



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E SANITÀ PUBBLICA

AVEZZANO:

LA QUALITÀ DELLA VITA VISTA DAI GIOVANI

A cura di:

V. COFINI, A. CARBONELLI, M. MICHETTI, F. GENTILE, R. CANTALINI

Indagine realizzata con il contributo dei ragazzi delle classi IV e V
delle Scuole Medie Superiori di Avezzano

Si ringraziano:

- tutti gli **studenti delle classi IV e V** delle Scuole Medie Superiori di Avezzano (Anno Scolastico 2004-2005) che hanno compilato il questionario.
- gli insegnanti e i Dirigenti scolastici che hanno accolto con entusiasmo la ricerca e che hanno contribuito alla sua riuscita:

ISTITUTO PROFESSIONALE AGRICOLTURA E AMBIENTE

Dirigente Scolastico Dr. Sandro **CASOLI**

Referente Prof.ssa Iconavetere **NOTARANTONIO**

ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE "ETTORE MAJORANA"

Dirigente Scolastico Prof.ssa Anna **AMANZI**

Referente Prof. Vincenzo **PEZZA**

LICEO SCIENTIFICO "VITRUVIO POLLIONE"

Dirigente Scolastico Prof. Angelo **BERNARDINI**

Referente Prof.ssa Terziana **DE MICHELIS**

ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE "G. GALILEI"

Dirigente Scolastico Prof.ssa Filomena Paola **D'AVOLIO**

Referente Prof. Emidio **SANTILLI**

LICEO CLASSICO "A. TORLONIA"

Dirigente Scolastico Prof. Pasquale **DEL PINTO**

Referente Prof. Sante Franco **SABINI**

ISTITUTO D'ARTE "A. BELLISARIO"

Dirigente Scolastico Prof. Ilio **LEONIO**

Referente Prof. Ilio **LEONIO**

ISTITUTO TECNICO PER GEOMETRI "L.B. ALBERTI"

Dirigente Scolastico Prof. Ilio **LEONIO**

Referente Prof.ssa Rossana **PETRICOLA**

Un grazie per la gentile collaborazione alla ASL di Avezzano:

Responsabile del Dipartimento di Prevenzione Dott.ssa Rossana **CASSIANI**

Dirigente medico Medicina delle Comunità Dott.ssa Gemma **FERRINI**

Un ringraziamento particolare all'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA':

Dott. Alberto **PERRA**, Dott.ssa Nancy **BINKIN** e Dott.ssa Silvia **COLITTI**

INDICE

PERCHÉ LO STUDIO	PAG. 1
RIASSUNTO	PAG. 3
BACKGROUND	PAG. 7
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	PAG. 12
CAP. 1 - LA RICERCA ED IL CAMPIONE IN STUDIO	
1.1. LA RICERCA	PAG. 14
1.2. DESCRIZIONE DEL CAMPIONE E STRUTTURA FAMILIARE	PAG. 15
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	PAG. 17
CAP. 2 - IL TEMPO LIBERO	
2.1. ATTIVITÀ SVOLTE DURANTE IL TEMPO LIBERO	PAG. 18
2.2. POSTI FREQUENTATI DURANTE IL TEMPO LIBERO	PAG. 20
2.3. FREQUENZA E MOTIVO DELL'USO DI INTERNET	PAG. 20
<i>DISCUSSIONE</i>	PAG. 22
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	PAG. 24
CAP. 3 - QUALITÀ DELLA VITA	
3.1. BENESSERE FISICO	PAG. 25
3.2. BENESSERE PSICOLOGICO E PERCEZIONE DELLO STATO PSICOFISICO	PAG. 26
3.3. IL RISCHIO DI DISAGIO	PAG. 30
3.4. PREFERENZE PROFESSIONALI	PAG. 31
3.5. RICORSO A PERSONE-RISORSA IN CASO DI PROBLEMI PERSONALI	PAG. 32
3.6. QUALITÀ DEI RAPPORTI CON LA FAMIGLIA	PAG. 33
3.7. QUALITÀ DEI RAPPORTI CON I COETANEI	PAG. 34
<i>DISCUSSIONE</i>	PAG. 34
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	PAG. 36
CAP. 4 - COMPORTAMENTI A RISCHIO	
4.1 FUMO	PAG. 38
<i>DISCUSSIONE</i>	PAG. 43
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	PAG. 45
4.2 ALCOL	PAG. 46
<i>DISCUSSIONE</i>	PAG. 55
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	PAG. 57
4.3 SOSTANZE STUPEFACENTI	PAG. 58
<i>DISCUSSIONE</i>	PAG. 66
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	PAG. 69
4.4 SESSUALITÀ	PAG. 70
<i>DISCUSSIONE</i>	PAG. 74
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	PAG. 78
CAP. 5 - ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA	
5.1 ALIMENTAZIONE	PAG. 80
5.2 ATTIVITÀ SPORTIVA	PAG. 85
<i>DISCUSSIONE</i>	PAG. 86
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	PAG. 88
QUELLO CHE DICONO I RAGAZZI	PAG. 90
CONCLUSIONI E RIFLESSIONI	PAG. 91
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	PAG. 98

PERCHÉ LO STUDIO “AVEZZANO: LA QUALITÀ DELLA VITA VISTA DAI GIOVANI”?

Questo lavoro vuole essere un modesto contributo alla possibilità di sensibilizzare e sviluppare la cultura della prevenzione e della promozione della salute, presso i soggetti che maggiormente sono esposti al rischio di comportamenti dannosi per la salute, che troppo spesso sottovalutano l'educazione e l'informazione ricevuta o per i quali troppo spesso l'informazione e l'educazione alla salute non è ritenuta prioritaria nella fase della formazione e dello sviluppo della personalità.

Lo studio nasce dall'impegno di chi crede nell'importanza della ricerca scientifica per la programmazione di scelte e di attività, funzionali al miglioramento della qualità di vita di un cittadino, di un paziente o come in questo caso di un giovane studente.

L'obiettivo che ha animato lo studio, è stato quello di indagare sui comportamenti dei nostri giovani per tentare di organizzare iniziative e progetti operativi a livello locale, con l'auspicio di sviluppare il coinvolgimento attivo dei giovani stessi, con lo scopo di migliorare la qualità delle informazioni rispetto a certi comportamenti e stili di vita, al fine di garantire interventi preventivi specifici ed efficaci. E' per questo motivo che le componenti universitarie del progetto, con la disponibilità e l'incoraggiamento dell'Istituto Superiore di Sanità, hanno cercato la condivisione e la collaborazione della ASL e della Scuola, per la progettazione e la realizzazione dell'indagine e per lo sviluppo della fase di azione preventiva e di educazione attraverso gli elementi acquisiti.

E' doveroso da parte mia ringraziare la responsabile del C.S.A. dell'Aquila, Dott.ssa Rita Vitucci, che ha condiviso per prima il progetto sensibilizzando i Dirigenti Scolastici ad aderire allo studio.

Sono a ringraziare i Dirigenti Scolastici coinvolti, non solo perché hanno accolto con speciale disponibilità il gruppo di ricerca, mettendo a disposizione tempo, personale e strutture per la realizzazione delle interviste, soprattutto per la preoccupazione e la fiducia mostrata al gruppo di ricerca nella convinzione di impegnarsi per un obiettivo assolutamente utile ai propri studenti.

Acquisire conoscenze senza agire conseguentemente, significherebbe tradire le aspettative di tutti e soprattutto dei giovani che con grande entusiasmo hanno accettato di partecipare allo studio. Per questo oltre ai giovani studenti che con grande maturità hanno accettato di collaborare, ringrazio la Dott.ssa Rossana Cassiani responsabile del Dipartimento di Prevenzione della ASL Avezzano-Sulmona, che da subito ha aderito al progetto garantendo la disponibilità delle competenze e delle professionalità del Dipartimento per interventi operativi locali. Ringrazio con grande piacere il Dott. Alberto Perra dell'Istituto Superiore di Sanità, non solo perché ha messo a disposizione del gruppo di ricerca dell'università dell'Aquila, l'idea e gli strumenti scientifici per la

realizzazione dello studio, ma anche per la pazienza e l'affetto dimostrato in tutte le occasioni dedicate a questo lavoro.

Ringrazio le mie colleghe Dott.ssa Rossella Cantalini, Dott.ssa Anna Carbonelli, Dott.ssa Monica Michetti e Dott.ssa Francesca Gentile, per la professionalità e la dedizione mostrata in tutte le fasi del progetto ed il Prof. Stefano Necozone per i suoi suggerimenti e preziosi consigli.

In ultimo, mi sia consentito di ringraziare il mio maestro Prof. Ferdinando di Orio che con la sua capacità di motivare le persone, di suscitare entusiasmo e con la sua spinta propulsiva sempre viva ed incoraggiante, mi ha trasferito la passione per la ricerca scientifica e la possibilità di accrescere le mie conoscenze e le mie capacità professionali, consentendomi di organizzare e sviluppare la ricerca di seguito presentata, forte delle esperienze maturate sotto la sua guida.

Vincenza Cofini

RIASSUNTO

Obiettivi dello studio

L'obiettivo dello studio è quello di identificare lo stato di salute ed i comportamenti a questa legati nella popolazione adolescenziale, con lo scopo di individuare comportamenti a rischio per la salute e comprendere ed eventualmente suggerire, entrando direttamente in contatto con il contesto della popolazione in studio, un sistema di monitoraggio per i fattori ed i processi che possono determinare outcome di salute negli adolescenti.

Come è stato realizzato lo studio

È stato realizzato uno studio di prevalenza attraverso un campione rappresentativo degli studenti frequentanti le Scuole Medie Superiori del Comune di Avezzano (AQ), realizzando 521 interviste con un questionario standardizzato fornito dal “Gruppo PROFEA” dell’Istituto Superiore della Sanità. Il questionario ha previsto items a risposta chiusa e prevalentemente a risposta multipla, con due domande aperte riguardanti rispettivamente le aspettative sul mondo del lavoro e giudizi soggettivi su come migliorare la qualità della vita dei giovani all’interno della scuola. I dati in possesso indicavano nel territorio di riferimento, una popolazione complessiva di 2152 studenti distribuiti in 100 classi presso 8 Scuole Medie Superiori di Avezzano. Il piano di campionamento basato sulla tecnica della *probabilità proporzionale alla dimensione* (probability proportional to size), ha consentito di selezionare 30 classi riferite a 7 Istituti. Attraverso la collaborazione delle Scuole partecipanti all’indagine, presso ogni Scuola è stato nominato un referente per l’attività di preparazione e sensibilizzazione allo studio. I questionari sono stati anonimamente compilati dagli studenti che hanno accettato di partecipare alla ricerca, previo consenso informato (a cura dei genitori in caso di minorenni). La compilazione è avvenuta in classe alla presenza di un operatore appartenente al gruppo di ricerca e in ogni Scuola, la rilevazione è avvenuta nello stesso giorno e nella stessa ora in tutte le classi selezionate.

I risultati principali dello studio

La gestione del tempo libero e le sensazioni legate alla qualità di vita

Dall’analisi emerge che il gruppo dei pari si afferma sempre più come principale punto di riferimento per l’adolescente, che cerca al di fuori della famiglia sostegno sociale ed affettivo. La preferenza dei bar e dei pub come luogo del tempo libero, indica la volontà di relazionarsi e sottolinea l’importanza del dialogo, oltre che del semplice stare insieme. I dati testimoniano che i ragazzi della nuova generazione preferiscono ad un buon

libro, l'uso delle moderne tecnologie che stanno diventando sempre più indispensabili nella vita quotidiana di ogni individuo e mostrano come i giovani nutrano poco interesse per l'attività fisica.

Tra i ragazzi intervistati è stato riscontrato un livello complessivamente positivo di auto-percezione ed accettazione di sé. Il 15% denota un ottimo livello di autostima e quasi la totalità del campione giudica buono il proprio stato di salute. Dall'analisi dello stato di salute fisica ed emotiva percepita, emerge che circa un ragazzo su tre presenta livelli di medio ed alto rischio di disagio. Il rischio di disagio si rileva significativamente più alto tra le femmine.

Con riferimento alle prospettive lavorative, i giovani sembrano avere le idee molto chiare, infatti, hanno tutti dichiarato la propria preferenza o aspettativa mentre solo il 13% degli stessi è ancora incerto sul proprio futuro.

***Le abitudini
legate al
fumo di
sigaretta***

Il 79% degli studenti intervistati ha fumato almeno una volta nella vita. L'età media di iniziazione al fumo risulta essere 15 anni per le femmine e 14 anni per i maschi, più basse, di quelle riportate a livello nazionale. Il campione in esame sembrerebbe indicare un graduale aumento del numero di fumatori nella fascia di età 17-19 anni. A partire dai 17 anni, infatti, la presenza di fumatori con forte dipendenza, tende a salire e soprattutto tra il sesso femminile. Infatti, le 17enni e le 18enni hanno fumato di più rispetto ai maschi negli ultimi 30 giorni; nello stesso periodo, i 19enni ed i 20enni hanno fumato di più rispetto alle femmine. Da sottolineare il fatto che pur fumando, il 48% dei fumatori non si considera tale e tra coloro che hanno dichiarato di aver pensato di smettere di fumare, prevalgono i maschi. Tra coloro che hanno dichiarato di non fumare attualmente, il 79% motiva tale scelta perché pensa che il fumo danneggi la salute.

