riportate dai telegiornali".⁶⁸ Ciò vale, con ogni probabilità, anche oggi, data le ricorrenti informazioni sui conflitti armati che colpiscono molte parti del mondo.

Sintesi e implicazioni

Quanto finora riportato ha approfondito due indicatori chiave della salute mentale di bambine, bambini e adolescenti. Il primo indicatore, il tasso di suicidio, sembra essere rimasto generalmente stabile negli ultimi anni nel gruppo di paesi esaminati.

Al contrario, la soddisfazione degli adolescenti per la vita è in calo. Lo shock della pandemia di COVID-19, unito alle tendenze globali, come il cambiamento climatico e i conflitti, hanno rappresentato un momento particolarmente difficile nella crescita di bambine, bambini e adolescenti. Anche la rapida evoluzione delle tecnologie digitali presenta contemporaneamente rischi e benefici per la salute mentale dei minorenni.

Nonostante i due principali indicatori della salute mentale si basino sui migliori dati disponibili per i raffronti sul piano internazionale, consentono solo una comprensione parziale della salute mentale di bambine, bambini e adolescenti. Un'indagine più approfondita su una serie di problemi di salute mentale rivela un suo peggioramento iniziato già nei primi anni '90. Chiaramente, i fattori recenti non possono spiegare esaustivamente questa tendenza. La salute mentale è un fenomeno complesso e multiforme e tutelarla e promuoverla comporta delle sfide che spesso non hanno una soluzione univoca.

Sono necessari interventi di risposta diversificati, che includano servizi di promozione, prevenzione e specialistici mirati e universali, oltre a interventi tempestivi coordinati fra i vari servizi (per bambine, bambini e adolescenti di qualsiasi età, al manifestarsi del disagio). Tutte queste componenti richiedono maggiori investimenti, dal momento che la salute mentale riceve ancora pochissimi finanziamenti rispetto ad altri settori, come la salute fisica e l'istruzione.⁶⁹

Le soluzioni, tuttavia, non si limitano alla necessità di ulteriori servizi. È fondamentale creare un ambiente che favorisca la salute mentale di bambine, bambini e adolescenti, attraverso azioni da intraprendere a tutti i livelli del quadro di riferimento per il benessere presentato nella [Figura 1](#).⁷⁰

- **Nel mondo del bambino**, le relazioni personali e lo stile di vita rivestono un ruolo primario:
 - È necessario sostenere la salute mentale e le competenze dei genitori/persone con in cura minorenni attraverso iniziative, come programmi di genitorialità integrati, e promuovere relazioni positive tra i bambini e chi li circonda. Questa soluzione è in linea con il più ampio modello socio-ecologico.
 - Le bambine, i bambini e gli adolescenti dovrebbero inoltre essere incoraggiati a impegnarsi in attività e comportamenti che favoriscono la salute mentale, come l'esercizio fisico, il sonno (sia in termini di qualità che quantità) e la meditazione.
- **Nel mondo attorno al bambino**, la scuola e la comunità svolgono un ruolo fondamentale:
 - Apprendere l'educazione socio-emotiva a scuola può dotare i bambini di competenze che sostengono la salute mentale, come la regolazione emotiva, la consapevolezza, la risoluzione dei problemi, le abilità interpersonali e la gestione dello stress.⁷¹
 - Le scuole e le comunità devono inoltre contrastare ogni forma di violenza, bullismo e discriminazione, che costituiscono un serio rischio per la salute mentale di bambine, bambini e adolescenti.
 - Occorre inoltre adottare un approccio equilibrato per proteggere i bambini dai rischi online, consentendo loro di imparare a utilizzare le nuove tecnologie e di beneficiare dei vantaggi dell'era digitale.
- **Nel mondo in generale**, i governi, le imprese, i mass media e il dibattito pubblico svolgono un ruolo fondamentale:
 - È necessario affrontare lo stigma e i falsi preconcetti legati ai disturbi di salute mentale e promuovere una più ampia consapevolezza che possa facilitare l'individuazione precoce dei problemi.
 - Occorre un contesto normativo più strutturato per regolamentare le tecnologie digitali, al fine di proteggere i minorenni dai rischi online e garantire che imparino a utilizzare tecnologie adeguate alla loro età e a beneficiare dei vantaggi che ne derivano.
 - È necessario un ambiente positivo in cui le bambine, i bambini e gli adolescenti possano sperimentare l'autonomia, impegnarsi attivamente e dare il proprio contributo alla società. La sensazione di poter controllare il proprio ambiente e perseguire uno scopo può infondere speranza e migliorare la salute mentale.

Tendenze

nella salute fisica

I paesi dell'OCSE/UE hanno compiuto progressi costanti e duraturi in molti degli ambiti della salute fisica di bambine, bambini e adolescenti, come l'eliminazione di molte malattie gravi, la copertura sanitaria universale e il miglioramento dei servizi idrici e igienici. Nel 1950, in 15 paesi con dati disponibili, la percentuale di bambine, bambini e adolescenti morti prima di compiere 15 anni variava da poco più del 3% in Svezia a quasi il 12% in Spagna. Nel 2022, la percentuale era inferiore all'1% in tutti e 15 i paesi.

Emergono tuttavia nuovi rischi per la salute di bambine, bambini e adolescenti. La natura e la qualità del cibo che consumiamo sono cambiate rapidamente e sono associate all'aumento della quota di popolazione sovrappeso e obesa. Il cambiamento climatico genera nuove minacce per la salute fisica, come quelle derivanti dalle ondate di calore. L'inquinamento atmosferico resta uno dei problemi più gravi nelle aree urbane e nuovi dati evidenziano gli effetti nocivi delle sostanze tossiche presenti nell'ambiente per la salute umana. Le bambine, i bambini e gli adolescenti sono particolarmente vulnerabili a tutti questi fattori.

Questa sezione analizza le tendenze relative ai due indicatori della salute fisica – la mortalità infantile e la prevalenza di sovrappeso nei bambini – nonché i fattori ad esse correlati. Inoltre, vengono esaminati i rischi ambientali emergenti per la salute in età pediatrica.

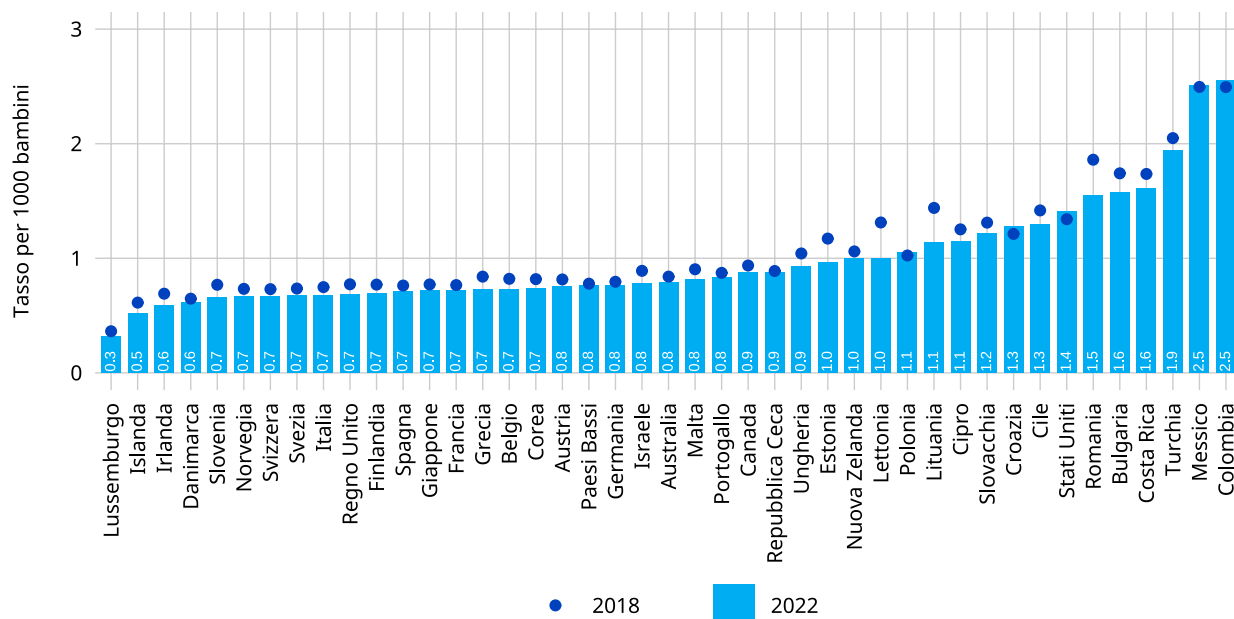
Mortalità infantile

Tendenze nella mortalità infantile

La [Figura 11](#) mostra gli attuali tassi di mortalità infantile tra i 5 e i 14 anni ogni 1.000 bambini in un periodo di vita di dieci anni. I tassi sono inferiori in Lussemburgo, Islanda, e Irlanda, e più alti in Colombia e Messico.

La tendenza a breve termine è generalmente positiva: i tassi sono diminuiti considerevolmente in 33 paesi su 43.

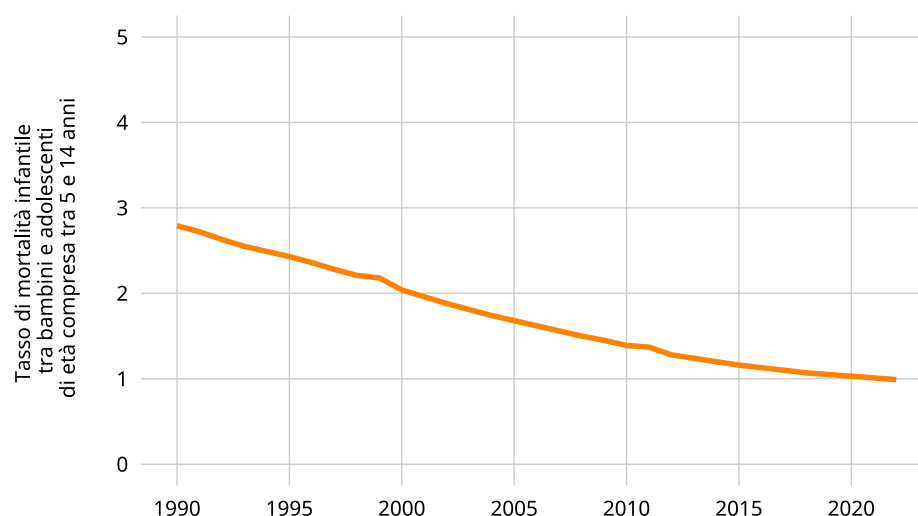
Figura 11. Variazione dei tassi di mortalità infantile tra bambini e adolescenti di età compresa tra 5 e 14 anni, dal 2018 al 2022



Fonte: Progetto IGME delle Nazioni Unite. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

La riduzione a breve termine della mortalità infantile costituisce un prolungamento di una tendenza positiva di lungo periodo in questo gruppo di paesi. Nel corso di questo secolo, il tasso di mortalità infantile è stato ridotto del 50%, passando da poco più di 2 decessi ogni 1.000 nati vivi nel 2000 a circa 1 decesso ogni 1.000 nel 2022. (Figura 12).

Figura 12. Andamento del tasso di mortalità infantile tra bambini e adolescenti di età compresa tra 5 e 14 anni, dal 1990 al 2022



Fonte: Progetto IGME delle Nazioni Unite. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

Grazie al significativo calo della mortalità infantile dovuta alle malattie, nei paesi in questione i decessi in questa fascia di età sono ora principalmente causati da fattori esterni, tra cui incidenti stradali, violenza, cadute, annegamento e avvelenamento accidentale.

Disparità nel rischio di mortalità infantile

Il rischio di mortalità infantile è ineguale e collegato, in parte, a fattori economici familiari. Sebbene non siano disponibili dati comparativi tra i paesi della Report Card, studi condotti a livello nazionale evidenziano il maggiore impatto sui bambini provenienti da contesti svantaggiati. Negli Stati Uniti, si stima che i bambini di madri non diplomate siano esposti a un rischio di mortalità precoce del 40% maggiore rispetto ai figli di madri laureate.⁷² Questa disparità deriva in parte da casi di lesioni involontarie e violenza interpersonale. In Giappone, i tassi di mortalità infantile sono risultati più elevati nelle famiglie con adulti disoccupati.⁷³ Tra il 2019 e il 2022 il divario nei tassi di mortalità infantile tra famiglie con adulti lavoratori e disoccupati si è accentuato. È importante ricordare che, oltre alla mortalità infantile, la disparità di reddito è tra le principali cause di disuguaglianza in diversi risultati relativi alla salute di bambine, bambini e adolescenti.⁷⁴

I tassi medi di mortalità infantile (nei bambini e negli adolescenti dai 5 ai 14 anni) in questo gruppo di paesi sono più alti tra i ragazzi (1,09) rispetto alle ragazze (0,87). Tuttavia, i progressi compiuti dimostrano che non vi è nulla di inevitabile in queste differenze di genere. Il tasso medio di mortalità è sceso da 1,46 ragazzi per ogni ragazza nel 1990 a 1,26 nel 2021. Un dato, tuttavia, in contrasto con la tendenza globale che presenta differenze di genere sempre più marcate. In Finlandia, Lettonia e Norvegia il rapporto tra mortalità maschile e femminile è inferiore a 1,1.

Sovrappeso e obesità: un allarme crescente a livello globale

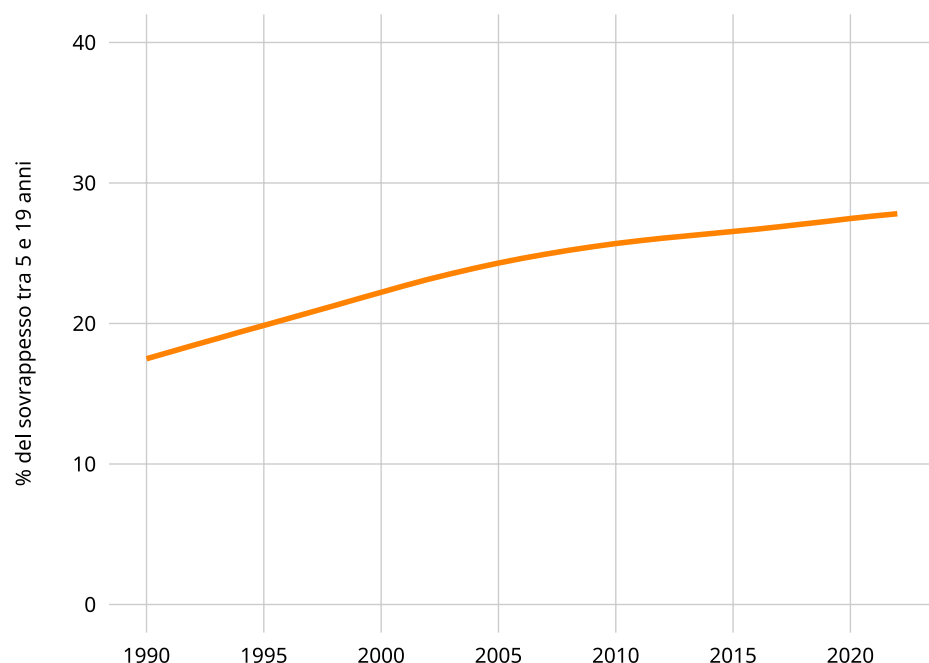
La malnutrizione infantile ha tre dimensioni: denutrizione (arresto della crescita e deperimento), fame nascosta o carenza di micronutrienti e sovrappeso/obesità.⁷⁵ La denutrizione è una condizione relativamente rara nei paesi OCSE/UE e non sono disponibili dati comparabili sulla carenza di micronutrienti. Disponiamo invece di dati migliori per sovrappeso e obesità infantile, fenomeni che destano profonda preoccupazione e che saranno oggetto di questa sezione.

I valori per sovrappeso e obesità sono definiti in base all'indice di massa corporea (IMC). Il sovrappeso è definito come un IMC per età superiore a 1 deviazione standard al di sopra della mediana di riferimento per la crescita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'obesità è definita come un IMC per età superiore a 2 deviazioni standard al di sopra della mediana di riferimento. L'obesità può avere effetti negativi sulla psiche dei bambini, determinando stigmatizzazione, discriminazione e bullismo nei loro confronti. Nel lungo periodo costituisce anche un fattore di rischio per la salute, poiché correlata a patologie croniche come il diabete di tipo 2 e a malattie cardiovascolari.⁷⁶

Andamento del sovrappeso

La prevalenza di sovrappeso e obesità in bambine, bambini e adolescenti sta aumentando in tutto il mondo. Per consentire un raffronto diretto con la Report Card 16, la [Figura 13](#) mostra l'andamento della percentuale di popolazione tra i 5 e i 19 anni in sovrappeso nei paesi OCSE/UE. È stato rilevato un aumento costante dei tassi di sovrappeso, passati dal 17% circa nel 1990 al 28% circa nel 2022.

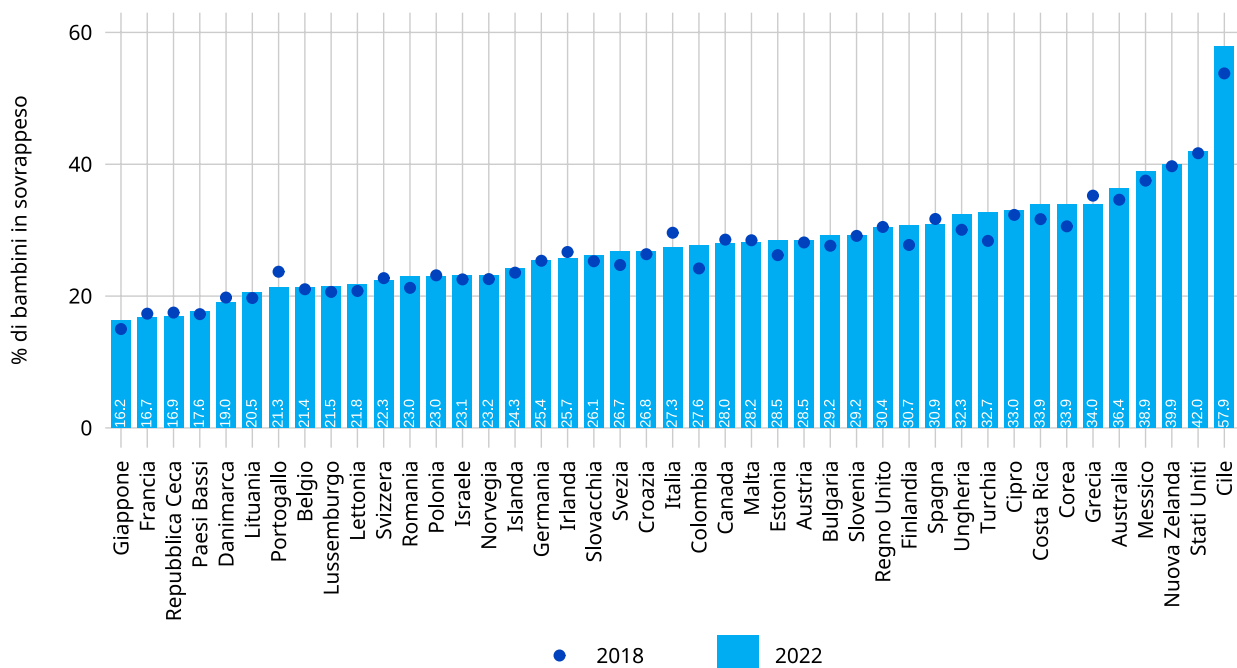
Figura 13. Andamento dei tassi di sovrappeso in età compresa tra 5 e 19 anni nei paesi OCSE/UE, dal 1990 al 2022



Fonte: OMS. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

Durante il periodo più recente per cui si dispone di dati attendibili (2018-2022), i tassi hanno continuato ad aumentare in un terzo dei paesi esaminati in questo rapporto (si veda la [Tabella 2](#)) e sono diminuiti significativamente solo in due (Italia e Portogallo) ([Figura 14](#)). La percentuale di bambini in sovrappeso è superiore del 20% alla media globale in tutti i paesi analizzati tranne cinque: Repubblica Ceca, Danimarca, Francia, Giappone e Paesi Bassi.⁷⁷ In altri paesi, invece, come Cile e Stati Uniti la percentuale è almeno il doppio della media globale.

Figura 14. Variazione nei tassi di sovrappeso tra 5 e 19 anni, dal 2018 al 2022



Fonte: OMS. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

Disparità nel rischio di sovrappeso e obesità

Nel 2022, i tassi medi di obesità erano rispettivamente del 9% per bambine e ragazze e del 12% per bambini e ragazzi, una tendenza costante in tutti i paesi ad eccezione della Colombia, dove la differenza si era invertita.⁷⁸

Nei paesi ad alto reddito, le bambine, i bambini e gli adolescenti che provengono da contesti economicamente svantaggiati corrono un rischio maggiore di essere obesi e in sovrappeso, mentre nei paesi a basso reddito è stata osservata la tendenza opposta.⁷⁹ Nei paesi ad alto reddito, la povertà incide sulla salute e l'alimentazione dei bambini attraverso l'insicurezza alimentare, ossia l'impossibilità di accedere regolarmente, sia sul piano fisico che economico, a cibo sufficiente, sicuro e nutriente. L'insicurezza alimentare è associata a una scarsa salute fisica e a uno sviluppo inadeguato, a prescindere dai tre aspetti della malnutrizione.⁸⁰ Nei paesi ad alto reddito, l'insicurezza alimentare colpisce dall'8 al 20% della popolazione.⁸¹

Perché il sovrappeso e l'obesità infantile aumentano?

Le cause alla base di sovrappeso e obesità sono più complesse di quanto si possa ritenere.⁸² Sostanzialmente, il peso di un individuo è determinato dall'equilibrio tra l'energia assorbita dagli alimenti e dalle bevande e l'energia consumata, anche attraverso l'attività fisica.

Non sono disponibili dati precisi nel tempo circa l'assunzione di calorie da parte di bambine, bambini e adolescenti. Tuttavia, l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO) fornisce dati sulle calorie medie degli alimenti disponibili per il consumo (per tutte le fasce di età) al termine della catena di approvvigionamento alimentare. Secondo questi dati, tra il 1992 e il 2021 (equivalente circa al periodo indicato nella [Figura 13](#)), il consumo medio di calorie pro capite giornaliero è aumentato di 175 calorie nei 27 paesi dell'Unione europea e di 200 calorie nei paesi ad alto reddito in generale.⁸³

Uno dei fattori di rischio per sovrappeso e obesità nei bambini,⁸⁴ come negli adulti, è un'insufficiente attività fisica, sebbene non sia possibile stabilire se i bambini svolgano meno esercizio fisico rispetto al passato.

L'OMS ha analizzato i dati sull'attività fisica di bambine, bambini e adolescenti tra il 2001 e il 2016 – un periodo in cui è stato registrato un aumento sostanziale dei casi di sovrappeso e obesità. Nel periodo di riferimento, nei paesi ad alto reddito i tassi relativi ad un'adeguata attività fisica sono aumentati tra i ragazzi, restando sostanzialmente stabili tra le ragazze.⁸⁵ Una nuova analisi degli stessi dati, condotta nell'ambito di questa Report Card, ha riscontrato una scarsa correlazione diretta tra le tendenze dell'attività fisica e l'andamento del sovrappeso nei vari paesi.⁸⁶ In alcuni di questi, ad esempio, sono aumentati sia i tassi dell'attività fisica che del sovrappeso.

Analizzando un periodo più recente nella regione europea dell'OMS, emergono dati preliminari di una riduzione dell'attività fisica da parte di bambine, bambini e adolescenti durante la pandemia di COVID-19.⁸⁷ Questo calo, associato ai cambiamenti nelle abitudini alimentari e di riposo, è stato collegato all'aumento del peso corporeo di bambine, bambini e adolescenti durante il periodo.⁸⁸ Occorrerà del tempo per stabilire se questo cambiamento persisterà.

Un altro fattore che potrebbe determinare una minore attività fisica in bambine, bambini e adolescenti è l'uso sempre più diffuso della tecnologia digitale. Tuttavia, anche su questo punto i dati non sono ancora chiari. Come indicato in precedenza, i livelli di attività fisica nei bambini potrebbero non subire variazioni. Ad esempio, il tempo trascorso in attività sedentarie potrebbe essere passato dall'uso dei media tradizionali, come la televisione e i libri stampati, ai dispositivi digitali.⁸⁹ Inoltre, il tempo-schermo potrebbe non condizionare i livelli di attività fisica. Si tratta di un quesito a cui possiamo rispondere in modo accurato solo attraverso dati di alta qualità che utilizzano l'osservazione diretta. Uno studio di questo tipo condotto in Svezia non ha riscontrato alcun nesso tra il tempo-schermo e il tempo dedicato all'attività fisica.⁹⁰

Non è quindi chiaro se l'aumento del sovrappeso e dell'obesità infantili siano dovuti a una diminuzione dell'attività fisica da parte di bambine, bambini e adolescenti. Tuttavia, fare un adeguato esercizio fisico può essere un fattore protettivo contro l'obesità e comporta numerosi benefici per la salute fisica e mentale.⁹¹ I dati internazionali comparabili più recenti (del 2016) suggeriscono che circa quattro bambini su cinque, nei paesi analizzati, non raggiungono i livelli minimi di attività fisica. A svolgere un regolare esercizio fisico sono maggiormente i ragazzi (il 24%) rispetto alle ragazze (14%), il che è particolarmente rilevante data la maggiore prevalenza di sovrappeso e obesità nei ragazzi.⁹²

Cambiamenti nell'alimentazione di bambine, bambini e adolescenti: gli ambienti alimentari

In effetti, l'aumento dei tassi di sovrappeso e obesità deve essere considerato nel contesto molto più ampio degli ambienti alimentari in cui i bambini crescono, in linea con il quadro di riferimento per il benessere di bambine, bambini e adolescenti presentato nella [Figura 1](#).

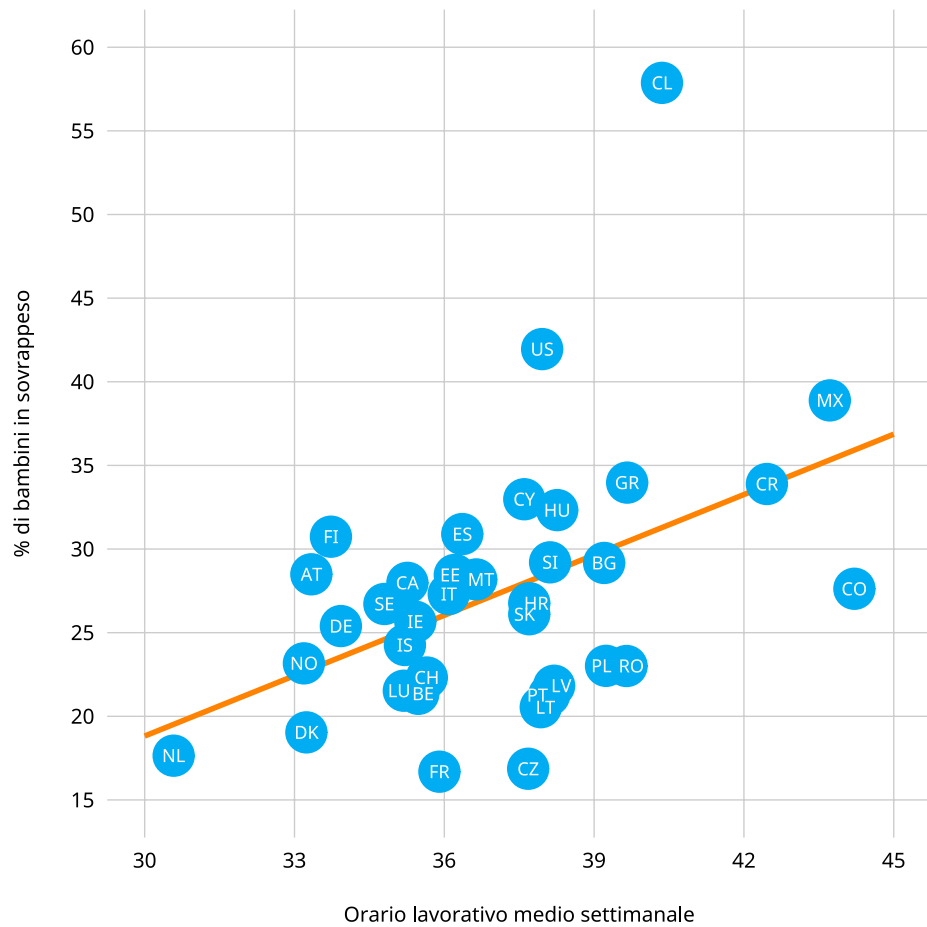
La nostra alimentazione sta cambiando e ciò influisce sulla salute dei bambini. Si registra nello specifico una tendenza globale a un maggior consumo di alimenti ad alto contenuto di zuccheri, sale e grassi nocivi e a basso contenuto di vitamine e minerali essenziali. Questi alimenti tendono ad avere una maggiore densità energetica (ad alto contenuto calorico), sono iper-palatabili, convenienti economicamente e commercializzati attraverso

tecniche di marketing aggressivo, con un packaging che cattura l'attenzione. Tutti questi fattori incoraggiano un consumo sregolato di molti prodotti alimentari, che causa un apporto calorico eccessivo. L'insieme di tali fattori è definito come ambiente alimentare malsano.

I complessi meccanismi che portano al consumo di alimenti poco salutari sono presenti in varie parti del modello ecologico presentato nella [Figura 1](#).

Ad esempio, nel mondo attorno al bambino, i cibi preconfezionati, spesso con scarso valore nutrizionale, rappresentano una soluzione pratica per le famiglie che hanno poco tempo a disposizione. Si ritiene esista un legame tra la durata dell'orario lavorativo dei genitori e il sovrappeso di bambine, bambini e adolescenti.⁹³ Una nuova analisi condotta ai fini del presente rapporto conferma questa ipotesi.⁹⁴ La [Figura 15](#) mostra che nel 2022 nei paesi con una maggiore durata dell'orario lavorativo genitoriale, il tasso di bambini in sovrappeso è più elevato. Un'analisi nel tempo ha rilevato che un aumento di circa un'ora dell'orario lavorativo medio settimanale è associato a incrementi statisticamente significativi del sovrappeso (+ 0,2%) e dell'obesità infantili (+ 0,3%).

Figura 15. Orario lavorativo medio settimanale per lavoratore e tassi di sovrappeso (bambini e adolescenti da 5 a 19 anni), 2022



Fonte: OMS, NCD-RISC, OIL. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

Un altro meccanismo che influisce su sovrappeso e obesità è il marketing dei prodotti alimentari. Ai fini del marketing, le tecnologie digitali rappresentano un mezzo diretto per arrivare ai bambini. Una revisione degli studi condotti in questo campo ha rilevato che gli utenti dei social media tendono maggiormente a saltare la colazione,⁹⁵ mangiare meno frutta e verdura e a consumare spuntini e bevande zuccherate. È stato osservato che uno dei principali motivi alla base di questa tendenza è la presenza sui social media di immagini e pubblicità di cibi poco salutari.

Altri meccanismi risultano evidenti nel più ampio contesto nazionale. Una nuova analisi condotta per questo rapporto ha esplorato le associazioni tra tre tipi di cambiamenti economici e sociali a livello nazionale e le tendenze relative a sovrappeso e obesità.

- La portata della “globalizzazione culturale”. Si utilizza una misura sviluppata dall'Istituto economico svizzero,⁹⁶ che riflette il volume degli scambi di beni culturali e la diffusione globale di marchi leader.
- Disuguaglianza nella distribuzione del reddito, misurata in base al coefficiente di Gini.
- Reddito nazionale lordo pro capite.⁹⁷

L'analisi dei dati relativi a un periodo di oltre vent'anni indica che tutti e tre i fattori sono associati ai tassi di obesità e sovrappeso infantile, che risultano essere più elevati quando è presente:

- un livello maggiore di globalizzazione culturale in un paese (Figura 16)
- un livello maggiore di disparità di reddito
- la crescita del reddito nazionale⁹⁸

Il collegamento tra disuguaglianza di reddito e tasso di obesità è fondamentale, dato il legame tra offerta alimentare locale e l'obesità.⁹⁹

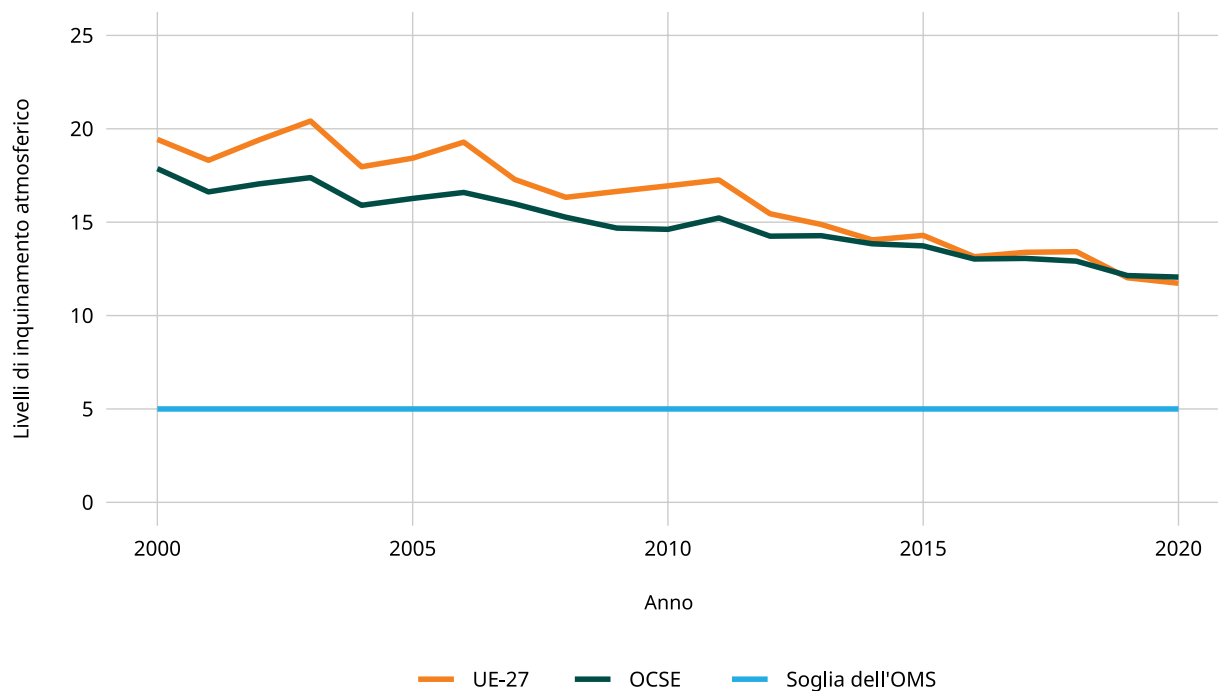
I bambini che vivono in aree svantaggiate dal punto di vista socioeconomico hanno maggiori probabilità di crescere in contesti caratterizzati da un'offerta alimentare scadente.¹⁰⁰

Nuove minacce per la salute di bambine, bambini e adolescenti

Nonostante i notevoli progressi compiuti nel campo della salute pubblica a favore delle nuove generazioni, altre questioni restano ancora irrisolte e nuove minacce si presentano continuamente.

Negli ultimi due decenni, il livello di inquinamento atmosferico nei paesi OCSE/UE è stato ridotto. La [Figura 16](#) mostra il calo di particolato fine (o PM_{2,5}) per metro cubo d'aria (o $\mu\text{g}/\text{m}^3$), ma i valori di questo indicatore restano ancora ben al di sopra della soglia media annua raccomandata dall'OMS, che è di $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$.¹⁰¹

Figura 16. Inquinamento atmosferico, esposizione media della popolazione al PM2,5, dal 2000 al 2022



Fonte: OECD Data Explorer. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli

Nel frattempo, emergono nuovi rischi per la salute di bambine, bambini e adolescenti. I ricercatori stanno lanciando l'allarme sui pericoli per la salute derivanti dalle sostanze chimiche sintetiche e dalle materie plastiche. Otto anni fa, il *Lancet* aveva già notato che "l'ubiquità della contaminazione da microplastica non può più essere negata".¹⁰² Le nano e le microplastiche sono particelle microscopiche, risultato della degradazione della plastica, che possono penetrare negli alimenti di cui i bambini si nutrono, nell'acqua che bevono e nell'aria che respirano. Sono presenti anche nei giocattoli con cui giocano, nei vestiti che indossano e nelle case in cui vivono.

Essendo in una fase di crescita e a causa dell'abitudine frequente di portare le mani in bocca, i bambini, specie più piccoli, sono particolarmente vulnerabili a queste sostanze chimiche.¹⁰³ Le microplastiche possono accumularsi nel tratto gastrointestinale e nel sistema respiratorio. Le nanoplastiche sono talmente minuscole da riuscire ad attraversare la barriera emato-encefalica, che protegge il cervello dalle sostanze dannose. Queste particelle possono trasportare sostanze chimiche nocive, note anche come interferenti endocrini, che interferiscono con gli ormoni, lo sviluppo

e il sistema immunitario. Alcune di queste sostanze chimiche possono anche aumentare la probabilità di soffrire di obesità.¹⁰⁴

L'esposizione precoce alle sostanze inquinanti è particolarmente dannosa e può essere una condizione diffusa. Uno studio ha individuato nelle feci di bambini una quantità di microplastiche dalle 10 alle 20 volte superiore rispetto agli adulti.¹⁰⁵ Alcuni biberon in plastica espongono i neonati a livelli di microplastica consistenti durante la preparazione del latte in formula.¹⁰⁶ Inoltre, i bambini che vivono nei “deserti alimentari” sono esposti a rischi maggiori, dovuti all'elevato consumo di alimenti trasformati confezionati in involucri di plastica anziché di cibi freschi.

Gli adolescenti sono particolarmente vulnerabili alle tendenze della fast fashion pubblicizzate dai social media, che promuovono il consumo eccessivo di capi di abbigliamento sintetici e a basso costo che rilasciano microplastiche durante il lavaggio.¹⁰⁷ Un'altra fonte di pericolo nascosto sono i prodotti cosmetici. Alcuni di questi contengono sostanze chimiche che causano uno squilibrio nella regolazione ormonale e hanno effetti negativi sulla salute riproduttiva. Si tratta di sostanze che alterano il sistema endocrino, e sono state individuate anche nel latte materno.¹⁰⁸

Sintesi e implicazioni

I tassi di mortalità infantile – un indicatore chiave della salute fisica analizzato in questo rapporto – continuano a diminuire nei paesi OCSE/UE. In quasi tutti i paesi, meno di un bambino su 1.000 muore nel periodo compreso tra il quinto e il compimento del quindicesimo anno di età. Ma, nonostante i tassi di mortalità infantile siano generalmente bassi, esistono margini di miglioramento. I fattori esterni sono la causa di morte più comune tra le bambine, i bambini e gli adolescenti in questa fascia di età e comprendono gli incidenti stradali, sebbene l'introduzione di misure per ridurre i limiti di velocità nelle aree urbane possa diminuire il numero di vittime della strada.¹⁰⁹

In riferimento ai tassi di sovrappeso e obesità, negli ultimi decenni è stato registrato un progressivo aumento. I fattori che contribuiscono a questa tendenza sono molteplici, complessi e differenziati. Le soluzioni a tale problema non si limitano al solo cambiamento comportamentale individuale: secondo una recente analisi, gli interventi diretti volti a

contrastare l'obesità tra i bambini di età pari o superiore ai 6 anni hanno dimostrato scarso successo. Nel complesso, gli interventi a livello scolastico si sono rivelati abbastanza positivi (con un moderato grado di certezza) nel ridurre l'indice di massa corporea, mentre mancano dati concreti sugli interventi a livello extra-scolastico, comunitario e familiare, benché gli autori riconoscano diverse limitazioni ai dati.¹¹⁰

Infatti, le cause primarie dell'obesità infantile e le possibili soluzioni sono da ricercare a livello strutturale. Occorre quindi concentrare l'attenzione sull'attuazione di misure che promuovano un cambiamento dei regimi alimentari e degli stili di vita dell'intera popolazione. In generale, per raggiungere questo obiettivo, è necessario agire in tre aree di intervento:

1. Garantire che bambine, bambini e adolescenti abbiano accesso a cibi nutrienti a prezzi accessibili.

Ciò comprende azioni volte a sostenere l'allattamento al seno (considerato efficace nel ridurre la probabilità di sovrappeso e obesità),¹¹¹ promuovere corrette abitudini alimentari nella prima infanzia e garantire ambienti alimentari sani nelle scuole. In quest'ultimo caso, sarebbe opportuno fornire pasti scolastici gratuiti di buona qualità, che garantiscano almeno un pasto sano al giorno e possano contribuire a ridurre sia l'obesità che l'insicurezza alimentare.¹¹² È inoltre necessario affrontare la povertà infantile a livello familiare, in quanto un reddito familiare insufficiente può determinare, talvolta, un mancato accesso ad alimenti nutrienti.