***Le abitudini
legate al
consumo di
bevande
alcoliche***

Rispetto al consumo di bevande alcoliche, l'immagine del nostro campione è complessivamente in linea con i dati nazionali attuali. Il numero dei consumatori, tende a crescere con l'età, e c'è da sottolineare la prevalenza del sesso femminile. Tra i giovani è evidente il numero di consumatori di birra e di coloro che considerano le bevande alcoliche non solo parte integrante del pasto, ma anche elemento da consumare in contesti più legati al tempo libero. I consumatori di alcol presentano rapporti conflittuali con la famiglia. I maschi appaiono maggiormente esposti al rischio di consumo e tra essi prevale in modo importante la figura del bevitore occasionale cosiddetta "binge drinker". Appare preoccupante la mancata percezione dell'essere bevitore tra le categorie dei consumatori definiti "binge" e tra coloro che sono stati definiti consumatori "ad alto rischio". Tra i consumatori ad alto rischio emerge significativamente la motivazione che "bevono per evadere da problemi quotidiani".

Per quanto riguarda l'alcol e la guida, i giovani appaiono quasi completamente disinformati sui tempi di attesa necessari tra l'assunzione di alcol e la possibilità di mettersi alla guida di un mezzo. Solamente il 15% degli intervistati ha saputo indicare, infatti, la necessità di attendere 1 ora prima di mettersi alla guida. Inoltre, appare molto bassa la percezione del rischio cui ci si espone viaggiando con qualcuno che guida in stato di ebbrezza.

Le abitudini legate al consumo di sostanze stupefacenti

Il 49% dei giovani intervistati ha dichiarato di consumare sostanze stupefacenti con un'età media della prima volta di 16 anni sia per i maschi sia per le femmine. La sostanza più utilizzata tra gli studenti è risultata essere la cannabis, seguita dalla cocaina, dall'ecstasy e dall'eroina. La quasi totalità dei consumatori, ha dimostrato di non temere di diventare dipendente da sostanze stupefacenti. Per molti giovani il consumo delle sostanze stupefacenti considerate nello studio, avviene in un contesto di normalità, non vi vedono nulla di patologico, si sentono ancora protagonisti della propria vita, ritengono di poter smettere quando vogliono, il rischio legato all'assunzione di tali sostanze viene scarsamente percepito. Non temono affatto di cadere nel tunnel della tossicodipendenza i consumatori di ecstasy (11%).

Le abitudini legate alle esperienze sessuali

Poco più della metà degli studenti intervistati, per la maggior parte di sesso maschile, ha dichiarato di avere avuto rapporti sessuali. Per entrambi i sessi il primo rapporto sessuale è avvenuto prevalentemente nella fascia di età compresa tra i 16 ed i 17 anni. I maschi sono attivi sessualmente prima delle femmine, mentre nel confronto tra i due sessi, l'attività sessuale dopo i 17 anni è stata rilevata maggiormente per le femmine. La maggior parte delle studentesse ha rapporti sessuali con un solo partner, mentre i maschi tendono ad avere rapporti con più persone. Il preservativo appare il metodo anticoncezionale più utilizzato. Rispetto alla contraccezione, durante l'ultimo rapporto non è mai stato usato alcun metodo di contraccezione dal 51% circa delle studentesse. Quasi il 3% degli studenti ha sperimentato almeno una gravidanza ed il 43% circa delle stesse, sono state riferite da studenti di entrambi i sessi che non hanno usato alcun metodo di contraccezione durante l'ultimo rapporto sessuale..

Le abitudini alimentari

Il 70% degli studenti si presenta come "normopeso". Le studentesse prevalgono nella categoria dei "sottopeso" ed in generale si presentano più preoccupate di perdere peso. Un dato preoccupante appare quello sulla insoddisfazione rispetto al proprio peso mostrata dagli studenti di entrambi i sessi, sebbene più evidente tra le femmine, classificati come "normopeso" e "sottopeso". A fronte dell'esigenza di perdere peso, tra coloro che hanno dichiarato di avere mangiato meno cibo o assunto meno calorie o

cibi dietetici negli ultimi trenta giorni precedenti l'intervista, il 72% è rappresentato da studentesse e solamente il 40% degli studenti di entrambi i sessi ha praticato attività sportiva per lo stesso scopo.

***Come
migliorare la
qualità di
vita nella
scuola***

Il 93% degli intervistati ha liberamente indicato il proprio suggerimento per intervenire nella Scuola con lo scopo di migliorare la qualità di vita in tale contesto. La maggior parte dei suggerimenti si riferiscono alle componenti didattiche e gestionali delle Scuole. I giovani preferirebbero un rapporto diverso con gli attuali insegnanti e con la classe dirigente, auspicano un maggiore coinvolgimento nelle scelte delle offerte formative, indicando tra l'altro, il desiderio di maggiore attenzione delle Scuole a progetti di educazione e promozione della salute.

Cosa fare per migliorare la qualità di vita dei giovani

Sulla base dei risultati dello studio emerge la necessità di un rafforzamento delle conoscenze dei giovani in merito a diverse questioni. E' auspicabile l'organizzazione di interventi di educazione e formazione, che favoriscano la percezione del rischio legato a certi comportamenti rischiosi per la salute e la diffusione delle informazioni adeguate per prevenire o ridurre il rischio di tali comportamenti. Non si può pensare di organizzare interventi senza la partecipazione ed il coinvolgimento attivo di coloro cui gli interventi sono indirizzati. E' auspicabile che le azioni rivolte ai giovani siano pensate specificatamente per questa particolare età e sfruttino le risorse conoscitive disponibili ad ogni livello. In tal senso, appare ancora più desiderabile che il lavoro presentato, possa essere inserito tra gli strumenti utili agli esperti in attività di prevenzione sanitaria e di counselling, per la scelta delle attività di prevenzione finalizzate alla tutela della qualità di vita e della salute dei giovani.

BACKGROUND

Il background scientifico di questo studio ha le sue radici nella cultura della salute di cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è fatta promotrice. Il concetto di salute deve, infatti, essere inteso nel senso più ampio del termine, come risorsa della vita quotidiana, e non solo come assenza di malattia. In questo senso essa comprende, oltre alla dimensione fisica, anche la dimensione sociale ed emozionale, che possono influenzare la prima, sia nel breve, sia nel lungo periodo (Hasting Centre, 1997).

Le considerazioni che stanno alla base degli interventi di promozione della salute sui giovani, derivano da alcune evidenze che emergono dalla letteratura:

- gli schemi ed i comportamenti di tutta una vita sono impostati nell'infanzia e nell'adolescenza;
- è difficile cambiare le cattive abitudini acquisite nella giovane età;
- alcuni comportamenti hanno un impatto negativo, oltre che sul singolo individuo, anche sulla famiglia e sulla società.

Molti comportamenti che caratterizzano lo stile di vita dei giovani, possono direttamente o indirettamente influenzare la loro salute a breve o a lungo termine. Bisogna inoltre tener presente il fatto che, alcune abitudini hanno la propria origine proprio in età adolescenziale: è proprio in questo periodo che si sperimentano alcuni comportamenti nuovi (utilizzo di sostanze, relazioni di amicizia e di coppia più intime). Altre condotte, ad esempio gli stili alimentari, che si stabilizzano normalmente in anni precedenti, possono essere modificati in questo periodo di maggiore autonomia (Bertinato et Al, 2003).

Nel documento dell'OMS per la regione europea sono stati identificati gli obiettivi della salute per i prossimi 15 anni, a partire dall'anno 2000. Il documento prevede che *“entro il 2015 gli effetti negativi per la salute derivanti dal consumo di sostanze che producono dipendenza come il tabacco, l'alcool e le droghe psicoattive, debbano subire riduzione significativa in tutti gli Stati Membri”* (Ministero della Salute, 1999).

La ricerca, vuole contribuire a rispondere al bisogno di benessere della popolazione giovanile, la cui mancata soddisfazione trova sovente espressione in comportamenti nocivi alla salute, quando non chiaramente devianti e antisociali. La comprensione dei determinanti di questi comportamenti a rischio e, specularmente, dell'elaborazione di valori positivi, può contribuire alla promozione ed attuazione di politiche sociali che indirizzino verso l'adozione di comportamenti orientati ad un corretto sviluppo sanitario e psico-comportamentale (HBSC, 2002).

Per il reclutamento della popolazione target, negli interventi rivolti agli adolescenti, la scuola diventa il luogo privilegiato, permettendo di raggiungere una grande percentuale della popolazione

di quelle fasce d'età. Per pianificare interventi efficaci, è necessario, quindi, disporre dei dati sulla prevalenza dei comportamenti sui quali si vuole intervenire.

I comportamenti a rischio degli adolescenti che più sono collegati ai problemi di salute, durante questa fase della vita, sono rappresentati principalmente dal fumo, dall'alcol, dall'alimentazione e dall'attività sportiva.

Tempo libero

Il tempo libero per i giovani va oltre l'accezione tradizionale di tempo di evasione, di fuga dagli impegni quotidiani, prospettandosi come un vero e proprio spazio di identificazione sociale (Eurispes e Telefono Azzurro, 2004).

Il tempo libero viene utilizzato dai ragazzi prevalentemente incontrando gli amici (ISTAT, 2000), trascurando l'attività fisica dalla quale gli adolescenti potrebbero ottenere benefici sia in termini di salute, legati soprattutto al progressivo aumento dell'obesità in questa fascia d'età, sia come canale di sfogo, consentendo una migliore autostima e aumentando la capacità di socializzazione (Ministero della Salute, 2003) (Welk et Al, 2000).

Infine, i dati testimoniano che i ragazzi della nuova generazione preferiscono ad un buon libro, l'uso delle moderne tecnologie che stanno diventando sempre più indispensabili nella vita quotidiana di ogni individuo (CENSIS, 2003).

Qualità della vita

La percezione della qualità della vita può essere correlata a comportamenti a rischio: alcol e fumo sono spesso associati ad una scarsa autostima (Dallago, 2001).

I giovani si sentono qualche volta tristi, soli e stanchi: questi tre fattori sono connessi alla percezione soggettiva del proprio benessere ed alla qualità della propria vita (Fox, 2000).

Nella "seconda infanzia", avere un amico intimo ed essere accettato nel proprio gruppo dei pari sono fattori protettivi, positivamente associati all'autostima ed alla mancanza di sentimenti di solitudine nelle età successive (Parker, Asher, 1993).

Anche se a volte sembra che per i giovani conti solo la compagnia ed il parere dei coetanei, in realtà gli adolescenti di oggi, hanno più che mai bisogno di saldi punti di riferimento, cioè di adulti autorevoli e coerenti che si sappiano assumere la responsabilità educativa, che aiutino loro a crescere, che possano dare loro suggerimenti, comprensione, appoggio, approvazione, considerazione (Marchetti, 2005).

Fumo

Il fumo rappresenta la principale causa di mortalità evitabile nei Paesi occidentali dove il 20% delle morti è proprio attribuibile al fumo (Istituto Superiore di Sanità, 2005).

E' dimostrato che il fumo sia associato a gravi problemi fisici (cancro, problemi circolatori, affezioni alle vie respiratorie, ecc.) e come i rischi aumentino in fumatori assidui e precoci. Prevenire l'inizio del fumo nell'adolescente è un'azione prioritaria di sanità pubblica. Studi in vari Paesi, hanno dimostrato che gli adolescenti dicono di fumare perché i loro compagni fumano, perché il fumo fa sentire loro più importanti, diminuisce lo stress o fa restare magri. Per gli adolescenti il fumo svolge significative funzioni psicologiche e sociali, i cui benefici immediati possono sovrastare i rischi a lungo termine per la salute. Il fumo è vissuto dai giovani come un elemento del divenire adulti, come segno di emancipazione e di trasgressione. Gli viene attribuito un valore positivo, soprattutto perché legato ad un momento di passaggio, di crescita e di coesione di gruppo. Chi fuma si sente e sembra più adulto agli occhi dei compagni e viene ancora oggi più facilmente apprezzato. Per questi motivi molti giovani incominciano in adolescenza a fumare: dato particolarmente preoccupante visto che la precocità del primo contatto col fumo è fortemente correlata con il perseverare nel tempo del comportamento abituale (Bertinato et Al. 2003).

I fattori correlati con l'abitudine al fumo nell'adolescente sono età, sesso, disaggregazione familiare, basso stato socio economico (SES), la famiglia (fumo dei genitori e indifferenza al problema), l'influenza dei compagni e le dinamiche legate all'adesione al gruppo. Inoltre, così come per molti comportamenti dell'età adulta e dell'adolescenza, il fumo è associato con altri comportamenti a rischio (alcol e droghe), con lo stress e l'autostima (CDC, 2003).

Vari studi di Evidence Based Prevention (EBP), dimostrano che i programmi di educazione alla salute sono efficaci, soprattutto, quando sono ripetuti spesso, e che altrettanto efficaci si sono dimostrati la limitazione dell'accesso alle sigarette e la proibizione del fumo a scuola (CDC, 2003).

Alcol

Secondo l'OMS, nel 1999 un decesso su quattro, nei giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni che vivono nella Regione Europea, è causata dal consumo di alcol: nello stesso anno circa 55.000 giovani sono morti a causa degli effetti legati al consumo di sostanze alcoliche (Scafato, 2002). Gli effetti del consumo eccessivo di alcol sono riscontrabili non solo in termini di malattie (cancro, malattie del fegato, disturbi cardiaci), ma anche come problemi sociali ed economici. Necessario risulta il comprendere le motivazioni che spingono all'uso e quindi le funzioni che l'alcol svolge in età adolescenziale: da una parte, vi è sicuramente il desiderio di togliersi dalla noia, dalla tristezza, dall'imbarazzo, dall'altra, il desiderio di raggiungere dei modelli di comportamento reali (amici, compagni, adulti conosciuti) o virtuali (modelli pubblicitari) ritenuti vincenti (Bertinato et Al. 2003).