2. Rafforzare i quadri normativi nazionali per migliorare gli ambienti alimentari.

Si tratta di una componente essenziale degli sforzi volti a prevenire e ridurre l'obesità infantile. In questo campo rientrano le politiche per migliorare gli ambienti alimentari nei primi anni di vita (Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno e successive risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità) e quelle riguardanti gli ambienti alimentari in generale: etichettatura, commercializzazione, tasse/incentivi sui prodotti alimentari, riformulazione dei prodotti e ambienti alimentari scolastici. Come già rilevato in questa sezione, i media digitali permettono di raggiungere bambine, bambini e adolescenti con attività di marketing diretto ed è fondamentale intervenire per regolamentare tale aspetto. È stato dimostrato che l'introduzione di imposte sulle bevande zuccherate ne riduce significativamente il consumo.¹¹³

3. Attuare politiche pubbliche che promuovano un'alimentazione sana e un'attività fisica regolare, come ad esempio politiche dei trasporti che incoraggino l'attività fisica; la disponibilità di strutture per il tempo libero e di spazi verdi soprattutto nelle aree urbane; politiche familiari che consentano ai genitori/alle persone con in cura minorenni di trovare un equilibrio tra lavoro e vita familiare, compreso il tempo per acquistare e preparare pasti sani e svolgere attività fisica con i bambini.

Armonizzare le misure appena descritte è indispensabile per favorire ambienti alimentari più sani per bambine, bambini e adolescenti.¹¹⁴

Infine, un'ulteriore minaccia per la salute di bambine, bambini e adolescenti è rappresentata dalle sostanze inquinanti presenti nell'ambiente, in cui rientrano sostanze chimiche e materie plastiche. Alle autorità responsabili della sanità pubblica, coadiuvate dai ricercatori, spetta il compito di monitorare la potenziale entità di tali minacce e garantire l'attuazione di politiche e misure legislative per ridurle.¹¹⁵

Tendenze

nelle competenze

Le competenze che i bambini acquisiscono crescendo sono fondamentali sia durante l'infanzia che negli anni successivi. In questa sezione approfondiremo come i recenti eventi globali, in particolare la pandemia di COVID-19, hanno inciso su questo aspetto del benessere di bambine, bambini e adolescenti.

Il quadro di riferimento per il benessere di bambine, bambini e adolescenti presentato nella Report Card 16 ([Figura 1](#)) comprende due indicatori: competenze sociali e competenze scolastiche. Di seguito approfondiremo questi indicatori prendendo in considerazione le tendenze degli ultimi anni e introducendone ulteriori due riguardanti le competenze emotive e digitali, capaci di offrire una visione più completa di questa dimensione del benessere di bambine, bambini e adolescenti.

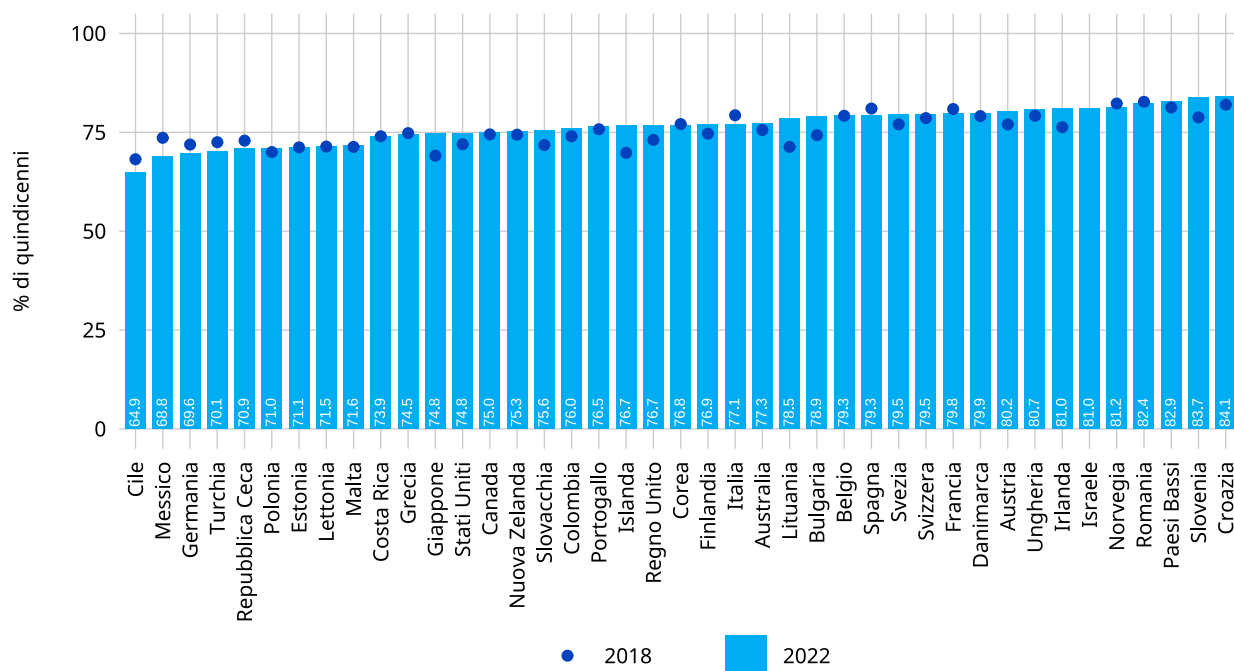
Competenze sociali

Le competenze sociali sono essenziali per costruire relazioni significative. L'indicatore selezionato nella Report Card 16 per rappresentare le competenze sociali si riferisce alla percezione che i bambini hanno della propria capacità di stringere amicizia facilmente.

Tendenze nelle competenze sociali

Nel 2022, la percentuale di bambine, bambini e adolescenti che affermavano di stringere facilmente amicizia a scuola variava dal 65% in Cile a circa l'84% in Croazia e Slovenia ([Figura 17](#)). Questo indicatore è cambiato relativamente poco tra il 2018 e il 2022, aumentando di oltre il 5% in 7 paesi su 36, pur diminuendo sostanzialmente solo in uno. Si tratta di un segnale positivo, tenuto conto delle preoccupazioni in merito ai potenziali effetti della chiusura delle scuole durante la pandemia di COVID-19.

Figura 17. Percentuale di quindicenni che stringe amicizia facilmente a scuola, dal 2018 al 2022



Fonte: PISA 2022. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

Disparità nelle competenze sociali

I ragazzi (in media l'80%) tendevano ad essere più sicuri delle ragazze (in media il 73%) circa la loro capacità di stringere amicizia facilmente.

Non vi era alcuna differenza evidente e netta nelle competenze sociali in base alla situazione socioeconomica familiare.

Competenze emotive

Per costruire relazioni significative è indispensabile comprendere gli altri sul piano emotivo e cognitivo. Comprendere il punto di vista altrui e provare empatia sono elementi basilari nelle interazioni sociali. Le competenze emotive sono necessarie per collaborare attivamente, risolvere problemi sociali, costruire relazioni personali positive e convivere pacificamente gli uni con gli altri. Lo studio PISA del 2022 mette a disposizione nuovi dati su questi aspetti.

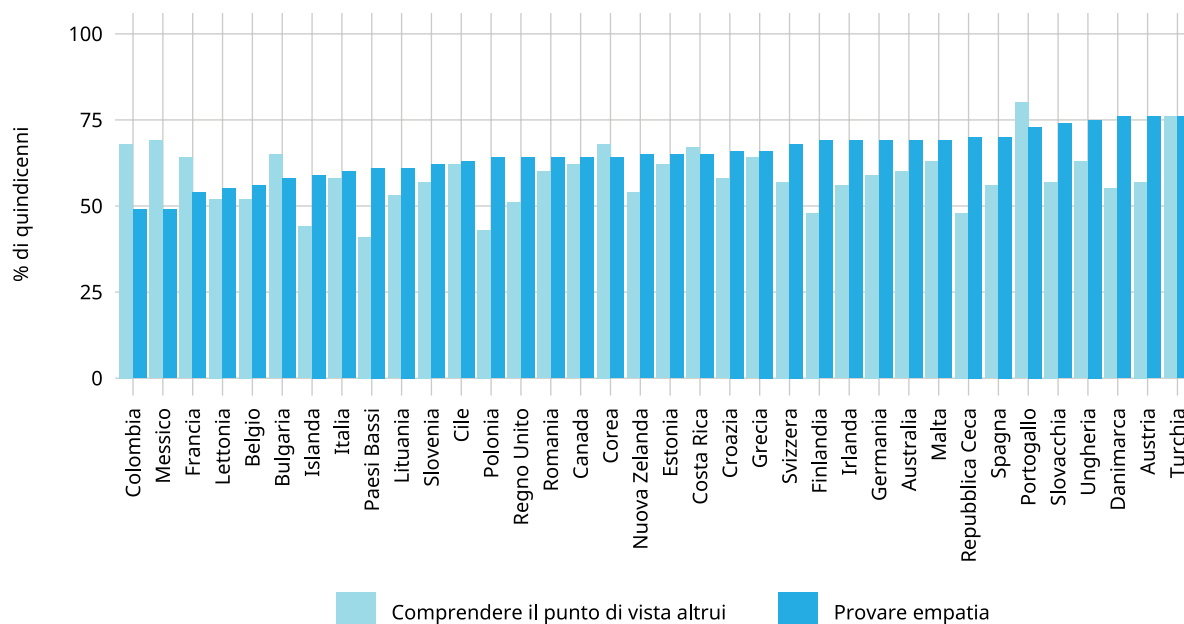
La [Figura 18](#) mostra la percentuale di studenti quindicenni d'accordo sulle seguenti due affermazioni:

- Riesco a considerare le situazioni dal punto di vista dei miei amici.
- Riesco a capire come si sentono gli altri.

Nei diversi paesi, tra uno e tre bambini e adolescenti su cinque sentono di non possedere alcuna di queste competenze.

- Le percentuali relative al comprendere il punto di vista altrui sono state più alte (oltre il 75%) in Portogallo e Turchia e più basse (sotto il 50%) in Repubblica Ceca, Finlandia, Islanda, Paesi Bassi e Polonia.
- In merito al provare empatia, oltre i tre quarti dei bambini e degli adolescenti in Austria, Danimarca, Ungheria e Turchia concordano sul fatto di riuscire a capire come si sentono gli altri. Ma meno della metà dei bambini e degli adolescenti in Colombia e Messico sentono di poter provare empatia.

Figura 18. Percentuale di quindicenni con capacità di comprendere il punto di vista altrui e provare empatia



Fonte: PISA 2022. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

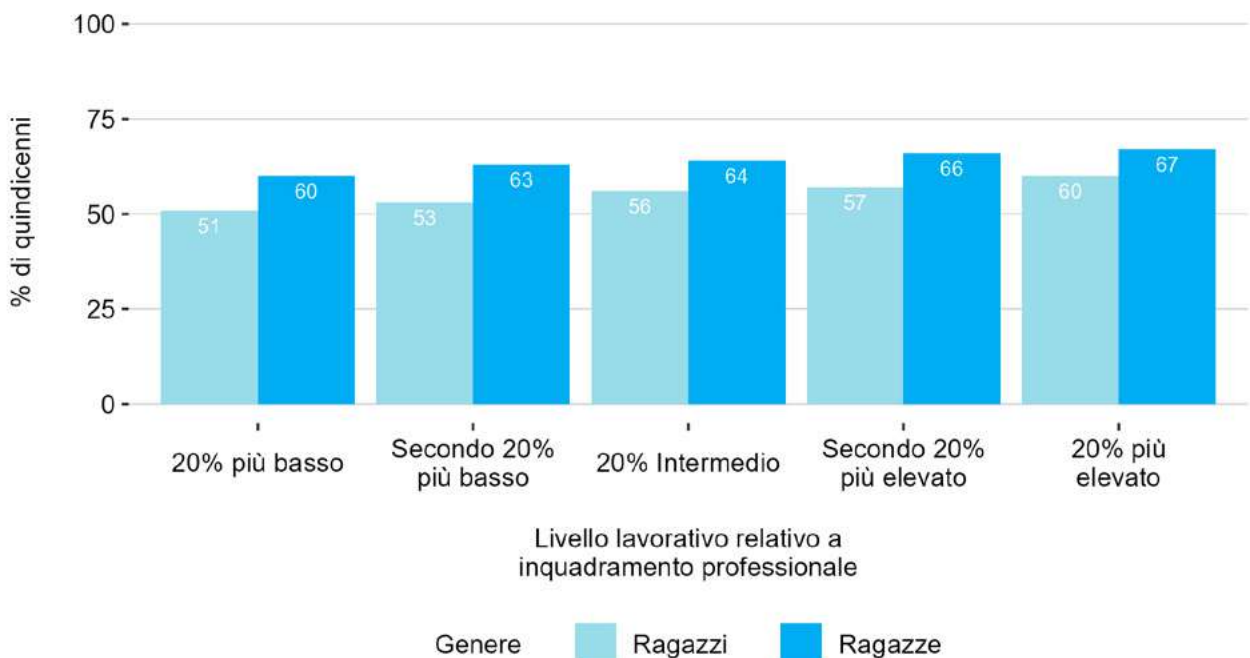
Disparità nelle competenze emotive

Le domande attinenti alle capacità emotive possono risultare non semplici da tradurre in modo appropriato nelle diverse lingue e avere quindi significati lievemente diversi. Questo spiegherebbe alcune delle differenze emerse tra i vari paesi.

D'altra parte, i confronti tra i diversi gruppi all'interno dei paesi possono essere più accurati.¹¹⁶ Sono emerse alcune tendenze indicative sulla base del genere e della situazione socioeconomica familiare (misurata tenendo

conto dell'attività lavorativa dei genitori). Le ragazze e i bambini provenienti da realtà socioeconomiche di rilievo tendono ad essere più sicuri in ciascuna delle competenze emotive prese in esame (Figura 19). Due terzi delle ragazze i cui genitori appartengono a categorie lavorative più prestigiose hanno affermato di riuscire a comprendere il punto di vista altrui, mentre solo circa la metà dei ragazzi i cui genitori rientrano in categorie lavorative più umili hanno dichiarato di possedere questa competenza. Il fatto che alcuni bambini non siano in grado di comprendere il punto di vista altrui può avere conseguenze rilevanti sull'intera società.

Figura 19. Percentuale di quindicenni con capacità di comprendere il punto di vista altrui, sulla base del genere e dell'attività lavorativa dei genitori



Fonte: PISA 2022. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

L'analisi sopra riportata mette in evidenza aspetti delle competenze emotive che meriterebbero un'analisi più approfondita, preferibilmente con misurazioni più articolate.

Competenze digitali

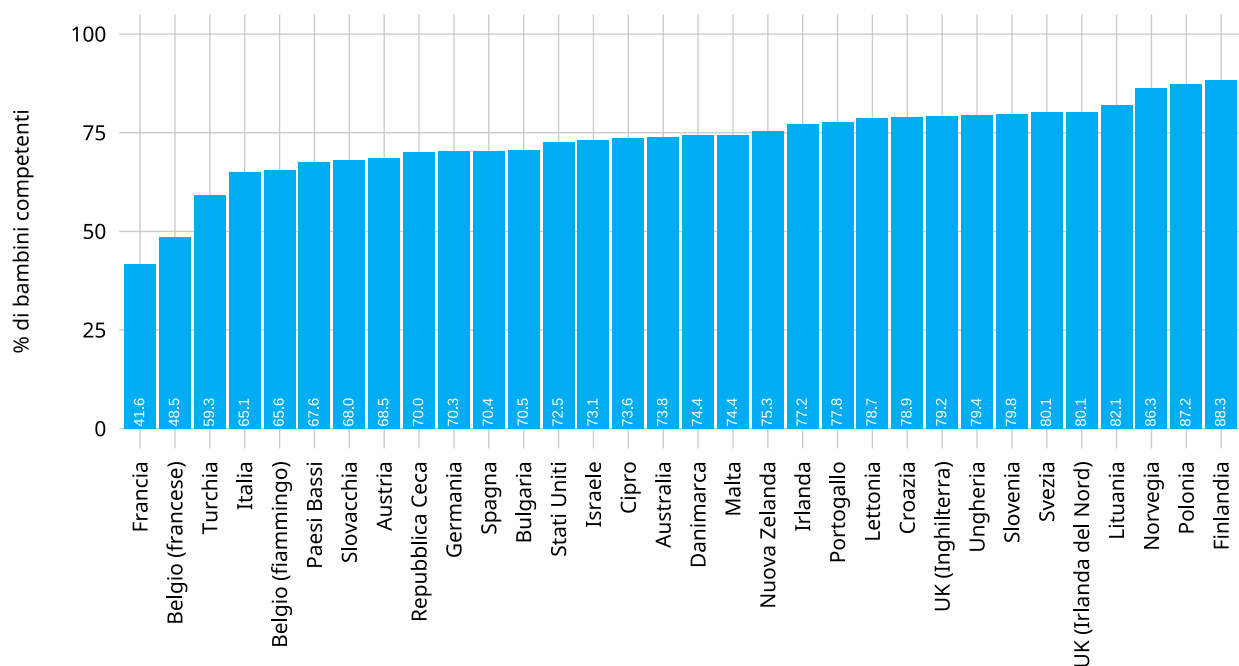
L'acquisizione di competenze digitali diventa sempre più importante per il benessere presente e futuro di bambine, bambini e adolescenti.

La [Figura 21](#) mostra che, in 26 paesi/giurisdizioni su 32 con dati disponibili,

più di uno studente su cinque di 10 anni d'età non è in grado di distinguere se un sito web sia affidabile o meno. La mancanza di questa competenza può esporre bambine e bambini a disinformazione, furto di identità e altri gravi rischi. Pertanto, anche nei paesi ricchi, dove l'accesso alla tecnologia è quasi universale, c'è ancora molta strada da fare per garantire che bambine, bambini e adolescenti abbiano le competenze di base necessarie per navigare nel mondo digitale in tutta sicurezza.

Sarebbe auspicabile svolgere ulteriori approfondimenti per chiarire i motivi che determinano le forti differenze nelle risposte dei bambini e degli adolescenti nei vari paesi (ad esempio, la presenza in alcune nazioni di programmi educativi specifici sulle competenze digitali).