La prima causa di morte tra i giovani è notoriamente legata agli incidenti stradali (poco meno di 3000 decessi l'anno circa) e tra questi almeno il 40-50% è alcol-correlata. La probabilità di provocare incidenti mentre si guida aumenta di 5 volte per livelli di alcool nel sangue di 0.5 grammi

per litro. Circa il 10% di tutti gli incidenti lavorativi e del 30% circa di tutti gli incidenti stradali che ogni anno si verificano in Italia, sono attribuibili ad abuso alcolico. La recente adozione di una riduzione dei livelli consentiti di alcolemia alla guida di 0,5 grammi/litro (due bicchieri di vino ai pasti o due boccali di birra o due bicchierini di vino ai pasti o due bicchierini di amaro o superalcolico), rispetto agli 0.8 previsti dalla precedente normativa rappresenta un primo importante passo per contribuire a ridurre i possibili danni e rischi derivanti dal consumo di alcool in particolari contesti. Nel prossimo futuro il livello di alcolemia consentito alla guida è destinato a diminuire progressivamente in tutta Europa con l'obiettivo di giungere, in giro di pochi anni, a zero (Scafato, 2002).

Sostanze stupefacenti

Alla luce dei dati più recenti è possibile affermare che il fenomeno della tossicodipendenza riguarda oggi, in misura largamente prevalente, l'uso contemporaneo di più sostanze, dalle cosiddette droghe leggere, alle amfetamine, all'eroina e alla cocaina (Consiglio dei Ministri, 2004).

Il progressivo diffondersi dei consumi di sostanze psicotrope tra i giovani, ha generato una situazione di diffusa apprensione ed una conseguente mobilitazione verso la ricerca di strumenti di analisi e di intervento (Bertinato et Al. 2003).

E' anche accertato come l'età del primo approccio con le sostanze, sia in continua e progressiva diminuzione: recenti ricerche hanno posto in evidenza come essa sia collocabile, per la stragrande maggioranza dei consumatori di droghe, fra gli 14 e i 19 anni, con la media della "prima esperienza" stabilizzata ormai al di sotto dei 13 anni (Consiglio dei Ministri, 2004).

L'utilizzo di sostanze psicotrope si pone, quindi, in relazione ai compiti di sviluppo e ai cambiamenti che il soggetto si trova ad affrontare nella sua esperienza di vita. L'uso regolare di droga durante l'adolescenza disturba il processo di maturazione dell'adolescente e rende difficile affrontare con successo i compiti dell'età adulta. Le conseguenze sono comunque diverse secondo le sostanze utilizzate. A livello psicologico, l'uso determina soprattutto un'accelerazione dello sviluppo psicosociale: il consumatore, che si percepisce più adulto di quanto realmente è, intraprende prematuramente ruoli adulti. L'individuo, in tal modo, sviluppa una maturità fittizia che non è in grado di sostenerlo in modo adeguato e lo porta ad affrontare spesso esperienze d'insuccesso e di maggior rischio (Bertinato et Al, 2003).

Comportamenti sessuali

Secondo i dati del CDC, nel 2002 negli Stati Uniti il tasso di gravidanza rilevato tra giovani in età compresa tra i 15 ed i 19 anni è risultato pari al 5,2% circa. In Italia si riscontra una bassa percentuale di gravidanze in età adolescenziale (2,25%), paragonabile ai tassi osservati in altri Paesi europei quali Germania, Danimarca, Finlandia, Svezia e Francia. I dati riguardanti le Regioni

italiane mostrano marcate differenze geografiche: nelle Regioni meridionali, infatti, si registra una percentuale più elevata di gravidanze in età adolescenziale rispetto alle Regioni del Nord. La preoccupazione per la salute riproduttiva dei giovani, risiede nel fatto che oltre al problema delle gravidanze non desiderate, i giovani sono esposti al rischio di malattie sessualmente trasmissibili, più degli adulti. In tal senso, dovrà essere sviluppata la prevenzione primaria delle gravidanze non desiderate in età adolescenziale con un'appropriate educazione sessuale, che deve vedere coinvolti tutti gli educatori e il personale sociosanitario, accanto alle famiglie, nell'ambito di un progetto di educazione volto alla procreazione responsabile ed alla prevenzione delle malattie trasmissibili per via sessuale (Ministero della salute, 2003).

Stato nutrizionale

Nei Paesi sviluppati come anche in quelli in via di sviluppo, il problema del sovrappeso negli adulti rappresenta oggi un elemento significativo sia per la percentuale di chi ne soffre, sia per la mortalità che ne consegue. Anche se i bambini hanno generalmente meno problemi di peso degli adulti, quelli tra loro con problemi di eccesso di peso tendono con più probabilità a diventare adolescenti e adulti sovrappeso e, di conseguenza, corrono maggior rischio di sviluppare problemi associati alla salute. Per questa ragione, il problema dell'eccesso di peso giovanile sta diventando una priorità della sanità pubblica (Food Today, 2004).

La dieta e la nutrizione sono fattori importanti nella promozione e nel mantenimento di un buono stato di salute nel corso di tutta la vita (WHO, 2002).

L'attenzione alle problematiche dell'attività fisica è in linea con la tendenza a considerarla un elemento non disgiunto dal complesso dieta/nutrizione/salute (WHO, 1990).

BIBLIOGRAFIA

Bertinato L, Mirandola M, Ramazzo L, Santinello M (2003). *Secondo rapporto sullo stato di salute e gli stili di vita dei giovani veneti in età scolare*

CENSIS (2003). 3° Rapporto sulla comunicazione in Italia, "Giovani e Media", Ottobre 2003

CDC (2002). Trends in sexual Risk Behaviours among Hight Students-United Sates, 1991-2001. *Morbidity & Mortality Weekly Report*, September 27, 51(38); 856-859. Consultabile su: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5138a2.htm>

CDC (2003). The community guide: *Prevenzione delle lesioni a carico dei passeggeri di veicoli a motore: strategie volte a incrementare l'uso delle cinture di sicurezza e dei seggiolini auto per bambini e a ridurre la guida in stato di ebbrezza*. Consultabile su: <http://www.epicentro.iss.it/ebp/veicoli.htm>

- CDC (2003). The community guide: *Strategie volte a ridurre l'esposizione al fumo di tabacco, incoraggiare i fumatori a smettere di fumare e ridurre il numero di persone che iniziano a fumare, da attuare in contesti comunitari e presso strutture del sistema sanitario*. Consultabile su: <http://www.epicentro.iss.it/ebp/tabacco.htm>
- Consiglio dei Ministri – Dipartimento degli Affari Sociali – Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia 2004
- Dallago L (2001). Rapporto sullo Stato di Salute e gli Stili di Vita dei Giovani Veneti in Età Scolare. *Salute: benessere fisico, emotivo e sociale*. Consultabile su: http://www.educare.it/studi/rapporto_HBSC/capitolo_2.html
- Eurispes e Telefono Azzurro (2004). *5° Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'infanzia e dell'Adolescenza*
- Food today (2004) *I benefici dell'attività fisica*. N°36
- Fox KR (2000). Self-esteem, self perceptions and exercise. *International Journal o Sport Psychology*, 31: 228-240
- Hastings Center Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia*, 45:1-48
- HBSC (2002). Research Protocol for the 2001-2002 Survey. Consultabile su: www.hbsc.org
- ISTAT (2000). Indagine Multiscopo sulle famiglie, “*I cittadini e il tempo libero*”
- Istituto Superiore di Sanità - *Rapporto annuale sul fumo 2004* - Indagine Doxa 2005
- Marchetti P (2005), *Adolescenza è...*, *Bussola Salute*, 2° quadrimestre 2005
- Ministero della Salute (1999). *Health in Italy in the 21st century*. WHO, European Centre for Environmental Health
- Ministero della Salute (2003), *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002*
- Parker JG, Asher S (1993). Friendship and friendship quality in middle childhood: links with peer group acceptance and feeling of loneliness and social dissatisfaction. *Developmental Psychology*, (29): 611-621
- Scafato E, Massari M. *Il consumo di bevande alcoliche: generazioni a confronto*, 2002. Consultabile su: www.ossfad.iss.it/publ/ppdf/0009.pdf.
- Welk GJ, Corbin CB, Dale D (2000). Measurement issues in the assessment of physical activity in children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71 (2): 59-73
- WHO (1990). *Diet, nutrition, and the prevention of chronic disease*. Report of WHO study group. Ginevra
- WHO (2002). Resolution WHA53.23. Diet, physical activity and health. In: Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 13-18 May 2002. Volume 1. Resolution and decision, annexes. Geneva :28-30

CAPITOLO 1

LA RICERCA ED IL CAMPIONE IN STUDIO

1.1. LA RICERCA

Lo studio “Avezzano: la qualità della vita vista dai giovani” è stato promosso dalla Cattedra di Igiene della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi dell’Aquila, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione della ASL di Avezzano-Sulmona.

L’obiettivo principale dello studio è stato quello di identificare lo stato di salute e i comportamenti a questa legati nella popolazione adolescenziale, identificare i comportamenti a rischio per la salute; comprendere ed eventualmente suggerire, entrando direttamente in contatto con il contesto della popolazione in studio, un sistema di monitoraggio per i fattori ed i processi che possono determinare outcome di salute negli adolescenti.

Il disegno dello studio è di tipo trasversale di prevalenza.

La popolazione in studio è rappresentata dagli studenti del Comune di Avezzano (AQ) iscritti alle classi IV e V delle Scuole Medie Superiori.

I dati in possesso indicavano una popolazione complessiva di 2152 ragazzi distribuiti in 100 classi delle 8 Scuole Medie Superiori di Avezzano.

La procedura di campionamento ha seguito criteri di realizzabilità dell’inchiesta (30 classi).

Per la selezione delle classi è stato utilizzato il metodo della *probabilità proporzionale alla dimensione* (probability proportional to size) che ha permesso alle unità da campionare (i ragazzi) di avere le stesse probabilità di essere selezionate, evitando così che i ragazzi di Scuole con numerosità limitata avessero probabilità diverse di essere selezionati rispetto ai ragazzi di Scuole con numerosità elevata.

La rilevazione è stata realizzata tramite un questionario semistrutturato standardizzato. Tutti gli items sono a risposta chiusa e prevalgono items a risposta multipla.

La modalità delle domande chiuse ha consentito di ottenere, oltre ad un elevato tasso di risposta al questionario, una efficace standardizzazione ed una maggiore facilità di codifica e di analisi delle risposte fornite dagli studenti.

Il questionario utilizzato è stato tradotto dal gruppo di ricerca dell’Istituto Superiore di Sanità ed è pubblicato in allegato al protocollo di Ricerca dello Studio “Ostia: la qualità della vita vista dai giovani delle ultime classi delle Scuole Medie Superiori” (Profea, 2004).

I ricercatori dell'Università degli Studi dell'Aquila hanno preferito utilizzare uno strumento già esistente in letteratura per poter effettuare confronti con dati provenienti da altri campioni.

Il questionario è suddiviso in 8 sezioni e 50 items:

1. Dati anagrafici (età, sesso, struttura familiare);
2. Gestione del tempo libero;
3. Sensazioni legate alla qualità di vita;
4. Abitudini legate al fumo di sigaretta;
5. Abitudini legate al consumo di bevande alcoliche;
6. Abitudini legate al consumo di sostanze stupefacenti;
7. Abitudini legate alle esperienze sessuali;
8. Abitudini legate alle diete.

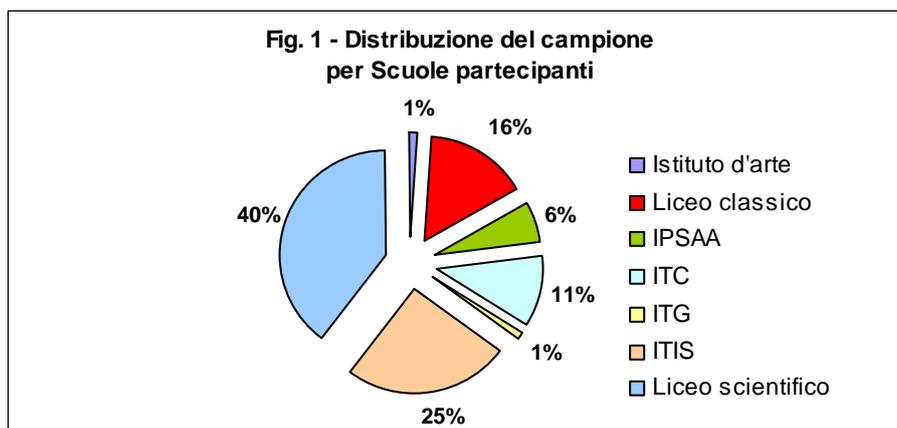
A queste sezioni è stata aggiunta una domanda aperta riguardante giudizi soggettivi su come migliorare la qualità della vita dei giovani all'interno della scuola ed una domanda aperta relativa alle aspettative (preferenze professionali) dei giovani sul mondo del lavoro.

I questionari, auto-compilati ed anonimi, sono stati somministrati in classe con la presenza del referente dello studio e con il sostegno di collaboratori dell'Università, previo consenso degli studenti maggiorenni e dei genitori per i minorenni.

1.2. DESCRIZIONE DEL CAMPIONE E STRUTTURA FAMILIARE

In totale sono state coinvolte fattivamente nello studio 7 Scuole Medie Superiori (30 classi) (Fig. 1). La numerosità campionaria è stata calcolata in 680 soggetti, 136 dei quali erano assenti nel giorno della rilevazione, 19 risultavano ritirati dai corsi di studi e solo 4 (0.6%) non avevano dato il consenso a compilare il questionario.

Il campione esaminato risulta essere, quindi, composto da 521 studenti, con età media di 18 anni e di sesso prevalentemente maschile (51%).



Con il termine “struttura familiare”, si è soliti indicare le regole con le quali si forma la famiglia, la sua ampiezza e la sua composizione, le modalità secondo cui si trasforma, si sviluppa e si divide (Molinari, 2005).