Figura 20. Bambini di 10 anni di età in grado di riconoscere se un sito web è affidabile



Fonte: PIRLS 2021. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

Competenze scolastiche

Il secondo indicatore delle competenze scolastiche calcola la percentuale di quindicenni che frequentano ancora la scuola e hanno acquisito conoscenze di base sia in lettura che in matematica. Queste competenze

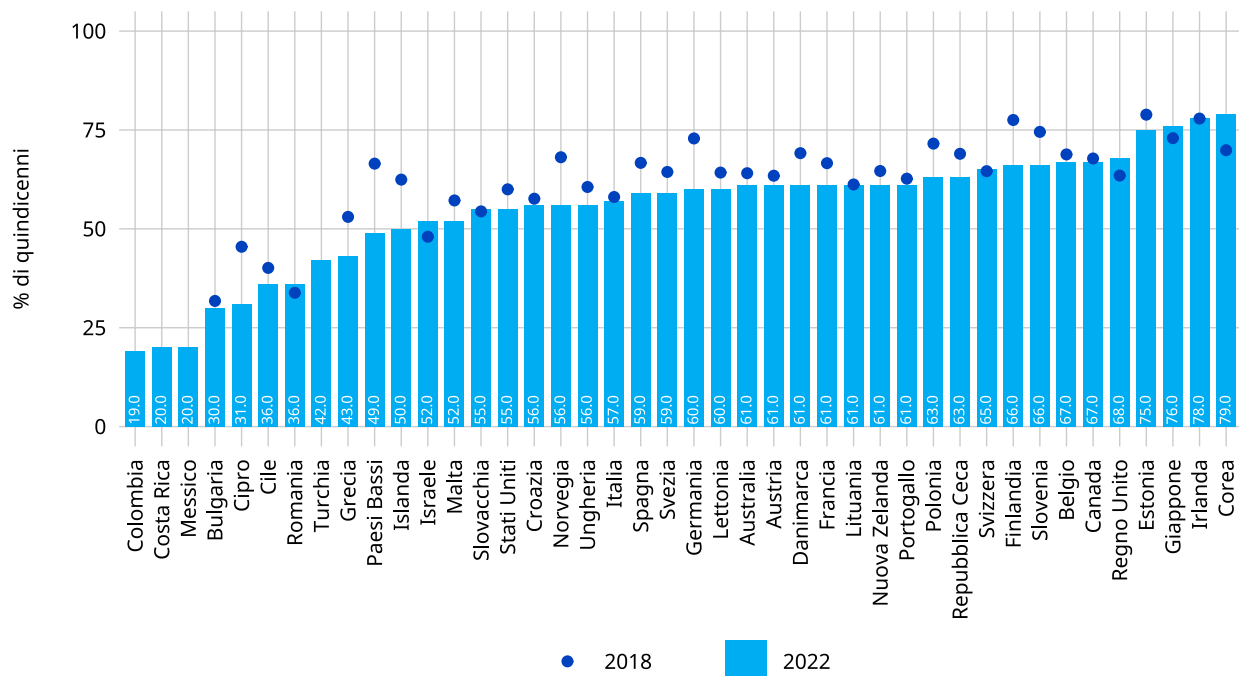
sono estremamente utili nella vita quotidiana (ad esempio, essere in grado di comprendere senza difficoltà il foglietto illustrativo di un farmaco) e permettono a bambine, bambini e adolescenti di sviluppare capacità di agire e autonomia.

Tendenze nelle competenze scolastiche

La Figura 21 mostra la percentuale di bambini che possiede queste competenze, che varia dal 19% in Colombia al 79% in Corea e che si aggira in media intorno al 55%. Anche nel paese in testa alla classifica, più di un bambino su cinque in procinto di completare la scuola dell'obbligo non ha raggiunto lo standard di competenza di base. Ciò significa che nel 2022, in questo gruppo di paesi, oltre 8,4 milioni di quindicenni (su un totale di 17,2 milioni) non avevano acquisito le competenze matematiche e/o di lettura di base.¹¹⁷

La percentuale di adolescenti con queste competenze di base si è ridotta notevolmente (di oltre il 5%) tra il 2018 e il 2022 in 21 paesi su 38, aumentando in maniera rilevante solo in 4 paesi.

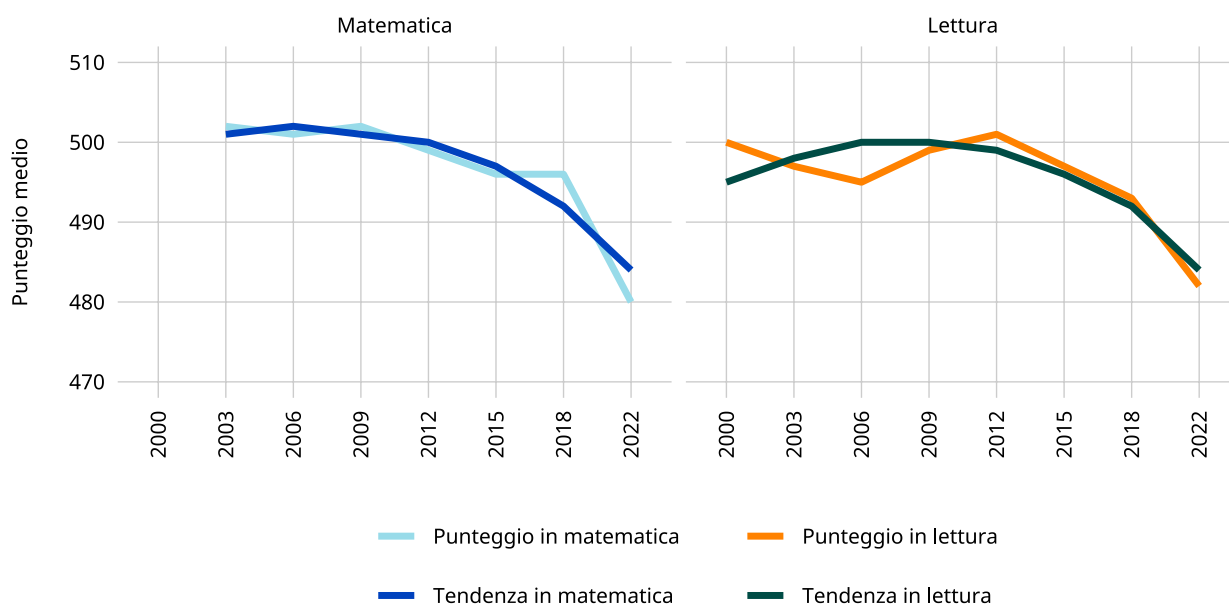
Figura 21. Variazione del livello di competenze scolastiche nei quindicenni, dal 2018 al 2022



Fonte: PISA 2022. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

La portata dei cambiamenti sopra riportati è significativa. L'indagine PISA del 2022 ha evidenziato il calo più drastico nei risultati dei test nel gruppo di paesi OCSE-23 (un sottogruppo di paesi appartenenti all'OCSE che hanno partecipato con continuità all'indagine PISA dal 2000): una diminuzione di 15 punti in matematica e 10 punti in lettura (Figura 22).

Figura 22. Tendenze nei risultati dei test PISA di lettura e matematica di quindicenni, 2000-2022



Fonte: OCSE, PISA 2022 Database. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

Disparità nelle competenze scolastiche

Nell'indagine PISA, a 15 anni le ragazze hanno ottenuto un punteggio più alto nella lettura rispetto ai ragazzi in ogni paese, viceversa i ragazzi hanno ottenuto un punteggio più alto in matematica nella maggior parte dei paesi. Il divario di genere nella lettura, in cui prevalgono le ragazze, è in media tre volte superiore al divario di genere in matematica a favore dei ragazzi.

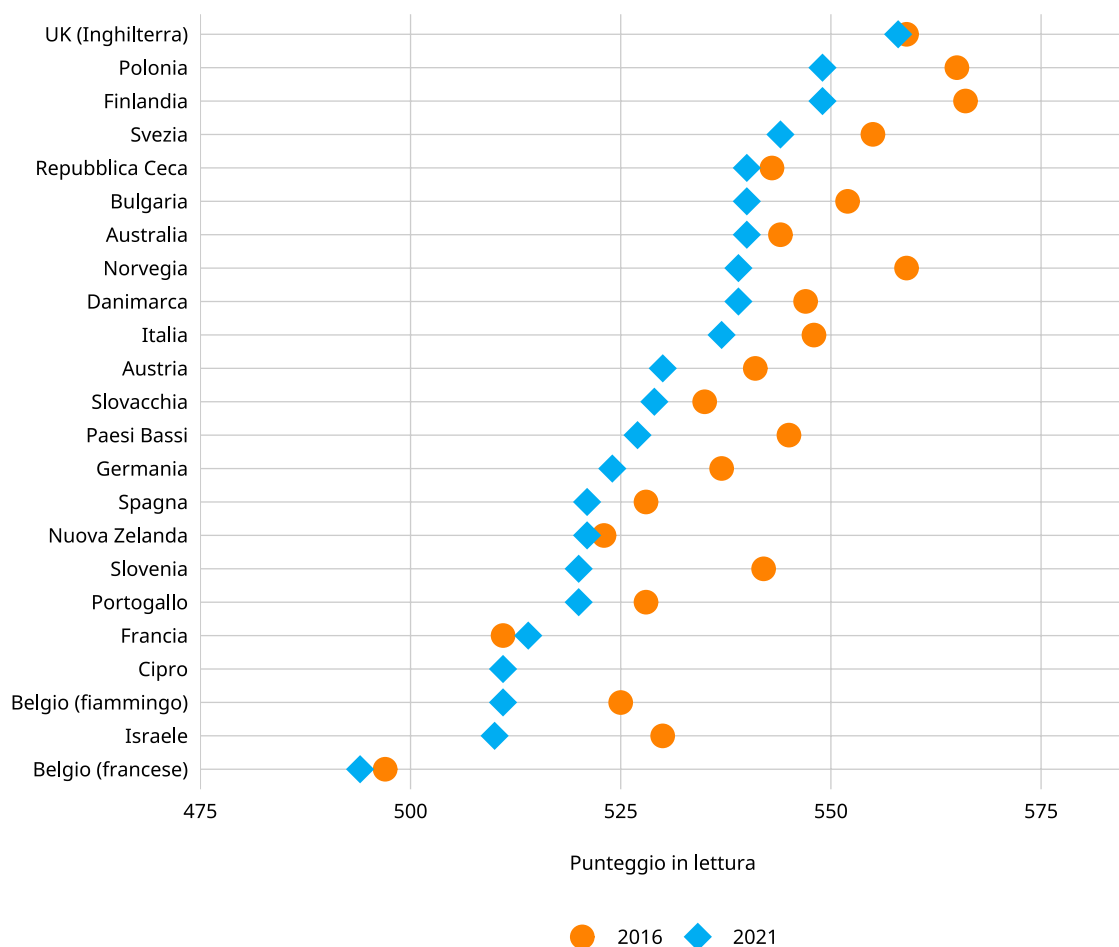
Come discusso nelle sezioni successive, emergono differenze sostanziali nelle competenze scolastiche dei quindicenni in base alla situazione socioeconomica familiare.

Tendenze nelle competenze scolastiche prima e dopo la pandemia di COVID-19

Un anno prima dell'indagine PISA, nel 2021 è stata avviata la nuova fase dell'indagine PIRLS (Progress in International Reading Literacy Study), che ha come principale obiettivo la valutazione dell'abilità di lettura degli studenti in età più precoce rispetto al PISA, in genere intorno ai 10 anni.¹¹⁸

Lo studio del 2021 è stato realizzato mentre erano ancora in vigore le restrizioni anti COVID-19 in molti paesi. La [Figura 23](#) mostra i punteggi relativi alla lettura nel 2021 e nello studio precedente del 2016 per i paesi o le regioni con dati disponibili per entrambi gli intervalli di tempo. Si evince che tali punteggi sono diminuiti in 21 paesi/regioni su 22, con un calo medio di 10 punti. L'analisi complessiva delle tendenze nell'indagine PIRLS ha concluso che tale calo è stato statisticamente significativo ed equivale in media alla perdita di quattro mesi di scuola.¹¹⁹

Figura 23. Competenze di base all'età di 10 anni circa, per gli anni 2016 e 2021



Fonte: PIRLS 2016 e 2021. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.



Più recentemente, sono stati pubblicati alcuni dati sull'ultima indagine internazionale condotta nel 2023: lo studio TIMSS (Trends in International Mathematics and Science Study), che valuta le competenze in matematica e scienze degli studenti di quarta Primaria e terza Secondaria di primo grado in 71 sistemi educativi. Al momento della stesura del presente rapporto (febbraio 2025), la recente pubblicazione dei risultati dell'indagine consente un'analisi limitatamente dettagliata. Tuttavia, alcuni risultati iniziali sono disponibili per tutti i 71 paesi, compresi molti dei paesi oggetto della Report Card.¹²⁰ L'analisi indica un calo medio globale dei risultati di apprendimento in linea con il modello osservato negli studi PIRLS e PISA.

L'impatto della pandemia di COVID-19 sulle competenze scolastiche

Per chiarire la notevole riduzione delle competenze scolastiche sono state avanzate due ipotesi: l'impatto della pandemia di COVID-19 e l'incremento dell'utilizzo della tecnologia digitale da parte di bambine, bambini e adolescenti. Quando è esplosa la pandemia, si temeva che la chiusura delle scuole potesse aggravare ulteriormente le disuguaglianze socioeconomiche, influenzando nello specifico le competenze scolastiche dei bambini e degli adolescenti che non avevano accesso a Internet e ai dispositivi digitali.

La pandemia di COVID-19 ha avuto conseguenze sulle competenze scolastiche?

All'inizio della pandemia di COVID-19, si temeva già che la possibile chiusura delle scuole e il passaggio alla didattica a distanza avrebbero rallentato i progressi scolastici di bambine, bambini e adolescenti. In effetti, secondo alcune recenti analisi, questi fattori spiegano una parte consistente del recente calo nelle competenze scolastiche.

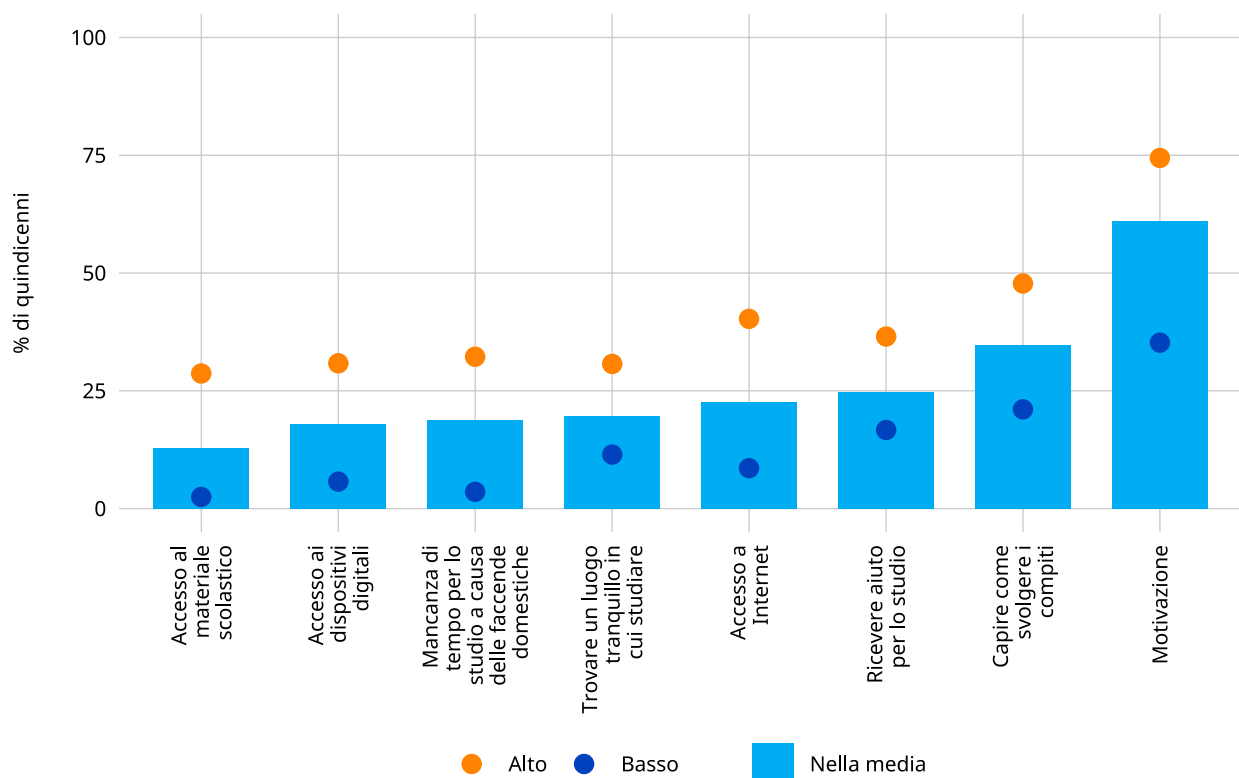
- Lo studio PIRLS del 2021, che ha coinvolto studenti di età compresa tra i nove e i dieci anni, indica che in tutti i paesi che hanno partecipato all'indagine è stata registrata una notevole perdita di apprendimento e che una delle ragioni principali è stata la chiusura delle scuole.¹²¹
- Lo studio PISA 2022 ha mostrato un andamento simile tra i quindicenni.¹²² I risultati in matematica sono diminuiti in media di 12 punti in tutti i paesi in cui si è svolta l'indagine PISA, il che equivale a una perdita di apprendimento di 7 mesi. Nei paesi in cui la chiusura delle

scuole è stata prolungata, la perdita di apprendimento equivale a 9-12 mesi. L'analisi ha riscontrato modelli simili nella perdita di apprendimento sia per la lettura che per la matematica.

- Anche lo studio TIMSS, che valuta le competenze in matematica e scienze degli studenti all'età di 10 e 15 anni, mostra un calo sostanziale nei risultati dopo la pandemia rispetto al periodo pre-Covid, derivanti dalla durata della chiusura delle scuole.¹²³

Alla luce di questi risultati, è interessante osservare come i quindicenni che hanno vissuto l'interruzione della didattica in presenza ricordino chiaramente l'esperienza dell'apprendimento a distanza. Dal punto di vista degli adolescenti, i principali ostacoli erano di natura sociale e psicologica: mancanza di motivazione, difficoltà nella comprensione dei compiti e impossibilità di ricevere aiuto per lo studio (Figura 24). Sebbene l'apprendimento da remoto abbia richiesto un adeguamento logistico, diverse questioni di natura tecnica – come l'accesso al materiale scolastico (12%), ai dispositivi digitali (18%) o a Internet (22%) – sono state considerate problemi secondari.

Figura 24. Problemi legati all'apprendimento a distanza durante la pandemia di COVID-19 riscontrati da bambine, bambini e adolescenti



Note: "Alto" si riferisce al paese con il valore più alto. "Basso" si riferisce al paese con il valore più basso. "Nella media" indica il valore medio per tutti i paesi oggetto di questa Report Card.