In Italia, nell’ultimo decennio, la struttura e le relazioni familiari si sono trasformate, così come nel resto d’Europa, attraverso cambiamenti culturali, economici e sociali che caratterizzano la società contemporanea. Gli effetti legati alla riduzione delle nascite hanno diminuito il numero medio di componenti familiari: la progressiva scomparsa della famiglia numerosa porta all’assenza o all’unico legame fraterno, limitando così la socializzazione all’interno della famiglia (D’Avino, 1999).

Il progressivo aumento di divorzi e separazioni ha portato all’emergere di nuove forme familiari quali le famiglie “monogenitoriali” e quelle “ricostituite” (Freguja, Sabbadini, 1999). Nelle famiglie ricostituite, uno o entrambi i partner provengono da esperienza di divorzio o separazione (Bertinato et Al., 2003)

La prospettiva della struttura familiare evidenzia come una famiglia con entrambi i genitori naturali (struttura *tipica*), fornisca un contesto più adeguato per la salute degli adolescenti, rispetto ad altre forme familiari, quale ad esempio quella *monogenitoriale* (Tinsley et Al., 2002).

In particolare molti studi evidenziano che chi vive con entrambi i genitori naturali sembra avere miglior rapporto con la scuola (Coley, 1998), una più alta autostima (Garnefski, Diekstra, 1997), un minor numero di comportamenti violenti e problematici (Hope et Al, 1998).

Dall’analisi emerge che nel nostro campione la maggior parte dei ragazzi fa parte di una famiglia *tipica*, infatti, il 93% degli intervistati ha dichiarato di abitare con entrambi i genitori, il 5% vive solo con la madre, l’1% abita con il padre, mentre il restante 1% dichiara di abitare o da solo o con parenti, quali zii e nonni.

BIBLIOGRAFIA

- Bertinato L, Mirandola M, Ramazzo L, Santinello M (2003). *Secondo rapporto sullo stato di salute e gli stili di vita dei giovani veneti in età scolare*
- Coley RL (1998). Children’s socialization experiences and functioning in single mother households: the importance of father and other men. *Child Development*, 69: 219-230
- D’Avino L (1999). *Varietà e trasformazione delle strutture e relazioni familiari*. Atti del convegno “Le famiglie interrogano le politiche sociali”. Bologna, 29-31 Marzo
- Freguja C, Sabbadini LL (1999), *"Famiglie ricostituite e libere unioni"*, Convegno "Le famiglie interrogano le politiche sociali", Bologna

- Garnefski N, Diekstra . (1997). Adolescents from one parent, stepparent, and intact families: emotional problems and suicide attempts. *Journal of Adolescence*, 20: 201-208
- Hope S, Power C, Rodgers B (1998), The relationship between parental separation in childhood and problem drinking in adulthood. *Addiction*, 93: 505-514
- Molinari L (2005) Breve storia dell'evoluzione della famiglia. Consultabile su: <http://www.cronologia.it/mondo47.htm>
- PROFEA (2004). Ostia: la qualità della vita vista dai giovani, ISS
- Tinsley BJ, Markey CN, Eriksen AJ, Ortiz RV, Kwasman A (2002). Health promotion for parents. In: Bornstein MH (a cura di), *Handbook of parenting. Practical issues in parenting*. New Jersey, LEA

CAPITOLO 2

IL TEMPO LIBERO

La percezione del tempo libero e la sua conseguente definizione può essere espressa a seconda che si consideri il tempo libero come tutto ciò che sta al di fuori degli orari di scuola (o di lavoro), oppure come il tempo della realizzazione del sé, sganciato da qualsiasi impegno e volto alla soddisfazione dei propri bisogni di creatività, svago, relax (ISTAT, 2000).

Durante l'adolescenza il gruppo diventa un filtro che si colloca tra la famiglia (contesto privato dal quale l'adolescente prende progressivamente le distanze), la scuola (contesto fin troppo istituzionalizzato nel quale l'adolescente non può esprimere liberamente i propri interessi o desideri), la società adulta (nella quale è richiesto un grado di maturità non ancora raggiunto) (Bonino et Al, 1997).

Il tempo libero, per i giovani va oltre l'accezione tradizionale di tempo di evasione, di fuga dagli impegni quotidiani, prospettandosi come un vero e proprio spazio di identificazione sociale. Nonostante questo, quella ludica prevale sulle altre dimensioni. La centralità di questa dimensione *peer to peer del loisir*, è ulteriormente confermata anche dalla scelta dei luoghi in cui generalmente si decide di trascorrere il tempo libero; oltre al bar ed al pub, la palestra e la discoteca rappresentano i luoghi di ritrovo più comuni (Eurispes e Telefono Azzurro, 2004).

Nati e cresciuti in un ambiente in cui la presenza dei mezzi di comunicazione appare come un dato naturale, i giovani entrano in rapporto con una pluralità di "media", con una frequenza ed intensità molto elevate, ignote alle generazioni che li hanno preceduti (CENSIS, 2003).

2.1. ATTIVITÀ SVOLTE DURANTE IL TEMPO LIBERO

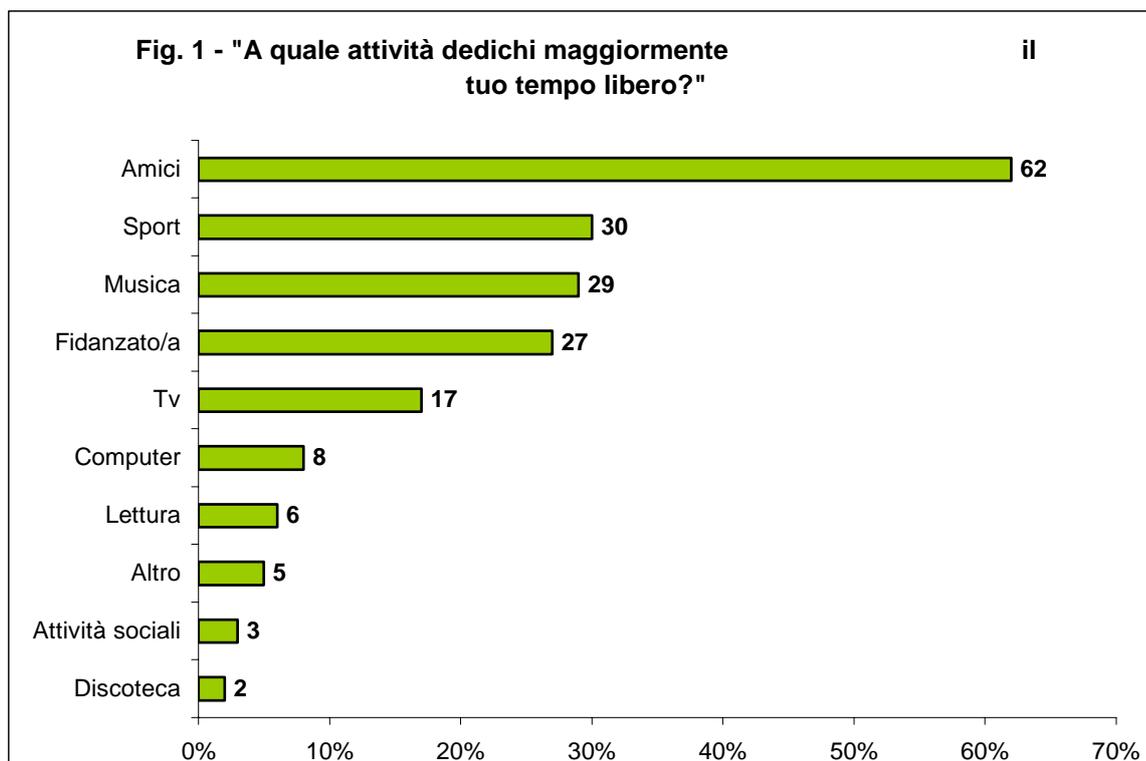
La dimensione relazionale è un aspetto molto importante del tempo libero. Dall'analisi effettuata sul nostro campione è risultato che, al di fuori dell'ambiente scolastico, la maggior parte dei ragazzi intervistati frequenta gli **amici** (62%) (Fig. 1).

I dati dimostrano come in questo periodo della vita diventano fondamentali gli amici, che non sono più dei compagni di giochi ma dei confidenti e delle persone con cui confrontarsi. Si sente l'esigenza di fare parte di un gruppo di coetanei con cui trascorrere il tempo libero, condividere interessi, confrontarsi. Nascono in questo modo i gruppi informali che si differenziano da quelli formali (quali la classe o la squadra sportiva) per non essere gestiti da adulti e non avere particolari finalità (Banche, 2005).

Il tempo che i ragazzi passano con i loro amici al di fuori di contesti supervisionati da adulti, siano essi genitori o insegnanti, acquisisce particolare importanza durante questa fase della vita. Le interazioni sociali all'interno del gruppo, possono rivelarsi un importante stimolo all'arricchimento delle abilità sociali del ragazzo (Hermann et Al, 1998).

Fare parte di un gruppo rafforza la propria autostima, ci si sente più forti perché non soli, il gruppo conferisce un'identità e senso di appartenenza ai suoi membri (Banche, 2005).

Rispetto all'**attività fisica**, dalla nostra indagine è risultato un andamento in linea con quello nazionale, infatti, solo il 30% dei ragazzi pratica sport. I giovani intervistati hanno dichiarato di dedicare poco tempo alla **lettura**. Quest'ultima, infatti, è considerata un'attività da svolgere al di fuori dell'ambiente scolastico solo dal 6% dei ragazzi. La **televisione** ed il **computer** sono considerate forme di svago (passivo) "extra-scolastico" rispettivamente per il 17% e per l'8% della popolazione in studio. Nonostante il computer sia ormai un mezzo di utilizzo comune, ben 9 ragazzi su 10 dichiarano di non utilizzarlo. Circa un ragazzo su tre dichiara di trascorrere il proprio tempo libero con il **partner**, oppure ascoltando la **musica** (27%, 29%). Andare in **discoteca** è risultata l'attività alla quale i giovani intervistati dedicano minor tempo libero (2%) (Fig. 1).

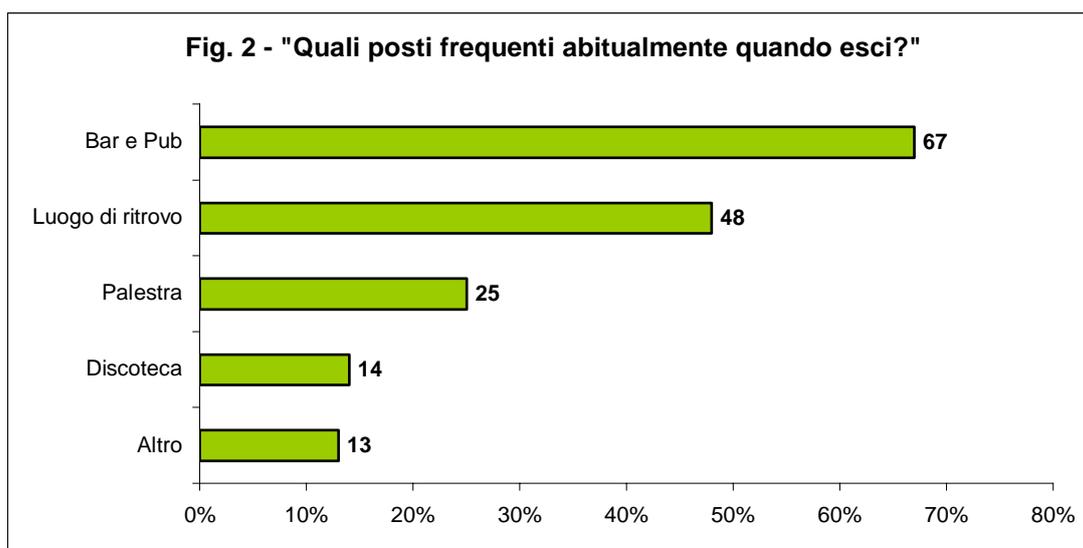


2.2. POSTI FREQUENTATI DURANTE IL TEMPO LIBERO

Al di fuori del contesto scolastico, i ragazzi che dichiarano di non uscire con gli amici durante i pomeriggi, risultano una percentuale abbastanza marginale (3%).

Confermando quanto riscontrato relativamente alle attività esercitate durante il tempo libero, i ragazzi hanno dichiarato di frequentare la palestra nel 25% dei casi. I luoghi di aggregazione più frequenti sono il bar ed il pub (67%) ed i luoghi più comuni di ritrovo, quali per esempio la parrocchia, la piazza, le associazioni (48%) (Fig. 2).

La preferenza dei bar e dei pub come luogo del tempo libero, indica la volontà di relazionarsi, sottolinea l'importanza del dialogo, oltre che del semplice stare insieme. L'informalità, la consuetudine del luogo in cui i ragazzi si incontrano, rimarcano questa dimensione familiare e quotidiana del contatto con i coetanei. Allo spazio formale della scuola, dunque, si contrappone lo spazio informale dei luoghi di ritrovo classici (Eurispes e Telefono Azzurro, 2004).