Fonte: PISA, 2022. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

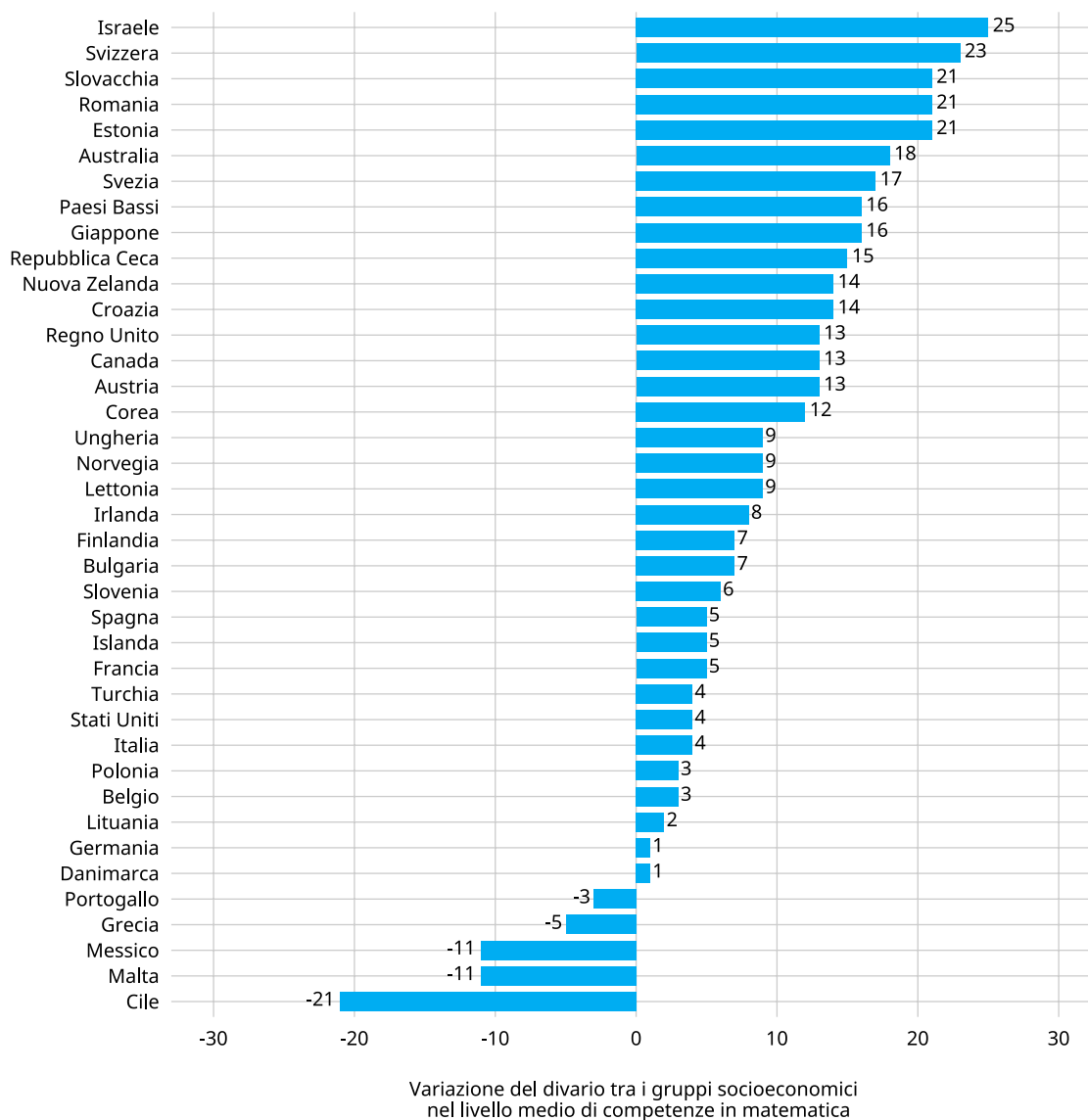
La pandemia di COVID-19 ha acuito le disparità nei risultati scolastici?

Durante il periodo di chiusura delle scuole si temeva che l'apprendimento a distanza avrebbe avuto conseguenze particolarmente negative per le bambine, i bambini e gli adolescenti svantaggiati che tendevano a non disporre degli spazi e della connettività necessari per partecipare attivamente alle lezioni a distanza, e che non potevano fare affidamento sul sostegno da parte dei genitori nelle attività scolastiche.

In generale, i risultati accademici sono strettamente collegati alla situazione socioeconomica familiare. Lo studio PISA 2018 ha rilevato che nei paesi OCSE, il risultato medio nei test di lettura è stato di circa 400 punti tra il 10% dei bambini con una condizione socioeconomica sfavorevole,¹²⁴ rispetto a un punteggio medio di circa 550 tra il 10% dei bambini provenienti da contesti socioeconomici più elevati. Questa differenza è enorme se si considera che uno studente medio migliora il proprio risultato nel test di circa 20 punti in un anno scolastico.

In media, tra il 2018 e il 2022, è stato registrato un lieve aumento delle disparità socioeconomiche legate ai risultati nelle competenze in matematica e lettura dell'indagine PISA. Il divario tra il 20% dei bambini rispettivamente in cima e in fondo alla classifica, sulla base della condizione socioeconomica familiare, è aumentato in media di sette punti nei paesi analizzati. Questa tendenza varia da un paese all'altro ([Figura 25](#)). Il divario è diminuito di oltre 10 punti in tre paesi – Cile, Malta e Messico – mentre è aumentato di oltre 10 punti in 16 paesi.

Figura 25. Come è cambiato il divario nei risultati medi in matematica tra studenti di diverso livello socioeconomico, dal 2018 al 2022



Fonte: PISA, 2018 e 2022. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli

In che modo la tecnologia digitale influisce sui progressi scolastici di bambine, bambini e adolescenti?

Le potenziali conseguenze negative della tecnologia digitale, e in particolare dei social media, sul benessere di bambine, bambini e adolescenti sono al centro di un intenso dibattito pubblico. La frequenza di utilizzo dei social media incide sfavorevolmente sui risultati scolastici tradizionali, come l'acquisizione delle competenze di base in matematica e lettura. D'altra parte, l'uso dei social media è stato associato a un migliore rendimento scolastico in alcune discipline.¹²⁵

Importante notare che la maggior parte dei dati disponibili misura entrambi i fattori nello stesso momento senza identificare quale tra i due determini l'altro. Purtroppo, gli studi sulla progressione di questi due fattori in diversi intervalli di tempo sono scarsi. Uno di questi, condotto in Canada, non ha riscontrato alcuna correlazione significativa nel tempo tra l'uso dei social network e le prestazioni scolastiche.¹²⁶ Un altro studio norvegese ha rilevato effetti diversi e contrastanti della copertura Internet a banda larga sui voti scolastici in base al genere, alla situazione socioeconomica e al passato di migrazione.¹²⁷ Ad esempio, con la disponibilità di internet a banda larga, nei gruppi socioeconomici più svantaggiati i voti scolastici dei ragazzi sono migliorati, mentre quelli delle ragazze sono peggiorati. D'altro canto, però, le ragazze con esperienze di migrazione, che dispongono di un maggiore accesso alla banda larga, ottengono voti scolastici superiori.

Un nesso più diretto può essere individuato tra l'uso della tecnologia digitale (compresi i telefoni cellulari e i social media) durante l'orario scolastico e i risultati scolastici. Attualmente, in numerosi paesi, vige il divieto di utilizzare i telefoni cellulari nelle scuole. I dati su questo argomento derivano dall'indagine PISA 2022 sui quindicenni, utilizzando tre variabili disponibili per quasi tutti i paesi in esame:

- bambine, bambini e adolescenti che hanno dichiarato di provare ansia almeno la metà del tempo in cui non avevano il cellulare con sé (26% del campione totale);
- bambine, bambini e adolescenti che hanno affermato di essersi distratti con i cellulari durante la maggior parte delle lezioni (31% del campione totale);

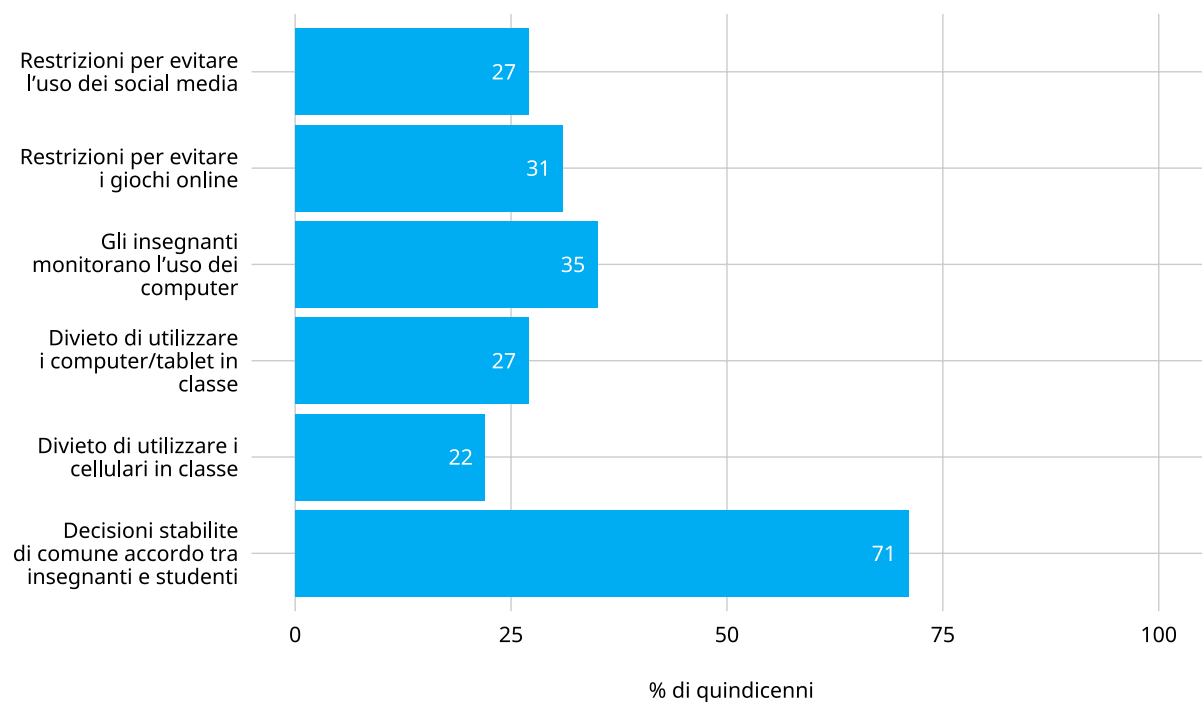
- bambine, bambini e adolescenti che frequentano una scuola in cui è vietato l'utilizzo dei telefoni cellulari – indipendentemente dal livello di applicazione del divieto (32% del campione totale).

Gli studenti che provavano ansia senza il cellulare mostravano competenze scolastiche significativamente inferiori (tra il 3% e il 15%) in 32 paesi. Anche coloro che si distraevano facilmente a causa del cellulare avevano minori competenze. Una nuova analisi condotta ai fini del presente rapporto suggerisce che il divieto dell'utilizzo dei telefoni cellulari, al contrario, può produrre risultati poco soddisfacenti. L'analisi non ha evidenziato un legame indicativo tra il divieto e i risultati dei test PISA in 21 paesi, mentre nei restanti paesi ha avuto un effetto contrario¹²⁸, sebbene ciò possa essere dovuto all'attuazione incompleta o incostante di tali misure.

Tuttavia, non è chiaro se l'uso dei telefoni cellulari in classe abbia un impatto positivo o negativo. Un riesame di 60 studi realizzati tra il 2011 e il 2020 ha concluso che i dati sostenevano "l'introduzione dei telefoni cellulari nelle aule come strumenti utili a fini educativi, a condizione che siano svolte attività preliminari e che vengano sviluppate le competenze digitali e multimediali sia degli studenti che del personale docente".¹²⁹ I risultati emersi da alcuni studi recenti suggeriscono invece il contrario.¹³⁰

Nello studio PISA, è stata chiesta l'opinione dei quindicenni sull'introduzione di sei possibili misure per affrontare il problema dell'uso della tecnologia digitale nelle scuole. La percentuale di quindicenni d'accordo con le misure proposte nei vari paesi è riportata nella [Figura 26](#). L'unica proposta che ha ricevuto un maggiore consenso (71%) è stata quella di far collaborare studenti e insegnanti per stabilire le regole.

Figura 26. Opinioni dei quindicenni sulle misure per controllare l'uso della tecnologia digitale a scuola



Fonte: PISA, 2022. Si veda l'Appendice tecnica per maggiori dettagli.

Sintesi e implicazioni

La chiusura delle scuole stabilita per contenere la diffusione della pandemia di COVID-19, ha avuto un impatto negativo sulle competenze scolastiche di bambine, bambini e adolescenti. È necessario agire per aiutare tutti gli studenti che hanno vissuto gli anni della pandemia a colmare le lacune di apprendimento. Ma questo sforzo non deve comportare un ulteriore stress per bambine, bambini e adolescenti, nuocere alla loro salute mentale, o prevalere sullo sviluppo delle competenze (sociali, emotive, digitali, ecc.) fondamentali sia durante l'infanzia che nell'età adulta.

Una possibile strategia è rappresentata dal quadro di riferimento RAPID,¹³¹ che promuove un percorso per garantire che tutte le bambine, i bambini e gli adolescenti acquisiscano quelle competenze di base (lettura e scrittura, capacità di calcolo e competenze sociali ed emotive) grazie alle quali sviluppare la capacità di apprendimento, la conoscenza e le abilità cognitive di ordine superiore. Il quadro di riferimento RAPID si fonda su cinque principi:

1. Raggiungere ogni bambina, bambino e adolescente ed evitare che abbandoni la scuola.
2. Valutare regolarmente i livelli di apprendimento.
3. Dare priorità all'insegnamento delle nozioni fondamentali.
4. Aumentare l'efficienza dell'istruzione, anche attraverso corsi di recupero.
5. Sostenere la salute e il benessere psicosociali.

Le competenze di base sono fondamentali perché permettono a bambini e adolescenti di sviluppare una serie di altre abilità utili per il futuro, come le competenze digitali, imprenditoriali e professionali.¹³²

Questa Report Card ha individuato lacune nelle competenze digitali, che vanno affrontate sfruttando i vantaggi della tecnologia digitale. Come per altri aspetti discussi in questo documento, ciò richiede azioni ai vari livelli del quadro di riferimento per il benessere di bambine, bambini e adolescenti presentato nella [Figura 1](#).

Gli interventi principali comprendono:

- garantire l'integrazione delle competenze informatiche nelle politiche e nei finanziamenti in materia di istruzione;
- assicurare la disponibilità e la fruibilità delle piattaforme e dei contenuti per l'apprendimento digitale;
- sostenere gli insegnanti nel promuovere l'uso efficace e sicuro delle tecnologie digitali da parte di bambine, bambini e adolescenti.¹³³

La questione dell'uso appropriato della tecnologia digitale nelle scuole, compreso il divieto di utilizzo dei telefoni cellulari, è attualmente molto dibattuta. I quindicenni sono generalmente contrari all'introduzione di divieti, ma sostengono soluzioni stabilite di comune accordo tra personale scolastico e studenti. L'articolo 12 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza conferisce a bambine, bambini e adolescenti il diritto di esprimere liberamente le proprie opinioni in tutte le questioni che li riguardano e raccomanda che a queste opinioni venga data la giusta attenzione, tenendo conto dell'età e della maturità dell'individuo. Da un approccio basato su questo principio possono scaturire strategie condivise e sostenibili per affrontare la questione dell'uso della tecnologia nelle scuole.

Conclusioni

e implicazioni

Analisi dei principali risultati

Da questa Report Card emerge un quadro contrastante in termini di tendenze nel benessere di bambine, bambini e adolescenti nei paesi OCSE/UE. I continui miglioramenti conseguiti in molti aspetti del benessere infantile hanno permesso di eliminare quasi del tutto alcuni dei problemi più complessi¹³⁴ e di soddisfare i bisogni essenziali di bambine, bambini e adolescenti. Il tasso di mortalità è basso e non è più dovuto principalmente alle malattie; il numero di bambine e bambini affetti da malnutrizione (cronica e acuta) è abbastanza ridotto; la maggior parte degli individui ha accesso all'istruzione e frequenta la scuola almeno fino alla seconda adolescenza. Si tratta di elementi importanti per un'infanzia serena che, da una prospettiva globale, non possono essere dati per scontati.

Ma le bambine, i bambini e gli adolescenti nei paesi ricchi sono sempre meno soddisfatti della loro vita, tendono a essere più probabilmente in sovrappeso e obesi e non hanno un rendimento scolastico soddisfacente. Le tendenze emergenti presentano sfide molteplici e richiedono soluzioni che lo siano altrettanto, sebbene si tenda a proporre soluzioni semplici e a concentrarsi su dibattiti di maggiore attualità, come l'uso della tecnologia digitale da parte di bambine, bambini e adolescenti. L'analisi presentata in questo rapporto mostra però una situazione ben più complessa. Non è possibile individuare una causa unica, né per ciascuna tendenza né per la loro combinazione. Sono infatti coinvolti diversi fattori, che possono anche interagire tra loro e rafforzarsi reciprocamente. Per questo anche le soluzioni devono essere diversificate.

A più di cinque anni dall'inizio della **pandemia di COVID-19**, iniziamo a comprenderne non solo gli effetti immediati, ma anche le potenziali conseguenze a lungo termine.

L'analisi presentata in questo rapporto mostra che la pandemia ha contribuito alle recenti tendenze negative nel benessere di bambine, bambini e adolescenti:

- La salute mentale di bambini e adolescenti è peggiorata durante la fase acuta della pandemia, anche se gli sviluppi a lungo termine non sono ancora dimostrabili.
- I tassi di sovrappeso e obesità infantile sono aumentati durante questo periodo, ma bisognerà valutare se questa situazione perdurerà.
- La chiusura delle scuole ha contribuito al drastico calo delle competenze scolastiche di bambine, bambini e adolescenti, con una notevole perdita nel campo dell'apprendimento. A causa della chiusura delle scuole, anche il divario nelle competenze scolastiche è aumentato a seconda delle condizioni socioeconomiche.

L'uso della **tecnologia digitale** da parte di bambine, bambini e adolescenti ha suscitato il timore fondato che un suo utilizzo eccessivo possa nuocere alla salute mentale dei bambini e ai loro risultati scolastici. Anche la commercializzazione e la promozione di alimenti poco salutari attraverso i canali digitali (compresi i social media) possono determinare l'aumento dei livelli di obesità tra bambine, bambini e adolescenti.

D'altro canto, però, la tecnologia digitale è stata determinante per garantire l'apprendimento anche durante la chiusura delle scuole. Se utilizzata in modo strutturato, la tecnologia digitale può migliorare i risultati scolastici degli studenti e apportare una serie di vantaggi al loro benessere: un uso moderato dei social media aiuta a migliorare i rapporti sociali. Un rapporto di prossima pubblicazione sull'uso della tecnologia digitale da parte di bambine, bambini e adolescenti mostra che chi non utilizza affatto i social media tende ad avere una minore soddisfazione della vita e ad avere rapporti deludenti con familiari e amici.¹³⁵

In effetti, il tempo trascorso davanti ad uno schermo non è l'indicatore più utile e maggiore attenzione dovrebbe essere prestata alla natura delle esperienze che bambine, bambini e adolescenti vivono online.¹³⁶

Il rapporto evidenzia inoltre le limitate competenze digitali di bambini, bambine e adolescenti, nonostante siano ormai diventate fondamentali.



Bambine, bambini e adolescenti hanno bisogno di essere accompagnati all'uso di tecnologie digitali sicure e positive, attraverso un quadro normativo più efficace che integri garanzie adeguate con lo sviluppo delle competenze digitali di cui hanno bisogno nel mondo di oggi. La crescente influenza dell'intelligenza artificiale è fonte di nuove opportunità e nuovi rischi, che necessitano di un'attenta considerazione.

Prove sempre più numerose dimostrano le conseguenze del **cambiamento climatico** sul benessere di bambine, bambini e adolescenti nei paesi presi in esame, compresi gli effetti diretti su molte/i bambine, bambini e adolescenti sfollati dalle loro case o che hanno subito interruzioni dei servizi educativi.

Sia il **cambiamento climatico** che i **conflitti armati** possono avere effetti negativi ben più vasti. Riprendendo la citazione di Christabel, la quindicenne della Nuova Zelanda citata in apertura, e altre prove documentate, è evidente che bambine, bambini e adolescenti subiscono l'impatto diretto e indiretto di eventi globali e che le conseguenze possono riflettersi sulla loro salute mentale.