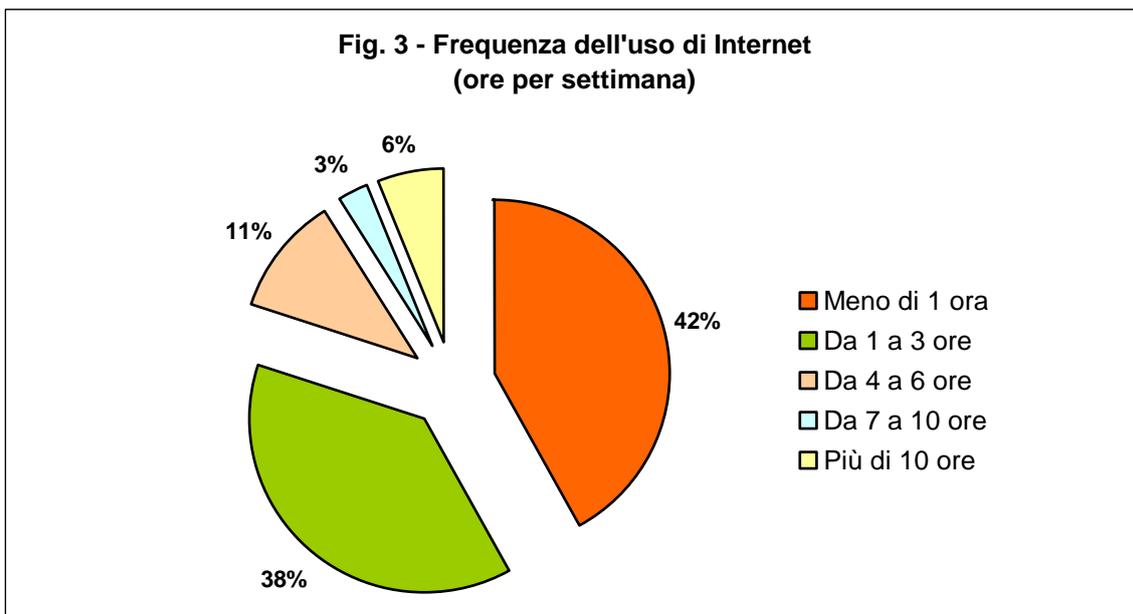
2.3. FREQUENZA E MOTIVO DELL'USO DI INTERNET

Internet è il mezzo che attira e contemporaneamente respinge con più forza, che sembra essere il più prossimo al mondo dei giovani per caratteristiche e modalità espressive, ma anche il più lontano, percepito come un labirinto entro cui può essere difficile orientarsi, anche a causa del ruolo non trascurabile costituito dalle barriere tecnologiche in entrata (CENSIS, 2003).

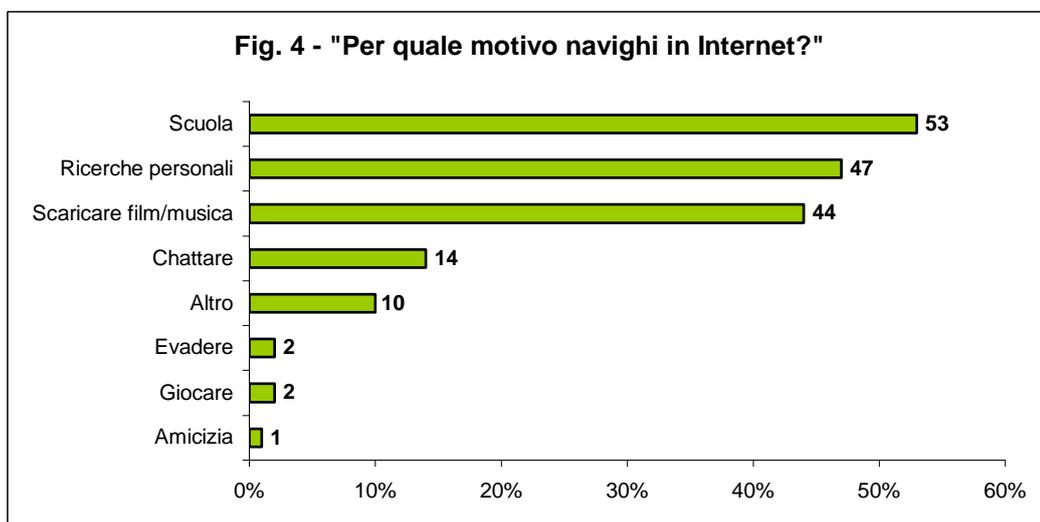
Attualmente, "navigare" in Internet rappresenta una delle forme più diffuse di svago "passivo" per gli adolescenti. Il dato riferito alla nostra popolazione campionata, rivela che solo

circa un terzo dei ragazzi (32%), durante la maggior parte del tempo “non scolastico”, non “naviga” in Internet.

Complessivamente il 68% degli adolescenti intervistati ha affermato di “navigare” in Internet ed in particolare il 42% ed il 38% “naviga” rispettivamente meno di un’ora e da 1 a 3 ore a settimana. Solo piccole percentuali (3% e 6%) navigano con una frequenza settimanale più elevata (Fig. 3).



Tra le varie motivazioni proposte per l’utilizzo di Internet, gli intervistati dichiarano di “navigare” soprattutto per scopi scolastici: “fare i compiti e/o svolgere ricerche per la scuola” (53%). Il 47% utilizza Internet per “svolgere ricerche personali” ed il 44% “scarica film e/o musica”. Un ridotto numero di studenti (1%) “fa amicizia”, “gioca” o “evade dai problemi quotidiani” (2%) tramite il Web (Fig. 4).



DISCUSSIONE

L'utilizzo delle nuove tecnologie rappresenta, secondo i giovani, un nuovo modo di intendere il tempo libero. Questa accezione si aggiunge al significato tradizionale, ossia la pratica di attività sportive e stare in compagnia dei coetanei.

Complessivamente, dai dati emerge che il gruppo dei **pari** si afferma sempre più come principale punto di riferimento per l'adolescente, che cerca al di fuori della famiglia sostegno sociale ed affettivo (62%). Tale valore risulta in accordo con l'indagine Multiscopo ISTAT dell'anno 2000, che tra i ragazzi appartenenti alla fascia d'età 18-19 anni, individua nel 90,9%, dei casi quelli che incontrano gli amici durante il tempo libero (ISTAT, 2000).

Il gruppo "dei pari", utilizzando un termine di abbreviazione anglosassone, si configura quindi come un'importante risorsa per lo sviluppo e la formazione dell'identità dell'adolescente, ma in alcuni casi può rappresentare un potenziale fattore di rischio per la salute (Regione Veneto, 2000). Infatti, accanto ai vantaggi dell'appartenere ad un gruppo, si possono intravedere degli aspetti negativi: protetti dal gruppo ci si sente forti e si possono commettere azioni sconsiderate dettate da sensazioni di onnipotenza, si possono assumere comportamenti contrari ai propri principi per la paura di contraddire il gruppo e rimanere soli. Ovviamente queste ultime considerazioni si riferiscono a delle eccezioni e non alla regola (Banche, 2005).

La preferenza dei **bar e dei pub** (67%) come luogo del tempo libero, indica la volontà di relazionarsi e sottolinea l'importanza del dialogo, oltre che del semplice stare insieme.

Rispetto **all'attività fisica**, dai dati provenienti dalla "Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002" emerge un preoccupante andamento: aumenta il numero dei sedentari e tale fenomeno assume particolare rilievo nelle fasce di età giovanile. È stata documentata una spiccata riduzione del numero dei ragazzi praticanti un'attività sportiva e tra i giovani di 18-19 anni, la quota di persone completamente inattive, pari al 18,1% nel 1997, ha raggiunto il 24,3% nel 2001. Gli adolescenti potrebbero ottenere grandi benefici dalla pratica regolare di un'attività, che non necessariamente deve essere troppo intensa. L'attività motoria assume, inoltre, un ruolo decisivo sia come canale di sfogo della naturale esuberanza, sia come formazione ed educazione generale, migliorando l'adattabilità del ragazzo agli impegni quotidiani, consentendo un buon controllo emotivo, una migliore autostima e aumentando la capacità di socializzazione (Ministero della Salute, 2003).

Molti studi hanno evidenziato come **l'attività fisica** sia un fattore determinante per l'aumento dell'autostima, della soddisfazione per il proprio corpo e sia anche un fattore protettivo per la depressione e l'ansia (Fox, 2000).

Nonostante gli aspetti positivi legati alla pratica di attività fisica in tale fase della vita, sia i dati nazionali sia quelli riferiti alla popolazione in studio, mostrano poco interesse degli adolescenti a questo tipo di attività (24% in Italia vs 30% Indagine) (Ministero della Salute, 2003).

Questo dato è un po' preoccupante in considerazione anche del recente interesse per la frequenza dell'attività fisica in adolescenza, collegato al progressivo aumento dell'obesità in questa fascia di età (Welk et Al, 2000).

Relativamente alla **lettura** si può concludere che i giovani d'oggi vi dedicano poco tempo (6%). Questa affermazione è confermata sia da un'indagine condotta dal CENSIS alcuni anni fa, sia dal nostro studio. I dati testimoniano che i ragazzi della nuova generazione preferiscono ad un buon libro, l'uso delle moderne tecnologie che stanno diventando sempre più indispensabili nella vita quotidiana di ogni individuo. La **televisione** ed il **computer**, infatti, permettono di accedere facilmente e velocemente ad una grande quantità di notizie in tempo reale e da qualsiasi parte del mondo senza il minimo sforzo. Sicuramente questi sono importanti mezzi di comunicazione, ma è noto che i libri siano fondamentali per sviluppare la fantasia, l'immaginazione ed un appropriato lessico. Inoltre, questa attività appare strettamente collegata alla frequenza della scuola. Quindi non è tanto il libro ad essere estraneo alla mentalità giovanile, quanto l'imposizione della lettura come dovere, per colpa della quale si è costretti a rinunciare a cose che, nell'età adolescenziale, vengono avvertite come più urgenti (CENSIS, 2003).

In linea con i dati nazionali, si evince come i computer sono sempre più presenti nella "dieta mediatica" dei giovani italiani. I navigatori "più accaniti" sono proprio i giovani tra i 18 e i 19 anni. Dunque, meno televisione e più computer nella "dieta mediatica" dei giovani. Il grande interesse per Internet è rivolto soprattutto a ragioni di studio, per aver informazioni veloci sull'attualità e a scopi ludici e relazionali (Eurisko, 2005).

BIBLIOGRAFIA

Banche A(2005), *Adolescenza*. Consultabile su: <http://www.psicopedagogika.it>

Bonino S, Cattelino E, Ciairano S, Gangarossa G (1997). "La promozione della salute nell'adolescenza: le condizioni per un intervento efficace". Da "L'adolescenza: bisogni soggettivi e risorse sociali", Ponte Vecchio

CENSIS (2003). 3° Rapporto sulla comunicazione in Italia, "Giovani e Media", Ottobre

CENSIS (2003). XXXVII Rapporto sulla situazione sociale del Paese, "Giovani e Libri"

Eurisko (2005). *New Media-Internet*.

Consultabile su: <http://www.rai.it/news/articolonews/0,9217,53745,00.html>

- Eurispes e Telefono Azzurro (2004). *5° Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'infanzia e dell'Adolescenza*
- Fox KR (2000). Self-esteem, self perceptions and exercise. *International Journal o Sport Psychology*, 31: 228-240
- Hermann J, Sambrano S, Springer JF, Sale E, Turner C (1998). Alternative correlates to adolescent substance use: a multivariate analysis. Paper presented at the *American Public Health Association Annual Meeting*, Washington, November
- ISTAT (2000). Indagine Multiscopo sulle famiglie, *"I cittadini e il tempo libero"*
- Ministero della Salute (2003), *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002*
- Welk GJ, Corbin CB, Dale D (2000). Measurement issues in the assessment of physical activity in children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71 (2): 59-73.

CAPITOLO 3

QUALITÀ DELLA VITA

La salute è, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della sanità (WHO), “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia ed infermità”. In effetti, il concetto di “salute” che ha dominato l'età moderna, fino almeno a buona parte del secolo scorso, è stato quello di “assenza di disturbi”: quella che oggi viene definita come “salute negativa” (Beaglehole et Al, 1997).

Questa definizione è stata seguita da altre che si avvicinano al concetto più generale di *benessere*. In questo avvicinamento dei concetti di salute e benessere, acquista centralità la salute mentale e non solo per motivi concettuali, ma anche per il peso che questa acquista sul bilancio complessivo della salute pubblica mondiale: le proiezioni dell'OMS, indicano, infatti, nell'anno 2020, la depressione come la seconda singola causa di malattia a livello mondiale (European Commission, 1999).

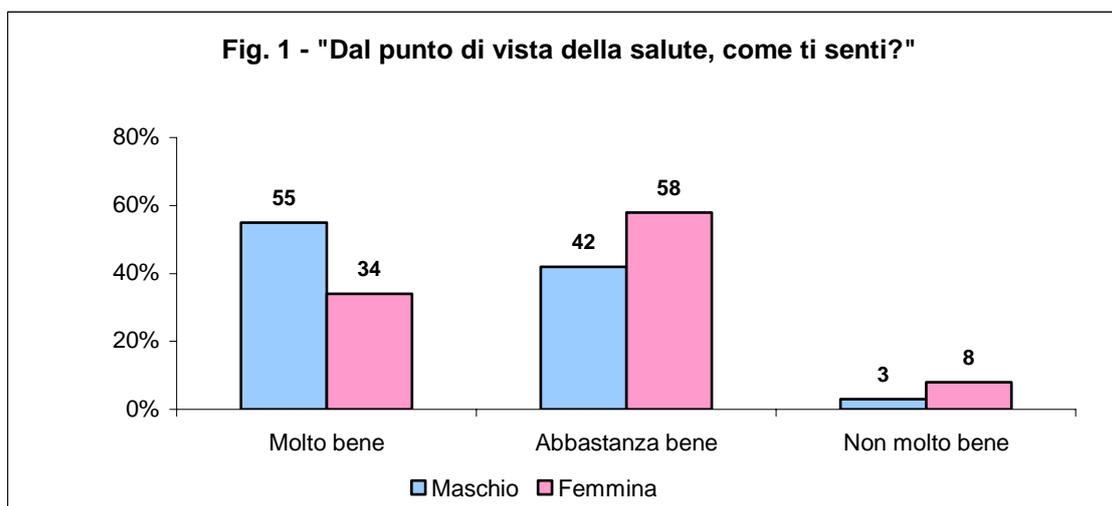
Sempre l'OMS indica che l'adolescenza è un periodo fondamentale nel formare i lineamenti della salute mentale dell'adulto (WHO, 2000).

Peraltro, la definizione stessa della salute nella concezione dell'OMS è pressoché sovrapponibile al concetto di qualità di vita, dal momento che per salute si vuol intendere non soltanto la cura delle malattie ma la ricerca del “pieno benessere fisico, psicologico e sociale” (Sgreggia, 2002).

3.1. BENESSERE FISICO

L'adolescenza è vista come un periodo di salute ottimale con bassi livelli di morbosità e malattie croniche. Tuttavia, suicidio, depressione ed altre condizioni di salute mentale, AIDS e malattie sessualmente trasmissibili, malattie legate a comportamenti a rischio minano questa percezione di prevalenza di buona salute durante l'adolescenza (Kodra et Al, 2004).

Nel nostro campione, solo 5 ragazzi su 100 considerano il loro stato di salute in modo negativo. Complessivamente il restante 95% ritiene di sentirsi “abbastanza bene” (50%) e “molto bene” (45%). Come si può evincere dalla figura 1 seguente, rispetto ai maschi, sono le femmine a lamentare uno stato di salute “non molto buono”.

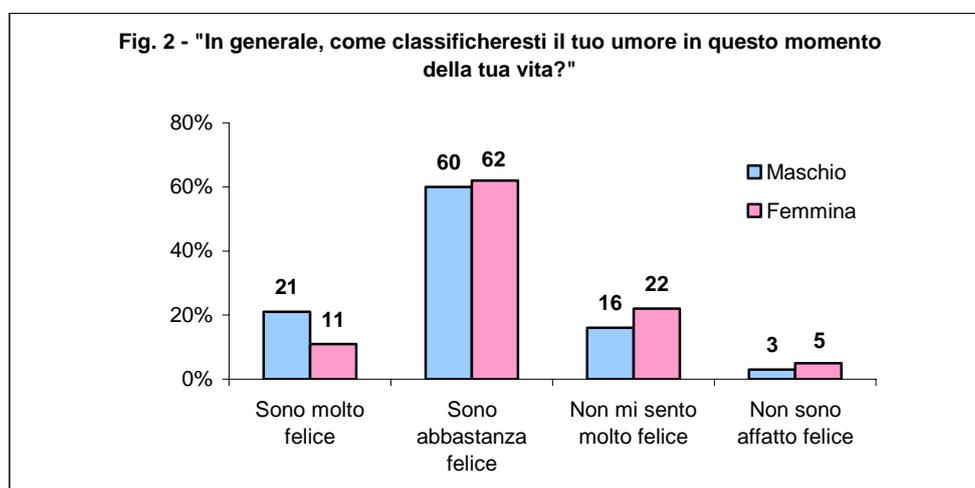


3.2. BENESSERE PSICOLOGICO E PERCEZIONE DELLO STATO PSICOFISICO

L'adolescenza è un'epoca della vita nella quale, ciascuno di noi, secondo i tempi ed intensità diverse, attraversa episodi di tristezza, di noia, di timidezza, di paura, di angoscia. Oltre ad essere l'età dei primi amori, dell'amicizia, degli ideali, l'adolescenza è anche portatrice di depressione. Ma la presenza frequente di tristezza in adolescenza non va scambiata con la depressione come malattia. La tristezza e il sentimento di non essere adeguati al proprio corpo ed agli altri è comune a tutti gli adolescenti (Cavalli et Al, 2004).

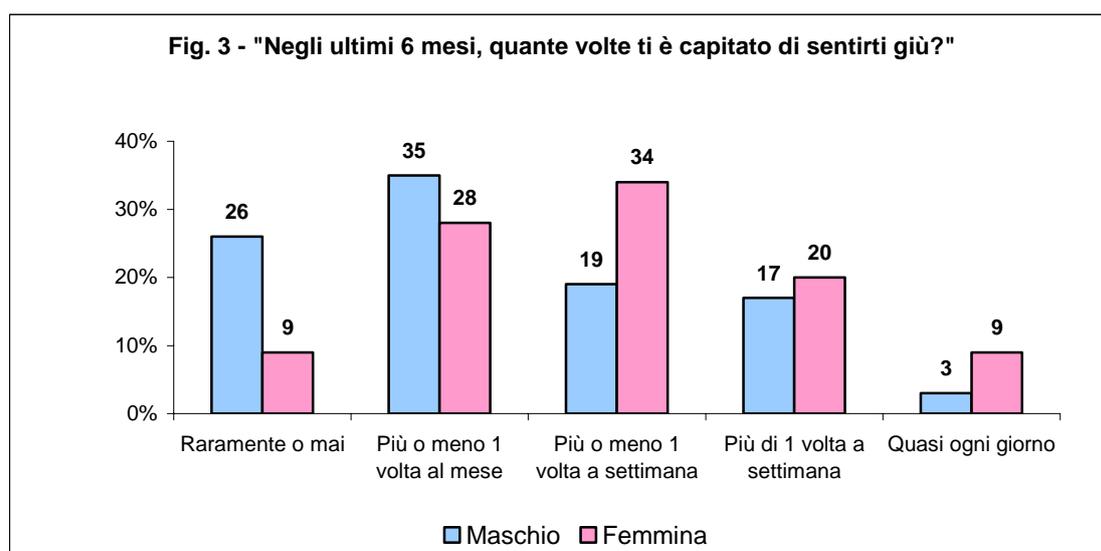
Ai ragazzi intervistati è stato chiesto come classificherebbero il loro umore in questo particolare momento della loro vita. Coloro che complessivamente dichiarano di "non essere felici" raggiunge quasi un quarto del campione (24%). Il 60% si ritiene "abbastanza felice" ed il restante 16% "molto felice". Complessivamente, i valori positivi sono molto elevati (76%).

La figura 2 mostra come, tra i soggetti di sesso femminile, il 27% lamenta un maggior stato di "infelicità" rispetto al 19% del sesso maschile.



Esaminando la frequenza di stati d'animo negativi durante gli ultimi 6 mesi dei ragazzi intervistati, si rileva che le percentuali di coloro che dichiarano di "sentirsi giù" *raramente o mai* e *più o meno una volta al mese*, sono rispettivamente del 18% e del 31%. Il 45% dei ragazzi si "sentono giù" nell'arco della settimana con una frequenza "*di più o meno una volta*" nel 26% dei casi, e "*più di una volta*" nel 19%. Solo il 6% degli intervistati si dichiara di umore negativo "*quasi ogni giorno*".

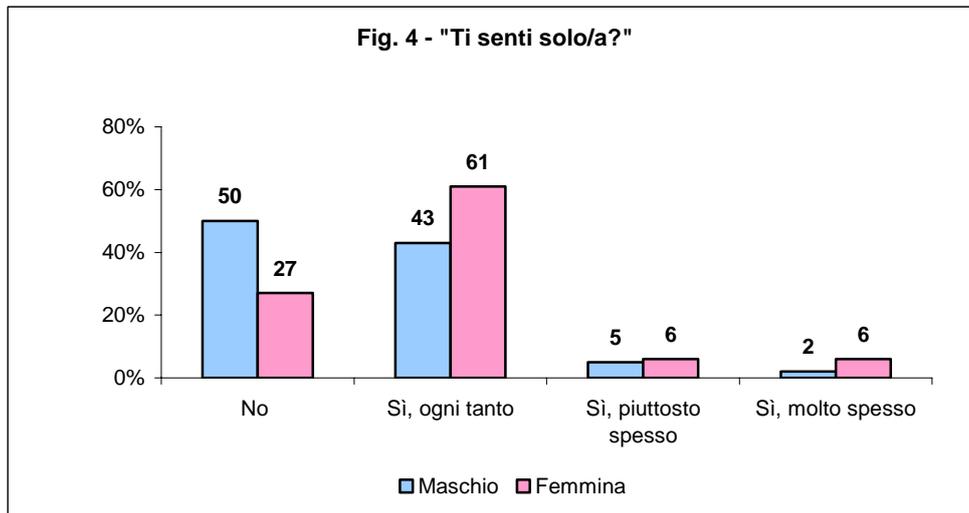
Stratificando per sesso il campione si nota che sono le ragazze a sentirsi più frequentemente giù rispetto ai loro coetanei (Fig. 3).



La tristezza è strettamente legata al sentimento di solitudine e, quindi, al non sentirsi accettati o adeguati per il proprio ambiente, al non percepire alcun sostegno intorno a sé. La solitudine, nei giovani è spesso alimentata da fattori legati allo sviluppo stesso (separazione dai genitori, ricerca d'autonomia, bisogno interpersonale di intimità, ricerca della propria identità) ed è collegata a bassa autostima, a difficoltà di socializzazione, ad un ambiente familiare e scolastico inadeguato, ad incomprensioni e difficoltà di comunicazione, in casi estremi può sfociare in stati depressivi che, a loro volta, possono portare a comportamenti antisociali e pericolosi o a malattie psicosomatiche (Dallago, 2001).

Rispetto alla solitudine la maggior parte degli studenti intervistati (52%) dichiara di soffrirne "ogni tanto" contro il 38% che dichiara di "non sentirsi mai solo". Solo il 10% si sente solo "piuttosto spesso" (6%) e "molto spesso" (4%). Complessivamente le ragazze (6%) sono vittime di quest'ultimo stato d'animo più frequentemente dei coetanei di sesso maschile (2%).

Tale dato è confermato dal fatto che tra coloro che dichiarano di non soffrire mai di solitudine prevalgono i ragazzi (50%) rispetto alle ragazze (27%) (Fig. 4).

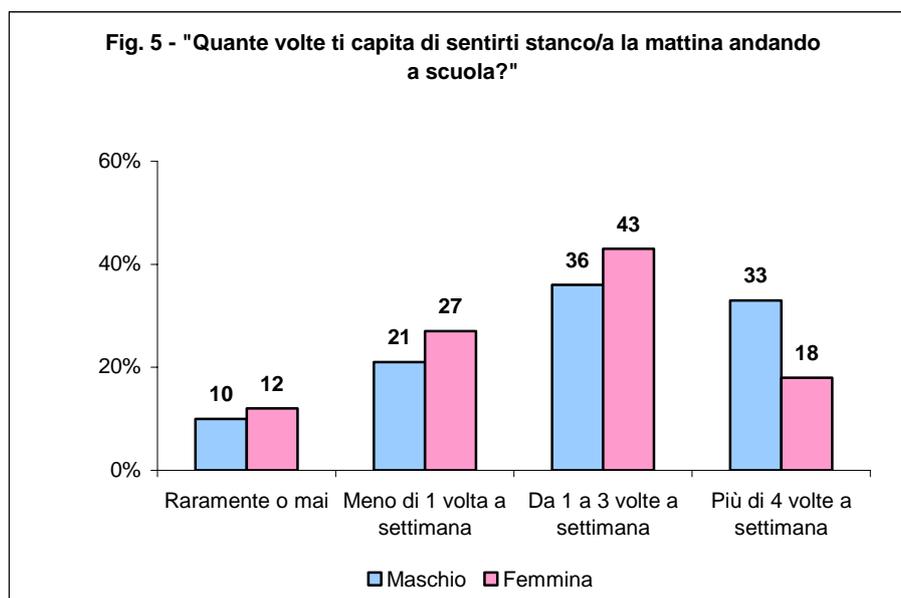


Anche la stanchezza mattutina può risultare indicativa per il benessere emotivo: questa può essere dovuta a problemi del sonno oppure a comportamenti quotidiani scorretti, ma è anche legata a dei ritmi biologici specifici di questa età e a fattori emotivi (la stanchezza è uno dei primi sintomi visibili della depressione) (Scheidt et Al, 2000).

Per comprendere in che modo i ragazzi percepiscono questo stato d'animo, è stato chiesto di indicare con quale frequenza si sentono stanchi la mattina andando a scuola.

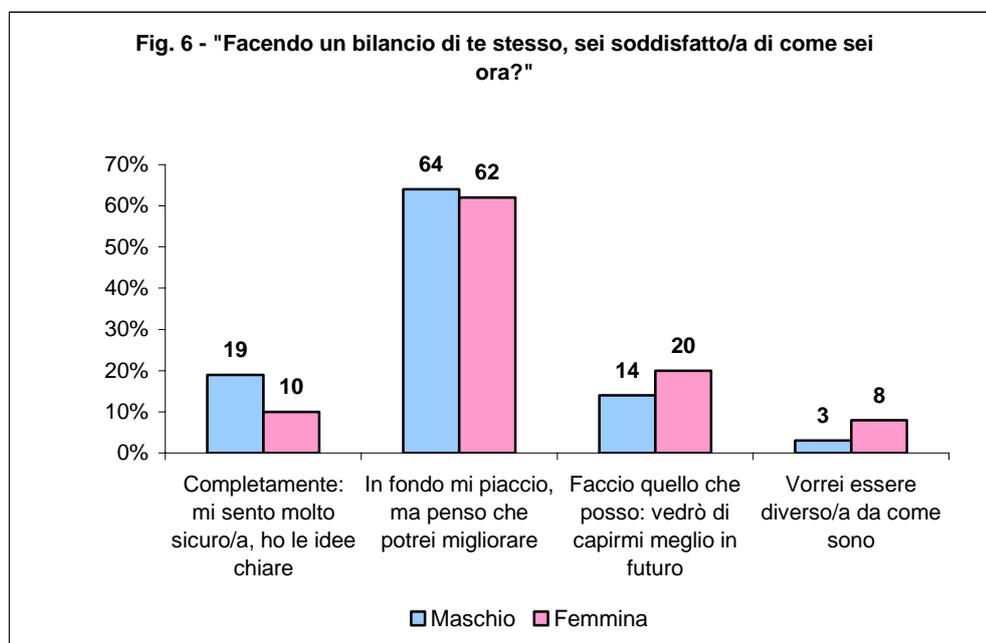
L'89% della quasi totalità degli studenti dichiara di sentirsi stanco la mattina andando a scuola. Questa percentuale è così distribuita: "meno di una volta a settimana" (24%), "da 1 a 3 volte a settimana" (39%) e "più di 4 volte a settimana" (26%). La percentuale di coloro che si dichiarano "raramente o mai stanchi" corrisponde all'11%.