Anche nei paesi ricchi sta avendo luogo una **transizione demografica**. Con i tassi di fertilità in calo e una speranza di vita più lunga, il cambiamento demografico è una delle forze motrici che rimodellerà le società nei prossimi anni.¹³⁷ Fino ad ora, scarsa attenzione è stata prestata al modo in cui questa tendenza trasformerà la vita di bambine, bambini e adolescenti. Tuttavia, crescere in società che invecchiano, con meno coetanei e con uno movimento continuo verso le città cambierà radicalmente l'infanzia di molte bambine e bambini.

Rischi e opportunità si moltiplicano. Con l'aumento della speranza di vita i bambini hanno maggiori opportunità di trascorrere il loro tempo con i nonni e altri membri della famiglia allargata, un elemento positivo che permette loro di sviluppare i rapporti sociali, le reti di sostegno e la percezione di benessere. Allo stesso tempo, diventando bambine, bambini e adolescenti sempre più un'esigua minoranza rispetto al resto della popolazione, vi è il rischio che le strutture e i servizi destinati loro diventino sempre più scarsi. Si tratta di un aspetto che richiede ulteriori ricerche e un'analisi accurata delle sue implicazioni politiche.

Tuttavia, un tema ricorrente in questo rapporto è che gli eventi e le tendenze

recenti non sono gli unici fattori determinanti. Le tre tendenze chiave relative a salute mentale, obesità e competenze scolastiche erano già emerse molto prima dell'attuale decennio: le tendenze negative per la salute mentale e i tassi di obesità sono iniziati nei primi anni '90.

Le soluzioni politiche a queste questioni incentrate esclusivamente sull'attualità pubblica più recente non riusciranno ad affrontare le sfide che riguardano il benessere di bambine, bambini e adolescenti. Occorre invece un approccio coerente, olistico, che abbracci tutta l'infanzia e richieda un cambiamento nel modo di pensare e nelle priorità di politiche e interventi.

Tutelare il benessere di bambine, bambini e adolescenti in un mondo incerto

Questo rapporto si concentra sulle tendenze in tre dimensioni del benessere dei bambini: la salute mentale, la salute fisica e lo sviluppo delle competenze. Identifica importanti tendenze in peggioramento in tutte e tre le dimensioni. Invertire queste tendenze richiede interventi specifici in ciascuna categoria – interventi che riconoscano le sfere di influenza delineate nel quadro del benessere di bambine, bambini e adolescenti (vedi [Figura 1](#)), così come un approccio coerente basato su quattro principi fondamentali. Il quadro presentato nelle [Tabelle 1](#) e [2](#) del rapporto mostra che i diversi paesi hanno punti di forza e debolezza differenti nelle tre dimensioni del benessere infantile. I responsabili politici possono utilizzare queste informazioni per valutare l'equilibrio delle strategie necessarie nel proprio contesto nazionale.

1. Migliorare la salute mentale

Nella parte conclusiva della [Sezione 2](#) è stata delineata una serie di azioni che possono invertire la tendenza negativa per la salute mentale di bambine, bambini e adolescenti, riprendendo il modello ecologico presentato nella [Figura 1](#). Il modello comprende un approccio a tre livelli basato su interventi di promozione, prevenzione e servizi specialistici. Tutte le componenti dispongono fondamentalmente di fondi limitati e necessitano pertanto di maggiori investimenti.

Vengono inoltre proposte le seguenti azioni:

- Sostenere la salute mentale e le competenze dei genitori/persone che si occupano di minorenni, compresi i programmi di sostegno alla genitorialità;

- Promuovere attività e comportamenti che migliorano la salute mentale, come l'attività fisica, il sonno (sia in termini di qualità che quantità) e la meditazione;
- Promuovere l'educazione socio-emotiva a scuola per dotare i bambini di competenze che promuovono la salute mentale;
- Contrastare ogni forma di violenza, bullismo e discriminazione nelle scuole, nelle comunità e online;
- Ridurre lo stigma e i falsi preconcetti legati ai disturbi di salute mentale attraverso interventi di sensibilizzazione;
- Favorire un ambiente positivo che permetta a bambine, bambini e adolescenti di sviluppare la capacità di agire, l'autonomia e la partecipazione nella società.

2. Migliorare la salute fisica

L'aumento dei tassi di sovrappeso e obesità rappresenta una grande sfida per la salute pubblica. Per invertire queste tendenze, sarà necessario creare ambienti alimentari più sani per bambine, bambini e adolescenti. Come descritto più dettagliatamente nella [Sezione 3](#), questo obiettivo richiede un approccio ecologico articolato su più livelli. I paesi sono chiamati a:

- Garantire la disponibilità e l'accessibilità a cibo sano e nutriente, sia a casa che a scuola.
- Regolamentare la promozione e la commercializzazione di prodotti alimentari poco salutari, migliorare l'etichettatura degli alimenti e aumentare le imposte su determinati alimenti.
- Attuare politiche pubbliche che promuovano l'alimentazione sana e l'esercizio fisico, attraverso la fornitura di trasporti pubblici efficienti, strutture per il tempo libero e spazi verdi, oltre a politiche familiari che consentano ai genitori e alle persone che si occupano di minorenni di conciliare lavoro e vita familiare.

Oltre a ciò, la salute dei minorenni è a rischio anche a causa delle numerose sostanze inquinanti presenti nell'ambiente, tra cui prodotti chimici e microplastiche. Per ridurre l'inquinamento ambientale occorrono interventi immediati nel settore del monitoraggio, della ricerca e politico.

3. Sostenere lo sviluppo delle competenze

La Sezione 4 ha messo in luce come la pandemia di COVID-19 abbia avuto ripercussioni negative sull'istruzione di bambine, bambini e adolescenti. Sono necessarie azioni mirate per garantire che tutti i bambini, e in particolare quelli provenienti da contesti svantaggiati, siano in grado di colmare le lacune di apprendimento.

Le azioni chiave necessarie per migliorare le competenze sono:

- Garantire l'acquisizione delle competenze di base in lettura e scrittura, capacità di calcolo e competenze sociali ed emotive attraverso l'attuazione continua del quadro di riferimento RAPID (si veda pag. 49).
- Promuovere un ambiente favorevole e dotato delle risorse adeguate ad aumentare le competenze digitali di bambine, bambini e adolescenti, essenziali per il loro benessere e la loro sicurezza.
- Coinvolgere i minorenni nella ricerca delle strategie più efficaci per trarre il massimo vantaggio dall'utilizzo della tecnologia digitale nel processo di apprendimento, sia a scuola che a casa.

4. Riconoscere le connessioni tra le problematiche, potenziare le sinergie ed evitare le tensioni

La salute mentale, la salute fisica e lo sviluppo delle competenze diventano sempre più interconnessi durante la crescita di bambine, bambini e adolescenti. I problemi in una di queste aree possono riflettersi sulle altre, in modo positivo o negativo.

- Il benessere mentale e la salute fisica sono strettamente collegati. Una scarsa salute fisica può portare all'esclusione sociale, all'isolamento e a stati d'ansia nelle/i bambine, bambini e negli adolescenti. Inoltre, stress e depressione possono influire negativamente sulla salute fisica condizionando il sonno, le abitudini alimentari e l'attività fisica.
- Anche il rapporto tra benessere mentale e sviluppo delle competenze è complesso e bidirezionale. Una buona salute mentale contribuisce a creare un ambiente favorevole all'apprendimento. Favorisce la concentrazione e la creatività. Problemi come ansia e depressione possono ostacolare le prestazioni scolastiche, mentre un'eccessiva attenzione al rendimento scolastico può sottoporre bambine, bambini e adolescenti a una pressione ingiustificata. Al contrario, lo sviluppo delle competenze sociali ed emotive può favorire una buona salute mentale.

- Una buona salute fisica contribuisce all'acquisizione delle varie competenze, facilitando lo svolgimento sia delle attività scolastiche che extracurricolari. L'attività fisica, ad esempio, può migliorare le funzioni cognitive, l'attenzione e le prestazioni a scuola.

Quest'interdipendenza può manifestarsi sia attraverso circoli virtuosi che viziosi. Le soluzioni a queste numerose sfide dovrebbero essere progettate in modo armonioso, in un'ottica di reciproco rafforzamento, per evitare che i progressi compiuti in uno dei suddetti ambiti possano generare nuovi problemi in un altro.

5. Affrontare un futuro incerto

La pandemia di COVID-19 ha dimostrato in che misura gli eventi globali possono incidere sulla vita di bambine, bambini e adolescenti. I dati riportati nel presente rapporto dimostrano che, anche nei paesi più ricchi del mondo, le conseguenze si sono manifestate sulla salute, la soddisfazione per la vita e l'apprendimento di bambini, bambine e adolescenti.

Nell'attuale contesto globale, la pandemia non dovrebbe essere vista come un evento isolato del passato: è plausibile prevedere effetti simili nel futuro a causa del cambiamento climatico e dei conflitti. Moltissimi bambini hanno già subito interruzioni dei servizi educativi e condizioni di vita instabili proprio a causa di eventi legati ai cambiamenti climatici.

Occorre, quindi, un'analisi prospettica per sostenere i responsabili politici nello sviluppo di misure preventive volte a mitigare l'impatto delle crisi sul benessere di bambine, bambini e adolescenti.

6. Affrontare le disuguaglianze

Il presente rapporto ha rilevato variazioni nel grado di benessere di bambine, bambini e adolescenti in base al genere e alla condizione socioeconomica familiare. Esistono disuguaglianze significative da affrontare in entrambi gli aspetti. Tuttavia, è evidente che ci sono anche altre fonti di disuguaglianza e gruppi di bambini che si trovano di fronte a situazioni di svantaggio specifiche. I dati comparativi su tali disuguaglianze a livello internazionale sono scarsi, anche se per alcuni paesi sono disponibili dati per determinati ambiti. Ad esempio, la Report Card 18 ha utilizzato studi a livello dei singoli paesi per dimostrare le disuguaglianze nel grado di rischio povertà tra i bambini coinvolti nelle migrazioni, nei bambini con disabilità e nei bambini appartenenti a minoranze etniche e linguistiche.

La prossima Report Card Innocenti, che sarà pubblicata nel 2026, affronterà questo tema in modo più dettagliato, esaminando i migliori dati disponibili e generando nuove analisi su numerosi aspetti della disuguaglianza nel benessere di bambine, bambini e adolescenti.

7. Favorire la partecipazione di bambine, bambini e adolescenti

Le parole di Christabel del 1919, che hanno aperto questo rapporto, dimostrano che l'impegno delle bambine, dei bambini e degli adolescenti in questioni di importanza globale non è un fenomeno nuovo. I minorenni possono, e vogliono, essere coinvolti nelle decisioni che riguardano la loro vita e il loro futuro, e nella ricerca di soluzioni.

A questo proposito, un valido esempio è l'impegno nel dibattito sul cambiamento climatico. L'edizione a misura di bambino del *Commento Generale 26 del Comitato ONU per i Diritti dell'Infanzia*,¹³⁸, dal titolo *"Diritti dell'infanzia e adolescenza e ambiente, con particolare attenzione ai cambiamenti climatici"*, stabilisce di: *"Includere i bambini nello sviluppo di piani di adattamento al clima, decisioni e soluzioni per contrastare gli effetti del cambiamento climatico"*. Si tratta di un chiaro esempio del principio di partecipazione dei bambini e dei ragazzi, che può e deve essere applicato per affrontare le numerose sfide al benessere di bambine, bambini e adolescenti.

Comprendere le esperienze dei bambini e dei ragazzi, ascoltare il loro punto di vista e le loro idee e collaborare con loro è fondamentale per trovare soluzioni che promuovano il benessere di bambine, bambini e adolescenti.

Note

- 1 Bennett, C. (2014). "Now the War is Over, we have something else to worry us": New Zealand children's responses to crises, 1914–1918. *The Journal of the History of Childhood and Youth*, 7(1), 19–41. <https://doi.org/10.1353/hcy.2014.0007>
- 2 United Nations Children's Fund. Data Warehouse. https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?aq=UNICEF&df=MG&ver=1.0&dq=.MG+MG_INTERNAL_DISP_PERS+MG_NEW_INTERNAL_DISP.SH_DI-SASTER+POP_DISASTER&startPeriod=2010&endPeriod=2024. Accessed 25 November 2024.
- 3 United Nations Children's Fund. (2023). *The coldest year of the rest of their lives*. UNICEF.
- 4 Rees, G., Gromada, A., Timar, E. & Carraro, A. (2025). *Conceptualizing and measuring child well-being: An ecological systems approach*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight.
- 5 Rees, G., Gromada, A., Timar, E. & Carraro, A. (2025). *Conceptualizing and measuring child well-being: An ecological systems approach*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight.
- 6 This term was originally proposed in Morin, E., & Kern, A. B. (1993). *Terre-patrie*. Editions du Seuil.
- 7 United Nations. (2023, May 5). WHO declared the pandemic to have ended on 5 May 2023. <https://news.un.org/en/story/2023/05/1136367>
- 8 United Nations Children's Fund. (2023, March). *Child mortality and COVID-19*. UNICEF <https://data.unicef.org/topic/child-survival/covid-19/>. Accessed 16 February 2025.
- 9 For example, a historical perspective on economic shocks is provided by Jordà, Ò., Singh, S. R., & Taylor, A. M. (2020). Longer-run economic consequences of pandemics. *Federal Reserve Bank of San Francisco, Working Paper Series*, 01–16. <https://doi.org/10.24148/wp2020-09>
- 10 United Nations Children's Fund. (2024, June). *Child Displacement*. UNICEF. <https://data.unicef.org/topic/child-migration-and-displacement/displacement/>. Accessed 16 February 2025.
- 11 Riddle, K., Cantor, J., Byrne, S., & Moyer-Gusé, E. (2012). "People killing people on the news": Young children's descriptions of frightening television news content. *Communication Quarterly*, 60(2), 278–294. <https://doi.org/10.1080/01463373.2012.669340>
- 12 United Nations Children's Fund. Data Warehouse. https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?aq=UNICEF&df=MG&ver=1.0&dq=.MG+MG_INTERNAL_DISP_PERS+MG_NEW_INTERNAL_DISP.SH_DI-SASTER+POP_DISASTER&startPeriod=2010&endPeriod=2024. Accessed 25 November 2024.
- 13 European Environment Agency. (2022). *Towards 'just resilience': leaving no one behind when adapting to climate change*. European Environment Agency, Copenhagen. <https://www.eea.europa.eu/publications/just-resilience-leaving-no-one-behind>
- 14 Hickman, C., Marks, E., Pihkala, P., Clayton, S., Lewandowski, R. E., Mayall, E. E., Wray, B., Mellor, C., & Van Susteren, L. (2021). Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *The Lancet Planetary Health*, 5(12), e863–e873. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00278-3](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00278-3)
- 15 Data calculated from PISA 2022, available for 40 Innocenti Report Card countries. Connectivity was below 99 per cent in Colombia (88 per cent), Mexico (97 per cent) and Türkiye (95 per cent). Data were not available for Costa Rica, Cyprus and Luxembourg.
- 16 United Nations Children's Fund. (2022). *Children and AI: Where are the opportunities and risks?* UNICEF.
- 17 Bloom, D., Canning, D., & Sevilla, J. (2003). *The demographic dividend: A new perspective on the economic consequences of population change*. RAND Corporation. <https://doi.org/10.7249/MR1274>
- 18 Carraro, A., Arciprete, C., & Rees, G. (2023). *Crescere nelle aree interne Le esperienze di vita di bambini, bambine e adolescenti nel contesto del Cilento Interno*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight.
- 19 Eurostat. (2024 May). *Household composition statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/7/7f/Household_composition_statistics_05_2023.xlsx
- 20 World Health Organization. (2022) *Fact sheet: Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Accessed 13 October 2024.
- 21 Own analysis from Global Burden of Disease Study, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- 22 Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar De Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- 23 For example: Clayborne, Z. M., Varin, M., & Colman, I. (2019). Systematic review and meta-analysis: Adolescent depression and long-term psychosocial outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>

Johnson, D., Dupuis, G., Piche, J., Clayborne, Z., & Colman, I. (2018). Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depression and Anxiety*, 35(8), 700–716. <https://doi.org/10.1002/da.22777>
- 24 See, for example, evidence reviewed in Potrebny, T., Nilsen, S. A., Bakken, A., Von Soest, T., Kvaløy, K., Samdal, O., Sivertsen, B., Aase, H., & Bang, L. (2024). Secular trends in mental health problems among young people in Norway: a review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02371-4>
- 25 Potrebny et al. op cit.

- 26 Askari, M. S., Belsky, D. W., Olsson, M., Breslau, J., Mojtabai, R., Kajeepeta, S., Bruzelius, E., & Keyes, K. M. (2024). An integrative literature review of birth cohort and time period trends in adolescent depression in the United States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(6), 899–915. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02527-8>
- 27 United Nations Children's Fund. (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*, UNICEF, New York.
- 28 See page 41 of United Nations Children's Fund (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*, UNICEF, New York.
- 29 Bertuccio, P., Amerio, A., Grande, E., La Vecchia, C., Costanza, A., Aguglia, A., Berardelli, I., Serafini, G., Amore, M., Pompili, M., & Odone, A. (2024). Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: an analysis of data from the WHO mortality database. *EClinicalMedicine*, 70, 102506. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2024.102506>
- 30 Cummins, R. A. (2003). Normative life satisfaction: Measurement issues and a homeostatic model. *Social Indicators Research*, 64(2), 225–256. <https://doi.org/10.1023/A:1024712527648>
- 31 For example: Moral-Garcia, J. E., Jiménez, A., Cabaco, A. S., & Jiménez-Eguizabal, A. (2021). The role of physical activity and school physical education in enhancing school satisfaction and life satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1689. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041689>
Villafaina, S., Tapia-Serrano, M. Á., Vaquero-Solís, M., León-Llamas, J. L., & Sánchez-Miguel, P. A. (2021). The role of physical activity in the relationship between satisfaction with life and health-related quality of life in school-age adolescents. *Behavioral Sciences*, 11(9), 121. <https://doi.org/10.3390/bs11090121>
- 32 Abdallah, S., Main, G., Pople, L. & Rees, G. (2014) *Ways to well-being: Exploring the links between children's activities and their subjective well-being*. *The Children's Society*. <https://eprints.whiterose.ac.uk/82855/1/SCways.pdf>
- 33 For example: Haspolat, N. K., & Ağırkan, M. (2024). When parents press for achievement: The relationship between academic stress, insomnia, adolescent-parent relationships, and life satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 33(11), 3486–3499. <https://doi.org/10.1007/s10826-024-02921-z>
Moksnes, U. K., Løhre, A., Lillefjell, M., Byrne, D. G., & Haugan, G. (2016). The association between school stress, life satisfaction and depressive symptoms in adolescents: Life satisfaction as a potential mediator. *Social Indicators Research*, 125(1), 339–357. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0842-0>
- 34 Lam, L. T., & Lam, M. K. (2021). Sleep disorders in early childhood and the development of mental health problems in adolescents: A systematic review of longitudinal and prospective studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11782. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211782>
Marino, C., Andrade, B., Campisi, S. C., Wong, M., Zhao, H., Jing, X., Aitken, M., Bonato, S., Haltigan, J., Wang, W., & Szatmari, P. (2021). Association between disturbed sleep and depression in children and youths: A Systematic review and meta-analysis of cohort studies. *JAMA Network Open*, 4(3), e212373. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.2373>
- 35 Fattore, T., & Mason, J. (2017). The significance of the social for child well-being. *Children & Society*, 31(4), 276–289. <https://doi.org/10.1111/chso.12205>
- 36 Alsarrani, A., Hunter, R. F., Dunne, L., & Garcia, L. (2022). Association between friendship quality and subjective wellbeing among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health*, 22(1), 2420. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14776-4>
Huang, L., Wu, W., & Yang, F. (2024). Parenting style and subjective well-being in children and youth: A meta-analysis. *Psychological Reports*, 00332941241256883. <https://doi.org/10.1177/00332941241256883>
Wu, Y.-J., & Lee, J. (2022). The most salient global predictors of adolescents' subjective well-being: Parental support, peer support, and anxiety. *Child Indicators Research*, 15(5), 1601–1629. <https://doi.org/10.1007/s12187-022-09937-1>
- 37 Klocke, A., Clair, A., & Bradshaw, J. (2014). International variation in child subjective well-being. *Child Indicators Research*, 7(1), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s12187-013-9213-7>
- 38 Marquez, J. (2022). Does school impact adolescents' life satisfaction differently for students of different socio-economic status? A comparative study in 33 countries. *Education Inquiry*, 13(4), 412–427. <https://doi.org/10.1080/20004508.2021.1930345>
- 39 For example: Varela, J. J., Alfaro, J., Melipillán, R., Gómez, D. O., & González-Carrasco, M. (2020). Perceptions of safety, satisfaction with neighborhood and life satisfaction among Chilean adolescents. *Child Indicators Research*, 13(4), 1489–1502. <https://doi.org/10.1007/s12187-019-09649-z>
Wang, L., Cheng, Y., Jiang, S., & Zhou, Z. (2023). Neighborhood quality and subjective well-being among children: A moderated mediation model of out-of-school activities and friendship quality. *Child Indicators Research*, 16(4), 1607–1626. <https://doi.org/10.1007/s12187-023-10024-2>
- 40 Main, G., & Bradshaw, J. (2012). A child material deprivation index. *Child Indicators Research*, 5(3), 503–521. <https://doi.org/10.1007/s12187-012-9145-7>
- 41 Timar, E. (2025) *Trends in children's mental health in OECD/ EU countries*. UNICEF Innocenti Global Office of Research and Foresight.
- 42 Haidt, J. (2024). *The anxious generation: How the great rewiring of childhood is causing an epidemic of mental illness*. Random House.
- Twenge, J. M., Haidt, J., Lozano, J., & Cummins, K. M. (2022). Specification curve analysis shows that social media use is linked to poor mental health, especially among girls. *Acta Psychologica*, 224, 103512. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103512>
- 43 Valkenburg, P. M., Meier, A., & Beyens, I. (2022). Social media use and its impact on adolescent mental health: An umbrella review of the evidence. *Current Opinion in Psychology*, 44, 58–68. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.08.017>
- 44 O'Reilly, M., Dogra, N., Hughes, J., Reilly, P., George, R., & Whiteman, N. (2019). Potential of social media in promoting mental health in adolescents. *Health Promotion International*, 34(5), 981–991. <https://doi.org/10.1093/heapro/day056>