Dalla figura 5 si evince che i maschi denunciano stanchezza più frequentemente, durante la settimana, rispetto alle femmine (33% vs 18%).



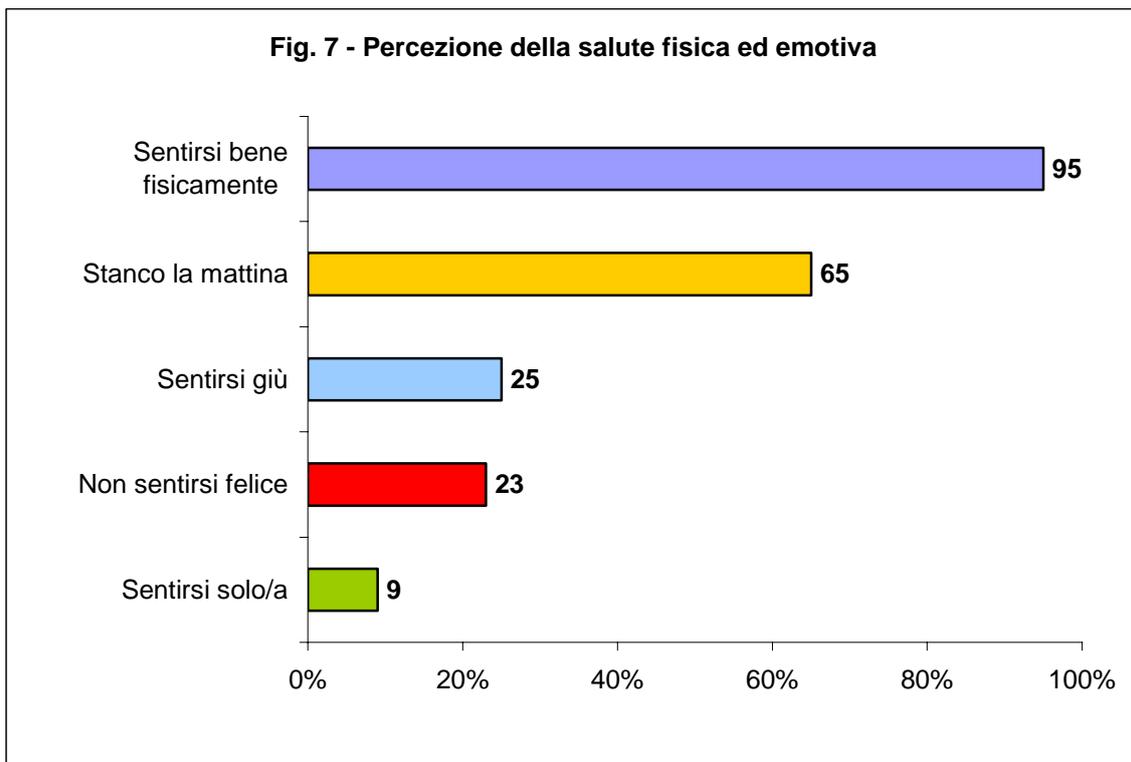
I giovani, quindi, si sentono qualche volta tristi, soli e stanchi: questi tre fattori, oltre all'essere connessi alla percezione soggettiva del proprio benessere e alla qualità delle proprie vite, influenzano molto sia la percezione di sé, sia la propria autostima. Il concetto di sé è un aspetto fondamentale del benessere e della salute mentale (Fox, 2000) e permette di saper scegliere e seguire comportamenti autoprotettivi verso la propria salute (Alfermann, Stoll, 2000). L'autostima rispecchia la consapevolezza dei propri pregi e l'accettazione dei propri limiti: influenza ed è influenzata da stabilità personale, felicità, grado di indipendenza raggiunto, adattabilità all'ambiente in cui si vive, qualità dei rapporti intrapresi con gli altri e adeguatezza delle risposte allo stress e alle pressioni quotidiane (Campbell, 1984).

Ai ragazzi intervistati è stato chiesto di fare un bilancio di sé stessi, o meglio di indicare il loro grado di soddisfazione attuale. È importante rilevare che fondamentalmente la maggior parte degli studenti (62%) "si piace, ma pensa di poter migliorare", non emergono particolari differenze tra i sessi (64% maschi e 62% femmine). Il 17% dichiara di "provare a capirsi meglio in futuro"; il 15% appare molto sicuro di sé ed ha le idee chiare, ritenendosi "completamente soddisfatto" della attuale personalità. Al contrario solo il 6% "vorrebbe essere diverso da come è attualmente", tra questi ultimi si rileva come sono maggiormente le ragazze a voler cambiare rispetto ai ragazzi (8% vs 3%) (Fig. 6).



Il 95% dei ragazzi si sente bene fisicamente, anche se il 65% dichiara stanchezza mattutina.

Per quanto riguarda la percezione della salute emotiva, circa il 23% non si sente felice, il 25% si sente giù almeno una volta a settimana (Fig. 7).



3.3. IL RISCHIO DI DISAGIO

Per stimare lo stato di salute fisica ed emotiva percepita, lo studio ha incluso 5 domande utilizzate nell'Health Behaviour in School-aged Children- HBSC (Currie et Al, 2000) che l'Organizzazione Mondiale della Sanità realizza periodicamente in 36 Paesi. Ad ogni risposta è stato assegnato un punteggio (Tab. 1). Sulla base dei diversi livelli di percezione di salute fisica ed emotiva calcolata sommando i punteggi delle risposte, abbiamo identificato 3 categorie "a rischio di malessere o disagio sociale":

- Basso rischio (0-1);
- Medio rischio (2-3);
- Alto rischio (4-5)

Tab. 1 – Livelli di percezione di salute fisica ed emotiva

	PUNTEGGIO 0	%	PUNTEGGIO 1	%
SALUTE	- Molto bene - Abbastanza bene	95	- Non molto bene	5
UMORE	- Sono molto felice - Sono abbastanza felice	77	- Non mi sento molto felice - Non sono affatto felice	23
SENTIRSI GIÙ	- Raramente o mai - Più o meno 1 volta al mese o settimana	75	- Quasi ogni giorno - Più di 1 volta a settimana	25
STANCHEZZA	- Raramente o mai - Meno di 1 volta a settimana	35	- Più di 4 volte la settimana - Da 1 a 3 volte la settimana	65
SOLITUDINE	- No - Ogni tanto	91	- Piuttosto spesso - Molto spesso	9

Lo studio mostra che il 70% dei ragazzi risulta avere un buono stato di salute fisica ed emotiva; il 25% presenta un livello medio di malessere, mentre il 5% risulta avere un evidente malessere. Si evidenzia dalla tabella 2, un prevalente rischio di disagio tra le femmine.

Tab. 2 – Sesso associato a livelli di malessere o disagio sociale

SESSO	BASSO RISCHIO DI DISAGIO (%)	MEDIO RISCHIO DI DISAGIO (%)	RISCHIO ELEVATO DI DISAGIO (%)
MASCHIO	74	23	3
FEMMINA	65	28	7

3.4. PREFERENZE PROFESSIONALI

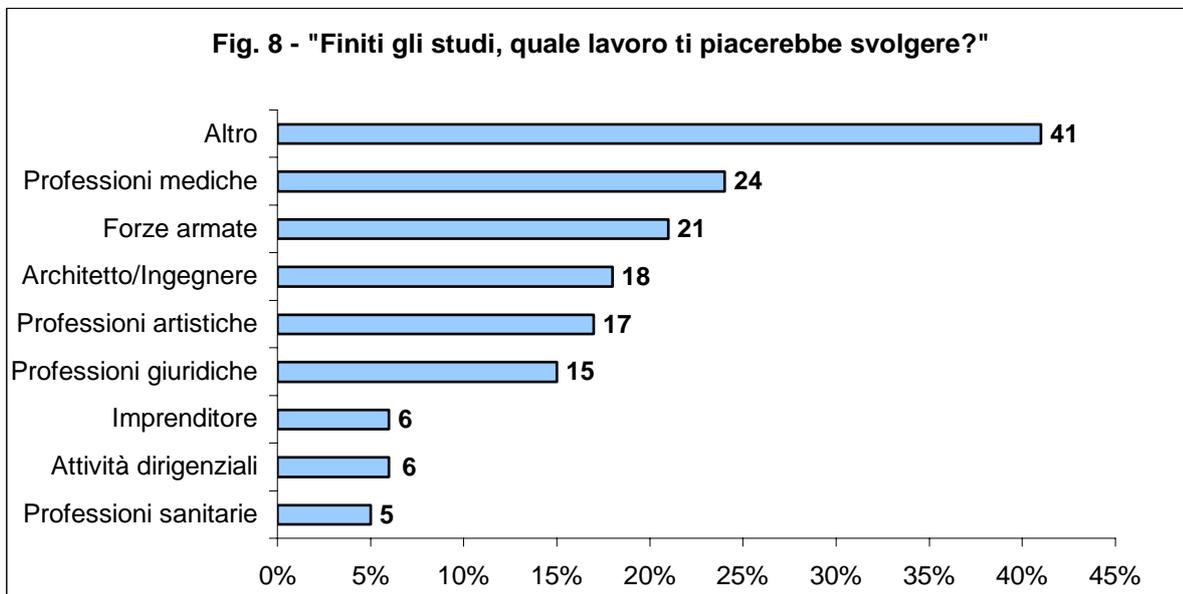
L'indagine ha voluto conoscere il rapporto esistente tra i giovani ed il mercato del lavoro: le aspirazioni professionali ed il loro lavoro ideale.

È ormai un'affermazione comune che il mercato del lavoro, in questi ultimi anni, ha subito profonde trasformazioni, sia dal punto di vista della regolamentazione del mercato, sia rispetto ai contenuti ed ai modi di svolgimento delle diverse attività lavorative.

Da questa considerazione, di fatto, ci siamo chiesti quali potessero essere i percorsi lavorativi auspicati dagli studenti del campione in studio.

A tal fine, ai ragazzi è stato chiesto di esprimere, mediante due risposte aperte, le proprie aspettative nel mondo del lavoro. Sul totale del campione, solo il 13% non ha espresso alcuna preferenza.

Il 24% ha dichiarato di voler svolgere attività mediche (ad esempio: il medico, il veterinario, il dentista, ecc.). Il 21% vorrebbe svolgere un lavoro nelle forze dell'ordine (esercito, polizia, ecc.), mentre il 18% opta per lavori quali architetto ed ingegnere. Le professioni giuridiche (notaio, avvocato, magistrato...) vengono scelte dal 15% degli intervistati e solo il 6% dei giovani intende dirigere un'azienda o fare l'imprenditore (Fig. 8).



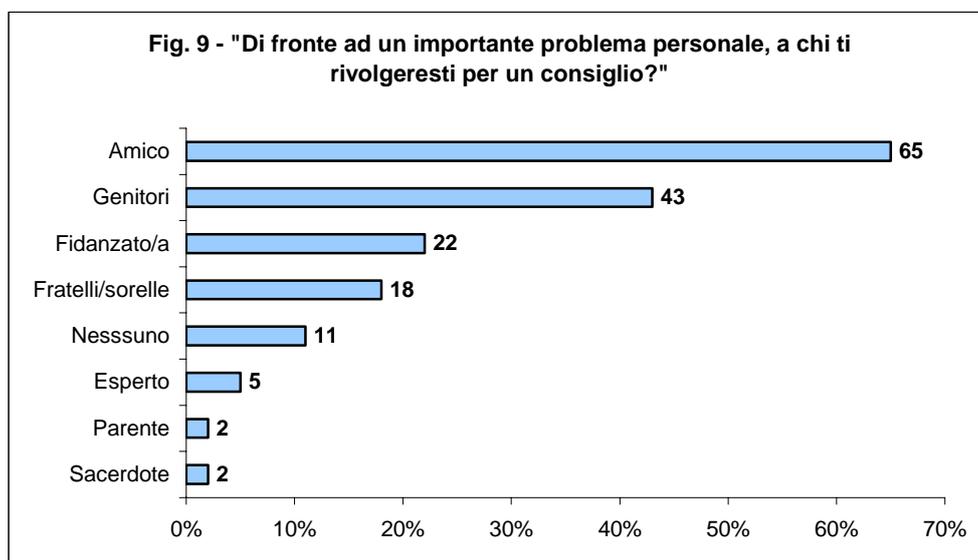
3.5. RICORSO A PERSONE-RISORSA IN CASO DI PROBLEMI PERSONALI

Nell'affrontare un importante problema personale, tra le due opzioni possibili, il 65% dei giovani campionati ha scelto un amico. In sintonia con quanto già detto nella parte dedicata al tempo libero, è con gli amici che si intrattiene una relazione intensa e continuativa, fondata sulla condivisione di esperienze e valori, da cui ci si sente sostenuti emotivamente.

La figura dell'**amico** del cuore, acquisisce grande importanza, ci si sente più sicuri quando si è con lui, si vede spesso come uno da imitare, da cui trarre spunto per formarsi un'identità (Banche, 2005).

La percezione che il mondo adolescenziale sia in continuo cambiamento si fa sempre più acuta; ciò evidenzia la necessità di un dialogo continuo con i ragazzi, per comprenderne in modo più approfondito bisogni, emozioni e aspirazioni esistenziali (Cavallo, 2004).