- 45 Parry, D. A., Davidson, B. I., Sewall, C. J. R., Fisher, J. T., Mieczkowski, H., & Quintana, D. S. (2021). A systematic review and meta-analysis of discrepancies between logged and self-reported digital media use. *Nature Human Behaviour*, 5(11), 1535–1547. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01117-5>
- 46 Orben, A., & Przybylski, A. K. (2019). The association between adolescent well-being and digital technology use. *Nature Human Behaviour*, 3(2), 173–182. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0506-1>
- 47 Carraro, A., Timar, E. & Gromada, A. (2025). *Innocenti Report Card 19: Technical paper on data analysis*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight.
- 48 Revranche, M., Biscond, M., & Husky, M. M. (2022). Investigating the relationship between social media use and body image among adolescents: A systematic review. *L'encephale*, 48(2), 206–218.
- 49 Pedalino, F., & Camerini, A.-L. (2022). Instagram use and body dissatisfaction: The mediating role of upward social comparison with peers and Influencers among young Females. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1543. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031543>
- 50 Revranche, M., Biscond, M., & Husky, M. M. (2022). Lien entre usage des réseaux sociaux et image corporelle chez les adolescents : une revue systématique de la littérature. *L'Encéphale*, 48(2), 206–218. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.08.006>
- 51 Dittmar, H. (2009). How do “body perfect” ideals in the media have a negative impact on body image and behaviors? Factors and processes related to self and identity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 1–8. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.1.1>
- Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134(3), 460–476. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.3.460>
- 52 United Nations Children's Fund. (2025). *Children in an Online World: Connectivity, skills and mental health*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight.
- 53 Carraro, A., Timar, E. & Gromada, A. (2025). *Innocenti Report Card 19: Technical paper on data analysis*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight.
- 54 Dex, S., & Hollingworth, K. (2012). *Children's and young people's voices on their well-being*. Childhood Wellbeing Research Centre.
- 55 Kuczynski, L. (2003). *Handbook of dynamics in parent-child relations*. Sage Publications.
- 56 The following question is asked: How often do your parents or someone in your family do the following things with you: spend time just talking with you? Figure 9 presents those responded with 'About once or twice a week' or 'Every day or almost every day'.
- 57 Yen, C.-F., Huang, M.-F., Kim, Y. S., Wang, P.-W., Tang, T.-C., Yeh, Y.-C., Lin, H.-C., Liu, T.-L., Wu, Y.-Y., & Yang, P. (2013). Association between types of involvement in school bullying and different dimensions of anxiety symptoms and the moderating effects of age and gender in Taiwanese adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 37(4), 263–272. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.01.004>
- 58 Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., DeGue, S., Matjasko, J. L., Wolfe, M., & Reid, G. (2015). Bullying and suicidal ideation and behaviors: A meta-analysis. *Pediatrics*, 135(2), e496–e509. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1864>
- 59 Lereya, S. T., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Wolke, D. (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 524–531. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00165-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00165-0)
- Camodeca, M., & Nava, E. (2022). The long-term effects of bullying, victimization, and bystander behavior on emotion regulation and its physiological correlates. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(3–4), NP2056–NP2075. <https://doi.org/10.1177/0886260520934438>
- Blanchflower, D. G., & Bryson, A. (2024). The adult consequences of being bullied in childhood. *Social Science & Medicine*, 345, 116690. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116690>
- 60 Klocke, A., Clair, A., & Bradshaw, J. (2014). International variation in child subjective well-being. *Child Indicators Research*, 7(1), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s12187-013-9213-7>
- 61 Hussong, J., Möhler, E., Kühn, A., Wenning, M., Gehrke, T., Burckhart, H., Richter, U., Nonnenmacher, A., Zemlin, M., Lücke, T., Brinkmann, F., Rothoef, T., & Lehr, T. (2022). Mental health and health-related quality of life in German adolescents after the third wave of the COVID-19 pandemic. *Children*, 9(6), 780. <https://doi.org/10.3390/children9060780>
- 62 Hu, Y., & Qian, Y. (2021). COVID-19 and adolescent mental health in the United Kingdom. *Journal of Adolescent Health*, 69(1), 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.04.005>
- 63 Hertz, M. F., Kilmer, G., Verlenden, J., Liddon, N., Rasberry, C. N., Barrios, L. C., & Ethier, K. A. (2022). Adolescent mental health, connectedness, and mode of school instruction during COVID-19. *Journal of Adolescent Health*, 70(1), 57–63. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.021>
- 64 Ludwig-Walz, H., Dannheim, I., Pfadenhauer, L. M., Fegert, J. M., & Bujard, M. (2022). Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00546-y>
- 65 Wolf, K., & Schmitz, J. (2024). Scoping review: longitudinal effects of the COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(5), 1257–1312. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02206-8>
- 66 Geoffroy, M.-C. et al. (2024). Mental health of Canadian youth: A systematic review and meta-analysis of studies examining changes in depression, anxiety, and suicide-related outcomes during the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Public Health*, 115(3), 408–424. <https://doi.org/10.17269/s41997-024-00865-x>
- 67 The Lancet Child & Adolescent Health. (2021). A climate of anxiety. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(2), 91. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00001-8](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00001-8)

- 68 Hickman, C., Marks, E., Pihkala, P., Clayton, S., Lewandowski, R. E., Mayall, E. E., Wray, B., Mellor, C., & Van Susteren, L. (2021). Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *The Lancet Planetary Health*, 5(12), e863–e873. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00278-3](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00278-3)
- 69 Riddle, K., Cantor, J., Byrne, S., & Moyer-Gusé, E. (2012). "People killing people on the news": Young children's descriptions of frightening television news content. *Communication Quarterly*, 60(2), 278–294. <https://doi.org/10.1080/01463373.2012.669340>
- 70 Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). A new benchmark for mental health systems: Tackling the social and economic costs of mental ill-health, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>.
- 71 United Nations Children's Fund. (2022). Global multisectoral operational framework for mental health and psychosocial support of children, adolescents and caregivers across settings. UNICEF. <https://www.unicef.org/media/109086/file/Global%20multisectorial%20operational%20framework.pdf>
- 72 Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- 73 Braudt, D. B., Lawrence, E. M., Tilstra, A. M., Rogers, R. G., & Hummer, R. A. (2019). Family socioeconomic status and early life mortality risk in the United States. *Maternal and Child Health Journal*, 23 (10), 1382–1391. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02799-0>
- 74 Takeuchi, H., Satoh, Y., Raman, S., & Spencer, N. (2024). Did inequalities in mothers' and children's health and well-being in Japan increase through the pandemic? Evidence from nationwide surveys and routinely collected data. *Children*, 11(3), 330. <https://doi.org/10.3390/children11030330>
- 75 Deaton, Angus (2003) : Health, income, and inequality, NBER Reporter Online, National Bureau of Economic Research (NBER), Cambridge, MA, Iss. Spring 2003, pp. 9-12
- 76 UNICEF. (2019) op. cit.
- 77 World Health Organization (2024, March 1). *Obesity and overweight*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- 78 United Nations Children's Fund. (2024) *Child Food Poverty. Nutrition Deprivation in Early Childhood. Data Tables. Child Nutrition Report, 2024*. UNICEF, New York.
- 79 Phelps, N. H., Singleton, R. K., Zhou, B., Heap, R. A., Mishra, A., Bennett, J. E., Paciorek, C. J., Lhoste, V. P., Carrillo-Larco, R. M., Stevens, G. A., Rodriguez-Martinez, A., Bixby, H., Bentham, J., Di Cesare, M., Danaei, G., Rayner, A. W., Barradas-Pires, A., Cowan, M. J., Savin, S., ... Ezzati, M. (2024). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 403(10431), 1027–1050. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2)
- 80 Vazquez, C. E., & Cubbin, C. (2020). Socioeconomic status and childhood obesity: A review of literature from the past decade to inform intervention research. *Current Obesity Reports*, 9(4), 562–570. <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00400-2>
- 81 Simonovich, S. D., Pineros-Leano, M., Ali, A., Awosika, O., Herman, A., Withington, M. H. C., Loiacono, B., Cory, M., Estrada, M., Soto, D., & Buscemi, J. (2020). A systematic review examining the relationship between food insecurity and early childhood physiological health outcomes. *Translational Behavioral Medicine*, 10(5), 1086–1097. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa021>
- 82 Pollard, C. M., & Booth, S. (2019). Food insecurity and hunger in rich countries—It Is time for action against inequality. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1804. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101804>
- 83 Heindel, J. J., Lustig, R. H., Howard, S., & Corkey, B. E. (2024). Obesogens: a unifying theory for the global rise in obesity. *International Journal of Obesity*, 48(4), 449–460. <https://doi.org/10.1038/s41366-024-01460-3>

Nicolaou, M., Toumba, M., Kythreotis, A., Daher, H., & Skordis, N. (2024). Obesogens in Adolescence: Challenging Aspects and Prevention Strategies. *Children*, 11(5), 602. <https://doi.org/10.3390/children11050602>
- 84 Food and Agriculture Organization of the United Nations. *Food Balance Sheets*. <http://www.fao.org/faostat/en/#data/FB>. Accessed on 18 March 2025.
- 85 Wyszynska, J., Ring-Dimitriou, S., Thivel, D., Weghuber, D., Hadjipanayis, A., Grossman, Z., Ross-Russell, R., Dereñ, K., & Mazur, A. (2020). Physical activity in the prevention of childhood obesity: The position of the European Childhood Obesity Group and the European Academy of Pediatrics. *Frontiers in Pediatrics*, 8, 535705. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.535705>
- 86 Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(1), 23–35. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2)
- 87 Carraro, A., Timar, E. & Gromada, A. (2025). *Innocenti Report Card 19: Technical paper on data analysis*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight.
- 88 Ludwig-Walz, H., Siemens, W., Heinisch, S., Dannheim, I., Loss, J., & Bujard, M. (2023). How the COVID-19 pandemic and related school closures reduce physical activity among children and adolescents in the WHO European Region: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 20(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s12966-023-01542-x>
Note that the certainty of evidence was rated as 'low'.
- 89 Anderson, L. N., Yoshida-Montezuma, Y., Dewart, N., Jalil, E., Khattar, J., De Rubeis, V., Carsley, S., Griffith, L. E., & Mbuagbaw, L. (2023). Obesity and weight change during the COVID-19 pandemic in children and adults: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 24(5), e13550. <https://doi.org/10.1111/obr.13550>

Chang, T.-H., Chen, Y.-C., Chen, W.-Y., Chen, C.-Y., Hsu, W.-Y., Chou, Y., & Chang, Y.-H. (2021). Weight gain associated with COVID-19 lockdown in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 13(10), 3668. <https://doi.org/10.3390/nu13103668>

La Fauci, G., Montalti, M., Di Valerio, Z., Gori, D., Salomoni, M. G., Salussolia, A., Soldà, G., & Guaraldi, F. (2022). Obesity and COVID-19 in children and adolescents: Reciprocal detrimental Influence—Systematic literature review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7603. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137603>

- 90 Twenge, J. M., Martin, G. N., & Spitzberg, B. H. (2019). Trends in U.S. Adolescents' media use, 1976–2016: The rise of digital media, the decline of TV, and the (near) demise of print. *Psychology of Popular Media Culture*, 8(4), 329–345. <https://doi.org/10.1037/ppm0000203>
- 91 Dahlgren, A., Sjöblom, L., Eke, H., Bonn, S. E., & Trolle Lagerros, Y. (2021). Screen time and physical activity in children and adolescents aged 10–15 years. *PLOS ONE*, 16(7), e0254255. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254255>
- 92 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. *The 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)
- 93 Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(1), 23–35. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2)
- 94 Meyer, S.-C. (2016). Maternal employment and childhood overweight in Germany. *Economics & Human Biology*, 23, 84–102. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2016.05.003>
- 95 Carraro et al. (2025) op. cit.
- 96 Sina, E., Boakye, D., Christianson, L., Ahrens, W., & Hebestreit, A. (2022). Social media and children's and adolescents' diets: A systematic review of the underlying social and physiological mechanisms. *Advances in Nutrition*, 13(3), 913–937. <https://doi.org/10.1093/advances/nmac018>
- 97 Dreher, A. (2006). Does globalization affect growth? Evidence from a new index of globalization. *Applied Economics*, 38(10), 1091–1110. <https://doi.org/10.1080/00036840500392078>

Gygli, S., et al. (2019). The KOF Globalisation Index – revisited. *The Review of International Organizations*, 14(3), 543–574. <https://doi.org/10.1007/s11558-019-09344-2>
- 98 Purchasing power parity (PPP), constant 2017 international \$
- 99 Carraro, A., Timar, E. & Gromada, A. (2025). *Innocenti Report Card 19: Technical paper on data analysis*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight.
- 100 Pineda, E., Stockton, J., Scholes, S., Lassale, C., & Mindell, J. S. (2024). Food environment and obesity: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Nutrition, Prevention & Health*, 7(1), 204–211. <https://doi.org/10.1136/bmjnp-2023-000663>
- 101 World Health Organization. (2021, September 22). *What are the WHO Air quality guidelines? Improving health by reducing air pollution*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/what-are-the-who-air-quality-guidelines>. Accessed on 18 March 2025.

European Environment Agency. (n.d.). $\mu\text{g}/\text{m}^3$. <https://www.eea.europa.eu/help/glossary/other-eea-terms/ug-m3>. Accessed on 18 March 2025.
- 102 The Lancet Planetary Health. (2017). Microplastics and human health—an urgent problem. *The Lancet Planetary Health*, 1(7), e254. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(17\)30121-3](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(17)30121-3)
- 103 Sripada, K., Wierzbicka, A., Abass, K., Grimalt, J. O., Erbe, A., Röllin, H. B., Weihe, P., Díaz, G. J., Singh, R. R., Visnes, T., Rautio, A., Odland, J. Ø., & Wagner, M. (2022). A children's health perspective on nano- and microplastics. *Environmental Health Perspectives*, 130(1), 015001. <https://doi.org/10.1289/EHP9086>
- 104 Heindel, J. J., Lustig, R. H., Howard, S., & Corkey, B. E. (2024). Obesogens: a unifying theory for the global rise in obesity. *International Journal of Obesity*, 48(4), 449–460. <https://doi.org/10.1038/s41366-024-01460-3>
- 105 Zhang, J., Wang, L., Trasande, L., & Kannan, K. (2021). Occurrence of polyethylene terephthalate and polycarbonate microplastics in infant and adult feces. *Environmental Science & Technology Letters*, 8(11), 989–994. <https://doi.org/10.1021/acs.estlett.1c00559>
- 106 Li, D., Shi, Y., Yang, L., Xiao, L., Kehoe, D. K., Gun'ko, Y. K., Boland, J. J., & Wang, J. J. (2020). Microplastic release from the degradation of polypropylene feeding bottles during infant formula preparation. *Nature Food*, 1(11), 746–754. <https://doi.org/10.1038/s43016-020-00171-y>
- 107 Manshoven, S., Smeets, A., Malarciuc, C., Tenhunen-Lunkka, A., & Mortensen, L. F. (2022). *Microplastic pollution from textile consumption in Europe*. European Environmental Agency.
- 108 Ji, Y., Tian, Y., Pan, Y., Sheng, N., Dai, H., Fan, X., Liu, X., Bai, X., & Dai, J. (2024). Exposure and potential risks of thirteen endocrine-disrupting chemicals in pharmaceuticals and personal care products for breastfed infants in China. *Environment International*, 192, 109032. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2024.109032>
- 109 World Health Organization. (2023, December 13). *Road traffic injuries*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- 110 Hodder, R. K., O'Brien, K. M., Lorien, S., Wolfenden, L., Moore, T. H. M., Hall, A., Yoong, S. L., & Summerbell, C. (2022). Interventions to prevent obesity in school-aged children 6–18 years: An update of a Cochrane systematic review and meta-analysis including studies from 2015–2021. *EClinicalMedicine*, 54, 101635. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101635>
- 111 Horta, B. L., Rollins, N., Dias, M. S., Garcez, V., & Pérez-Escamilla, R. (2023). Systematic review and meta-analysis of breastfeeding and later overweight or obesity expands on previous study for World Health Organization. *Acta Paediatrica*, 112(1), 34–41. <https://doi.org/10.1111/apa.16460>
- 112 Zota, D., Dalma, A., Petralias, A., Lykou, A., Kastorini, C.-M., Yannakoulia, M., Karnaki, P., Belogianni, K., Veloudaki, A., Riza, E., Malik, R., & Linos, A. (2016). Promotion of healthy nutrition among students participating in a school food aid program: a randomized trial. *International Journal of Public Health*, 61(5), 583–592. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0813-0>

Dalma, A., Petralias, A., Tsiampalis, T., Nikolakopoulos, S., Veloudaki, A., Kastorini, C.-M., Papadimitriou, E., Zota, D., & Linos, A. (2019). Effectiveness of a school food aid programme in improving household food insecurity; a cluster randomized trial. *European Journal of Public Health*, ckz091. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz091>
- 113 Teng, A. M. et al. (2019). Impact of sugar-sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 20(9), 1187–1204. <https://doi.org/10.1111/obr.12868>

- 114 United Nations Children's Fund. *Healthy environments for healthy children*. Accessed 11 March 2025. <https://www.unicef.org/health/healthy-environments>
- 115 The Consortium For Children's Environmental Health. (2025). Manufactured Chemicals and Children's Health — The Need for New Law. *New England Journal of Medicine*, 392(3), 299–305. <https://doi.org/10.1056/NEJMms2409092>
- 116 Although it should be noted that in 16 countries the test could be done in more than one language.
- 117 Calculations based on population estimates from UNDESA Population Prospects database.
- 118 The survey covers children in the fourth grade (according to the US school system definition). In some countries this reflects a single age cohort of children while in other countries ages may vary more widely.
- 119 Mullis, I.V.S., von Davier, M., Foy, P., Fishbein, B., Reynolds, K.A., & Wry, E. (2023). *PIRLS 2021 International Results in Reading*. Boston College, TIMSS & PIRLS International Study Center. <https://doi.org/10.6017/lse.tpisc.tr2103.kb5342>
- 120 Gajderowicz, T., Jakubowski, M., Kennedy, A., Kjeldsen, C. C., Patrinos, H. A., & Strietholt, R. (2025). *The learning crisis: Three years after COVID-19* (No. arXiv:2501.01260). *arXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2501.01260>
- 121 Jakubowski, M., Gajderowicz, T., & Patrinos, H. A. (2023). Global learning loss in student achievement: First estimates using comparable reading scores. *Economics Letters*, 232, 111313. <https://doi.org/10.1016/j.econlet.2023.111313>
- 122 Jakubowski, M., Gajderowicz, T., & Patrinos, H. (2024). *COVID-19, school closures, and student learning outcomes: New global evidence from PISA*, GLO Discussion Paper, No. 1372, Global Labor Organization (GLO), Essen.
- 123 Gajderowicz, T., et al. (2025), op. cit.
- 124 Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *PISA 2018 Results (Volume II): Where all students can succeed*. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b5fd1b8f-en>
- 125 See review in Nordrum, E., & Gracia, P. (2023). Impacts of broadband internet on adolescents' academic outcomes: heterogeneous effects among lower secondary school students in Norway. *Information, Communication & Society*, 1–25. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2023.2295360>
- 126 Doleck, T., Lajoie, S. P., & Bazelais, P. (2019). Social networking and academic performance: A longitudinal perspective. *Education and Information Technologies*, 24(2), 1545–1561. <https://doi.org/10.1007/s10639-018-9843-y>
- 127 Nordrum & Gracia (2023) op. cit.
- 128 Carraro, A., Timar, E. & Gromada, A. (2025). *Innocenti Report Card 19: Technical paper on data analysis*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight.
- 129 Calderón-Garrido, D., Ramos-Pardo, F. J., & Suárez-Guerrero, C. (2022). The use of mobile phones in classrooms: A systematic review. *International Journal of Emerging Technologies in Learning (IJET)*, 17(06), 194–210. <https://doi.org/10.3991/ijet.v17i06.29181>
- 130 Beneito, P., & Vicente-Chirivella, Ó. (2022). Banning mobile phones in schools: evidence from regional-level policies in Spain. *Applied Economic Analysis*, 30(90), 153–175. <https://doi.org/10.1108/AEA-05-2021-0112>
- 131 United Nations Children's Fund. (2023). *Education in a post-COVID world: Towards a RAPID transformation*. UNICEF. <https://www.unicef.org/media/135736/file/Education%20in%20a%20Post-COVID%20World.pdf>
- 132 United Nations Children's Fund. (2022). *Recovering learning: Are children and youth on track in skills development?* UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/recovering-learning>
- 133 United Nations Children's Fund. (2022). *Pulse check on digital learning*. UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/pulse-check-digital-learning>
- 134 Gromada, A., Rees, G., Timar, E. & Carraro, A. (2025). *Trends in the conditions for child well-being in OECD/EU countries*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight.
- 135 United Nations Children's Fund. (2025). *Children in an Online World: Connectivity, skills and mental health*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight.
- 136 United Nations Children's Fund. (2025). *Children in an Online World: Connectivity, skills and mental health*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight.
- 137 United Nations Children's Fund. (2024). *The State of the World's Children 2024: The future of childhood in a changing world*. UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children/2024>
- 138 United Nations Committee on the Rights of the Child. (2023). *General Comment No. 26 on children's rights in the digital environment: Child-friendly version*. Accessed on 11 March 2025. https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/hrbodies/crc/gcomments/gc26/2023/GC26-Child-Friendly-Version_English.pdf

Technical Appendix

Sources for the data in the figures and tables in the report are as follows:

All tables and figures

- The Kingdom of the Netherlands is referred to as 'Netherlands' for brevity.
- All charts show available data for all countries (irrespective of whether they are included in the league table).

Table 1: A league table of child well-being

- **Note:** A light blue background indicates a place in the top third of rankings, medium blue denotes the middle third and dark blue the bottom third. The rankings in the table were produced as follows: (1) a z-score was calculated for each indicator (reversed where necessary so that a higher score represents a more positive outcome); (2) the mean of the two z-scores within each dimension was calculated; (3) the means for each dimension were converted to a z-score; and (4) the overall ranking is based on the mean of the z-scores for each dimension. The league table ranking includes the 36 OECD/EU countries that had data of sufficient quality across all six indicators. Five countries with completed data on two dimensions are included at the bottom of the table, but they are not in the overall ranking. It was not possible to include two countries – Cyprus and Luxembourg – due to missing data across several dimensions.
- **Sources:** See Box 1 on measuring child well-being.

Table 2: Changes in six indicators of child well-being, 2018 to 2022

- **Note:** This table uses the same data as for Table 1, and all countries are included for each indicator that was available for both 2018 and 2022. The colour shading of the boxes is as follows:
 - Orange represents a deterioration in the indicator of more than 5 per cent.*
 - Gray represents no substantial change.
 - Blue represents an improvement in the indicator of more than 5 per cent.
 - White indicates missing data for one or both years.* Changes of just above 5 per cent in the mortality rate are not shaded orange due to the published confidence intervals in these estimates.
- **Sources:** See Box 1 on measuring child well-being.

Figure 2: Demographic trends in OECD/EU countries

- **Note:** Chart includes all 43 OECD/EU countries covered in the Innocenti Report Card. It uses population on 1 July, medium estimates (1950–2023) and projections (2024–2100).
- **Source:** United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Figure 3: Changes in suicide rates (three-year average), ages 15 to 19 years, 2018 to 2022, OECD/EU countries

- **Note:** Suicide rate per 100,000 population aged 15 to 19 years old. Numbers presented are 3-year averages (2018 refers to the average of 2016 to 2018, 2022 refers to the average of 2020 to 2022).
- **Source:** WHO Mortality Database.

Figure 4: Long-term trends in suicide rates, ages 15 to 19 years, 1996 to 2022

- **Note:** Numbers presented are 3-year moving averages, as for Figure 3. The indicator used is the probability of dying between exact age of 5 years and exact age of 15 years, expressed per 1,000 children aged 5 years old.
- **Source:** WHO Mortality Database.

Figure 5: Changes in high life satisfaction in 15-year-olds, 2018 to 2022

- **Note:** 'High life satisfaction' refers to the share of students who scored more than 5 on a scale of overall life satisfaction from 0 ('not at all satisfied') to 10 ('completely satisfied'). Authors' analysis using weighted microdata.
- **Source:** PISA 2022.

Figure 6: Association of different factors with children's life satisfaction, 15-year-olds, 2022

- **Note:** The chart shows predicted probabilities obtained from a multivariate logit regression model with high life satisfaction as the dependent variable, also including country fixed effects. All presented effects are statistically significant at the 95 per cent level. Own analysis using PISA 2022 microdata, using senate weights.
- **Source:** PISA 2022.

Figure 7: Life satisfaction and time spent on social media by 15-year-old students

- **Note:** Own analysis using PISA 2022 microdata. Bivariate analysis. Within-country weights applied. Each country weighted equally.
- **Source:** PISA 2022.

Figure 9: Frequency of spending time talking with parents and life satisfaction

- **Note:** Own analysis using PISA 2022 microdata. Bivariate analysis. Within-country weights applied. Each country weighted equally.
- **Source:** PISA 2022.

Figure 10: Percentage of children experiencing frequent bullying, 15-year-olds, 2018 and 2022

- **Note:** Own analysis using PISA 2018 and 2022 microdata, weighted. Frequent bullying was defined as experiencing at least one of six forms of bullying at least a few times a month, based on the question: During the past 12 months, how often have you had the following experiences in school? with the possible experiences listed as: other students left me out of things on purpose, other students made fun of me, I was threatened by other students, other students took away or destroyed things that belonged to me, I got hit or pushed around by other students and other students spread nasty rumours about me.
- **Source:** PISA 2018 and 2022.

Figure 11: Changes in child mortality, ages 5 to 14 years old, 2018 to 2022

- **Note:** The indicator used is the probability of dying between exact age of 5 years and exact age of 15 years, expressed per 1,000 children aged 5 years old.
- **Source:** United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME) <<https://childmortality.org/all-cause-mortality/data/download?indicator=MRY5T14>>.

Figure 12: Trends in child mortality, aged 5 to 14, 1990 to 2022

- **Note:** The indicator used is the probability of dying between exact age of 5 years and exact age of 15 years, expressed per 1,000 children aged 5 years old. The rate shown is the population-weighted rate for all countries.
- **Source:** UN IGME, <<https://childmortality.org/all-cause-mortality/data/download?indicator=MRY5T14>>.

Figure 13: Trends in overweight, age 5 to 19 years, 1990 to 2022, OECD/EU countries

- **Note:** The percentage of 5–19 years old children with a body mass index (BMI) greater than 1 standard deviation above the median, according to the WHO references for school-age children and adolescents.
- **Source:** World Health Organization, <[www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-children-and-adolescents-bmi-1-standard-deviations-above-the-median-\(crude-estimate\)-\(-\)>](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-children-and-adolescents-bmi-1-standard-deviations-above-the-median-(crude-estimate)-(-)>)>.

Figure 14: Changes in overweight, ages 5 to 19 years old, 2018 to 2022

- **Note:** The annual change in the prevalence of 5–19 years old children with a body mass index (BMI) greater than 1 standard deviation above the median, according to the WHO references for school-age children and adolescents.
- **Source:** World Health Organization, <[www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-children-and-adolescents-bmi-1-standard-deviations-above-the-median-\(crude-estimate\)-\(-\)>](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-children-and-adolescents-bmi-1-standard-deviations-above-the-median-(crude-estimate)-(-)>)>.

Figure 15: Average weekly working hours per employed person and rates of overweight (5- to 19- year-olds), 2022

- **Note:** The data on working time refer to the “Mean weekly hours actually worked per employed person” as reported by ILO.
- **Source:** Mean weekly working hours, ILOSTAT, <<https://ilostat.ilo.org/topics/working-time/>>, accessed July 2024; The prevalence of overweight is retrieved from the World Health Organization, <[www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-children-and-adolescents-bmi-1-standard-deviations-above-the-median-\(crude-estimate\)-\(-\)>](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-children-and-adolescents-bmi-1-standard-deviations-above-the-median-(crude-estimate)-(-)>)>.

Figure 16: Air pollution, mean population exposure to PM2.5, 2000 to 2022

- **Source:** OECD Data Explorer.

Figure 17: Children who made friends easily at school, 15 years old, 2018 to 2022

- **Note:** The percentage of children aged 15 years who agreed or strongly agreed that they make friends easily at school. Own analysis from PISA microdata. Within-country weights applied.
- **Source:** PISA 2018 and 2022.

Figure 18: Ability to understand other people cognitively and emotionally: Perspective-taking and empathy, 15-year-olds

- **Note:** The percentage of children aged 15 years who agreed or strongly agreed to the following statements: “I try to consider everybody’s perspective before I take a position” and “I can sense how others feel”. Own analysis from PISA microdata. Within-country weights applied.
- **Source:** PISA 2022.

Figure 19: Ability to see others' perspectives by gender and parental occupation, 15-year-olds

- **Note:** The percentage of children aged 15 years who agreed or strongly agreed to the following statements: "I try to consider everybody's perspective before I take a position" and "I can sense how others feel". Own analysis from PISA microdata. Senate weights applied.
- **Source:** PISA 2022.

Figure 20: Children who felt they could tell if a website is trustworthy, 10-year-olds

- **Note:** Data taken directly from PIRLS 2021 almanac.
- **Source:** PIRLS 2021.

Figure 21: Changes in academic proficiency, 15-year-olds, 2018 to 2022

- **Note:** The percentage of children meeting or exceeding basic proficiency in both reading and maths tests multiplied by the coverage index 3 of the PISA survey. Data taken directly from PISA supplementary tables.
- **Source:** PISA 2018 and 2022.

Figure 22: Trends in PISA test scores for reading and mathematics, 15-year-olds, 2000-2022

- **Source:** OECD, PISA 2022 Database, Tables I.B1.5.4 and I.B1.5.5.

Figure 23: Reading skills at around age 10 years, 2016 and 2021

- **Note:** Data taken directly from PIRLS 2021 report. Mullis, I. et al.. (2023) *PIRLS 2021 International Results in Reading*. Boston College, TIMSS & PIRLS International Study Center. <<https://pirls2021.org/results/>>.
- **Source:** PIRLS 2016 and 2021.

Figure 24: Problems with remote learning during COVID-19 identified by children

- **Note:** 'High' refers to a country with the highest value. 'Low' to a country with the lowest value. 'Average' to the mean value for all Innocenti Report Card countries. Own analysis from microdata. Within-country weights applied.
- **Source:** PISA 2022.

Figure 25: Changes in the socioeconomic (SES) gap in mean mathematics scores, 2018-2022

- **Note:** The analysis is based on the top and bottom within-country quintiles of the index of economic, social and cultural status (ESCS). Own analysis from microdata. Within-country weights applied.
- **Source:** PISA 2018 and 2022.

Figure 26: The views of 15-year-olds on measures to control digital technology use at school

- **Note:** Percentage agreeing (including strongly agreeing) with each measure. Only covers countries that used the optional ICT questionnaire, therefore excludes: Canada, Colombia, Cyprus, France, Luxembourg, Mexico, the Kingdom of the Netherlands, New Zealand, Norway and Portugal. Own analysis from PISA microdata. Senate weights applied.
- **Source:** PISA 2022.

Country names and codes

AU	Australia
AT	Austria
BE	Belgium
BG	Bulgaria
CA	Canada
CH	Switzerland
CL	Chile
CO	Colombia
CR	Costa Rica
CY	Cyprus
CZ	Czechia
DE	Germany
DK	Denmark
ES	Spain
EE	Estonia
FI	Finland
FR	France
GB	United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland
GR	Greece
HR	Croatia
HU	Hungary
IE	Ireland
IS	Iceland
IL	Israel
IT	Italy
JP	Japan
KR	Republic of Korea
LT	Lithuania
LU	Luxembourg
LV	Latvia
ME	Mexico
MT	Malta
NL	Kingdom of the Netherlands
NO	Norway
NZ	New Zealand
PL	Poland
PT	Portugal

RO	Romania
SK	Slovakia
SI	Slovenia
SE	Sweden
TR	Türkiye
US	United States of America

Ringraziamenti

La Innocenti Report Card 19 è stata studiata e redatta da Gwyther Rees, Eszter Timar, Alessandro Carraro e Anna Gromada. Un gruppo di revisori esperti e di consulenti dell'UNICEF ne ha garantito la qualità.

Gli autori desiderano ringraziare i revisori esterni per i loro preziosi commenti e suggerimenti:

- Saamah Abdallah, Hot or Cool Institute, Germany
- Aya Abe, Tokyo Metropolitan University, Japan
- Jonathan Bradshaw, University of York, United Kingdom
- Regina Guthold, Sarah Keogh and Holly Newby, World Health Organization
- Angus MacBeth, University of Edinburgh, United Kingdom
- Gerry Redmond, Flinders University, Australia
- Miria Savioli and Alessandra Tinto, Italian National Institute of Statistics (ISTAT), Italy

Gli esperti per i loro consigli:

Katia Castetbon and Caroline Mertens (Université libre de Bruxelles, Belgium) who provided estimates from the HBSC Wallonia study; Maxim Dierckens (Ghent University, Belgium) who provided estimates from the HBSC Flanders study; Matthew King (Queen's University, Canada) and Bryan Smale (University of Waterloo, Canada) who provided estimates from the HBSC Canada study; and Kam Sripada (Norwegian University of Science and Technology, Norway) who provided valuable advice on emerging health issues related to children.

I membri del personale dell'UNICEF per la loro consulenza professionale:

Anna Alejo, Marta Arias, Josianne Galea Baron, Mauro Brero, Geneva Brown, Amenawon Esangbedo, Emma Ferguson, Zeinab Hijazi, Claire Johnson, Afrooz Kaviani Johnson, Patricia Landinez, Malvikha Manoj, Nadia Samie-Jacobs, Harriet Torlesse, Nikita White, Helen Wylie e Haogen Yao.

Gli autori desiderano inoltre ringraziare i Comitati Nazionali per l'UNICEF, gli Uffici Paese e gli Uffici Regionali per il loro essenziale e prezioso supporto.

L'UNICEF Innocenti - Ufficio Globale di Ricerca e Previsione e i colleghi che hanno contribuito a questo progetto:

- Supervisione generale: Cécile Aptel, Patrizia Faustini, Ghalia Ibrahim Emile Ghawi, Celine Little, Bo Viktor Nylund e Daniel Kardefelt-Winther
- Partecipazione dei bambini: Maria Rosaria Centrone e Francesca Viola
- Supporto amministrativo: Patricia Arquero Caballero e Lara Stefanizzi
- Produzione editoriale: Tara Dooley, Amanda Marlin e Sahiba Minhas Turgesen
- Design: Kathleen Edison
- Comunicazione: Adam Cathro e Brian Keeley

UNICEF opera nei luoghi più difficili del mondo per raggiungere i bambini e gli adolescenti più svantaggiati e si occupa di proteggere i diritti di ogni bambino, ovunque si trovi. In 190 paesi e territori, facciamo tutto il possibile per aiutare i bambini a sopravvivere, crescere e realizzare il loro potenziale, dalla prima infanzia all'adolescenza. E non ci arrendiamo mai.

UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight si occupa delle questioni attuali ed emergenti considerate di massima importanza per bambini e adolescenti. Opera per promuovere il cambiamento mediante ricerca e previsione su tematiche legate ai diritti dei bambini, alimentando il dibattito a livello mondiale e coinvolgendo attivamente bambini e adolescenti nei suoi progetti.

UNICEF Innocenti fornisce ai leader di pensiero e ai responsabili decisionali le prove di cui hanno bisogno per edificare un mondo migliore e più sicuro per i bambini. Attraverso ricerche su questioni irrisolte ed emergenti UNICEF Innocenti utilizza dati primari e secondari che riflettono le voci dei bambini e delle loro famiglie, e grazie alle previsioni mette a fuoco l'agenda per l'infanzia, compresa l'analisi delle tendenze e lo sviluppo degli scenari. UNICEF Innocenti genera una variegata e dinamica serie di rapporti di alto livello, analisi e documenti politici, agendo come piattaforma per il dibattito e la promozione dei diritti dei bambini.

UNICEF Innocenti fornisce risposte alle preoccupazioni più urgenti di ogni bambino e adolescente

Pubblicato da

UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight
Via degli Alfani, 58
50121, Firenze, Italia

Web: unicef.org/innocenti

Email: innocenti@unicef.org

Social media: @UNICEFINnocenti on Bluesky, Instagram, LinkedIn and YouTube

Traduzione italiana a cura del

Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione ETS

Via Palestro, 68
00185, Roma
www.unicef.it

Per citare questo rapporto

UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight, *Innocenti Report Card 19: Child well-being in an unpredictable world*, UNICEF Innocenti, Florence, May 2025.

per ogni bambino, **risposte**