Quasi la metà del campione (43%) ritiene i **genitori** ottimi "consiglieri". La famiglia nelle veci dei **fratelli o delle sorelle** è interpellata nel 18% dei casi. Solo piccole percentuali di ragazzi (2%) si rivolge al **sacerdote** o ad un **parente**, in queste particolari situazioni. Chi ha legami sentimentali, affronta i problemi parlandone con il proprio **partner** nel 22% dei casi. Gli **esperti** vengono consultati solo dal 5% dei ragazzi (Fig. 9).



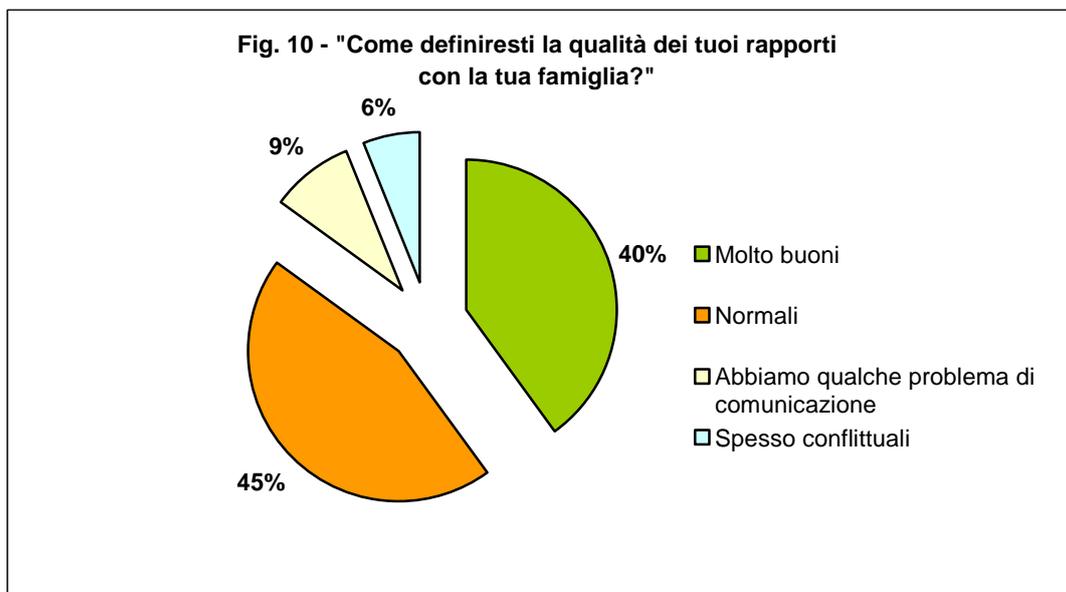
Stratificando per sesso, maschi e femmine non sembrano differenziarsi in maniera decisiva; solo il 27% delle ragazze dichiara di rivolgersi al proprio partner più frequentemente rispetto ai ragazzi (17%). Inoltre, anche se, coloro che si avvicinano alla religione in questo particolare momento sono una piccola percentuale (2%), tra questi 7 casi su 10 sono di sesso maschile.

3.6. QUALITÀ DEI RAPPORTI CON LA FAMIGLIA

La famiglia risulta essere il contesto di sviluppo più significativo, nel quale si apprendono i comportamenti sociali, le norme, gli atteggiamenti. Tale influenza permane per tutto il corso della vita dell'individuo e, sebbene in adolescenza diminuisca l'espressione diretta di affetto ed aumentino i conflitti con i genitori, sembra essere proprio questo periodo in cui i rapporti familiari divengono più rilevanti (Cowan et Al, 1991) (Collins, Russell, 1991): avere difficoltà nel rapporto con i genitori o vivere senza di uno di loro aumenta in questa fase della vita la possibilità di sperimentare problemi di depressione, avere minore autostima ed intraprendere comportamenti rischiosi per la salute (Resnick et Al, 1998).

La comunicazione con i genitori aiuta il ragazzo a stabilire il proprio ruolo all'interno della famiglia, lo rende sensibile alle idee ed alle esigenze altrui, aiutandolo a sentirsi contemporaneamente distinto ma connesso agli altri (Jackson et Al, 1998).

Nel nostro studio, la qualità dei rapporti con la propria famiglia viene considerata "normale" dal 45% dei ragazzi intervistati; il 40% invece la ritiene "molto buona". Il 9% dichiara di avere con i genitori "qualche problema di comunicazione", mentre il restante 6% dice che i rapporti sono "spesso conflittuali" (Fig. 10). Non emergono differenze rilevanti rispetto al sesso.



3.7. QUALITÀ DEI RAPPORTI CON I COETANEI

Nella “seconda infanzia”, avere un amico intimo ed essere accettato nel proprio gruppo dei pari sono fattori protettivi, positivamente associati all’autostima ed alla mancanza di sentimenti di solitudine nelle età successive (Parker, Asher, 1993).

Buona parte del campione (55%) riporta di “fare amicizia facilmente” ma “seleziona attentamente le amicizie” nel 41% dei casi. Solo il 4% degli studenti si considera “un lupo solitario”. Se osserviamo le risposte del campione suddividendole per sesso non notiamo rilevanti differenze. Il 6% dei maschi si considera “lupo solitario” rispetto al 2% delle femmine; il campione si divide quasi perfettamente per quanto riguarda la modalità “fare amicizia facilmente” e “selezionare le amicizie attentamente”.

DISCUSSIONE

L'adolescenza rappresenta per l'individuo una fase di accrescimento tumultuoso che comporta una vera e propria trasformazione di stato. I problemi che caratterizzano questo periodo di transizione sono, logicamente, numerosi e, pur rientrando in genere nella fisiologia più che nella patologia, sono pur sempre tali da creare spesso nell'adolescente uno stato di ansia e di timore. E' chiaro che a questo punto grande importanza riveste l'atteggiamento della famiglia che deve riuscire a comprendere ed a tranquillizzare il ragazzo/a sostenendolo nelle sue molte insicurezze così da traghettarlo con fermezza e serenità dall'infanzia al difficile mondo degli adulti (Vignetti, 2005).

I rapidi cambiamenti fisici che la caratterizzano, possono avere effetti rilevanti sulla salute fisica dei giovani. Anche se quest'età è considerata tendenzialmente sana per la scarsa incidenza di

patologie croniche e gravi, si riscontra spesso un aumento di disturbi di natura psicologica (Scheidt et Al, 2000).

La promozione della salute, quindi, riveste una grande importanza in questo periodo in cui alcuni comportamenti problematici (consumo di droga, alcool e fumo di sigarette, sesso precoce e non protetto) possono manifestarsi per la prima volta e stabilizzarsi in veri e propri stili di vita (Bonino et Al, 1997).

Anche se a volte sembra che per i giovani conti solo la compagnia ed il parere dei coetanei, in realtà gli adolescenti di oggi, in un mondo che cambia ad un ritmo veloce e, a volte, difficilmente comprensibile, hanno più che mai bisogno di saldi punti di riferimento, cioè di adulti autorevoli e coerenti che si sappiano assumere la responsabilità educativa, che li aiutino a crescere, che possano dare loro suggerimenti, comprensione, appoggio, approvazione, considerazione (Marchetti, 2005).

Contrariamente a quanto riscontrato dalla nostra indagine, tutti gli studi condotti sulla popolazione giovanile indicano, infatti, che la famiglia, e soprattutto i genitori, anche al giorno d'oggi, restano il punto di riferimento principale dei ragazzi. La grande maggioranza degli adolescenti, infatti, afferma che, nei momenti di vera difficoltà, ricorrerebbero a loro piuttosto che ai coetanei o amici (Marchetti, 2005).

Complessivamente, l'analisi ha rilevato tra i ragazzi un livello complessivamente positivo di auto-percezione ed accettazione di sé. Il 15% denota un ottimo livello di autostima e quasi la totalità del campione giudica buono il proprio stato di salute. Il 40% ritiene molto buono il suo rapporto con i genitori ed il 55% socializza facilmente.

Tali dati sono in linea con un recente studio dell'UNICEF che colloca gli adolescenti italiani al vertice della serenità. Dallo studio UNICEF, che ha interessato molti Paesi europei ed extra-europei, risulta che almeno l'80% dei giovani italiani è soddisfatto della propria vita ed è fiducioso per il futuro (Pallanti, 2005).

Infine, con riferimento alle prospettive lavorative, i giovani di oggi sembrano avere le idee molto chiare, infatti, hanno tutti dichiarato una preferenza, mentre solo il 13% del campione è ancora incerto sul suo futuro.

Tale dato è confermato anche dalla ricerca realizzata dall'Istituto IARD, dalla quale si evince che i giovani sono ben addentrati nelle normative riguardanti tale mondo. Questo è un risultato rilevante perché viene sfatato il mito del giovane visto come "eterno Peter Pan", anzi, a volte il problema semmai è l'eccessivo realismo (Barone, 2004).

BIBLIOGRAFIA

- Alfermann D, Stoll O (2000). Effects of physical exercise on self concept and well being. *International journal of sport psychology*, vol. 30, pp. 47-65
- Banche A(2005), *Adolescenza*. Consultabile su: <http://www.psicopedagogika.it>
- Barone C (2004), *I giovani e il mondo del lavoro: esperienze, bisogni, aspettative di fronte al lavoro che cambia*. Istituto IARD
- Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T (1997). *Epidemiologia di base*. Casalnoceto (AL), Folini per WHO
- Bonino S, Cattelino E, Ciairano S, Gangarossa G (1997). “La promozione della salute nell’adolescenza: le condizioni per un intervento efficace”. Da “L’adolescenza: bisogni soggettivi e risorse sociali” Ponte Vecchio
- Campbell E (1984). Humanistic psychology: The end of innocence (a view from inside the parentheses). *Journal of Humanistic Psychology*, 24(2), 6-29
- Cavalli S, Colombo L, Senzolo G (2004). *Adolescenza e depressione*, My Best Life, Ottobre
- Cavallo F (2004). Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni. Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC 2001-2002. Edizioni Minerva Medica, Torino
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W et Al (Eds). Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC). International Report. Health and health behaviour among young people. (WHO Policy Series). WHO: Copenhagen; 2000
Consultabile su: http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf
- Collins W A, Russell G (1991). Mother-child and father-child relationships in middle childhood and adolescence: a developmental analysis. *Developmental Review*, 11:99-136
- Cowan P A, Heherington M (1991). *Family Transitions*. Hillsdale, New Jersey, LEA
- Dallago L, (2001). Rapporto sullo Stato di Salute e gli Stili di Vita dei Giovani Veneti in Età Scolare. *Salute: benessere fisico, emotivo e sociale*.
Consultabile su: http://www.educare.it/studi/rapporto_HBSC/capitolo_2.html
- European Commission (1999), *The evidence oh Health Promotion Effectiveness*, Report of the EC by IUHPE: Brussels, EC rif. ECSC-EC-EAEC
- Fox KR (2000). Self-esteem, self perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*

- Jackson S, Bistra J, Oostra L, Bosma H (1998). Adolescent's perception of communication with parents relative to specific aspects of relationships with parents and personal development. *Journal of Adolescence*, 21: 305-322
- Kodra Y, Colitti S, Perra A, Bellomo A R (2004). Comportamenti e rischio e malessere sociale: i risultati dell'indagine tra gli adolescenti delle scuole medie superiori di Ostia, Roma. *Ben*, Vol. 17 n. 6, Giugno
- Marchetti P, (2005). *Adolescenza è...*, Bussola Salute, 2° quadrimestre
- Pallanti S (2005). Adolescenza età spensierata?
Consultabile su: <http://www.kwsalute.kataweb.it/Notizia/0,1044,2377,00.html>
- Parker JG, Asher S (1993). Friendship and friendship quality in middle childhood: links with peer group acceptance and feeling of loneliness and social dissatisfaction. *Developmental Psychology*, (29): 611-621
- Resnick M D, Harris L, Blu R M (1998). The impact of caring and connectedness on adolescent health and wellbeing. *Journal of pediatric and child health*, 27:3-9
- Scheidt P, Overpeck MD, Wyatt W, Aszmann A (2000), *Adolescents' general health and wellbeing. In Health and Health Behaviour among Young People*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents, International Report 1:24-38. Copenhagen, Denmark: WHO
- Sgreggia E (2002). Qualità della vita e sacralità della vita
Consultabile su: <http://www.comune.ferrara.it/mm/amci/orizz02.htm>
- Vignetti P (2005). I problemi dell'adolescenza. Consultabile su:
<http://www.guidagenitori.it/guidagenitori/home.jsp?openDocument=697&parent1=150&parent2=282&docs=282>
- WHO (2000). Cross-national comparison of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bullettin of the WHO*, 78 (4): 413-26

CAPITOLO 4

COMPORAMENTI A RISCHIO

La diffusione tra i giovani dell'uso di sostanze psicoattive, l'abuso di alcol, il fumo, rappresentano comportamenti a rischio per la salute, le cui conseguenze ricadono inevitabilmente su tutta la società. Studi recenti hanno evidenziato come i comportamenti, che possono mettere in pericolo la salute e il benessere, svolgono delle funzioni precise nel processo di adattamento tra l'individuo e l'ambiente. Il consumo rituale di tabacco, di alcol, di sostanze illegali, ma anche i rapporti sessuali non protetti, guida pericolosa, cattive abitudini alimentari e comportamenti socialmente distruttivi (vandalismo, crimine ed atti devianti in genere) fanno in modo che gli adolescenti, in seguito ad una visione distorta del sociale, adottino stili di vita sbagliati. In questi casi la scuola, la famiglia e la comunità sociale hanno un ruolo formativo indispensabile nelle prospettive di prevenzione (Passanante, 2002).

4.1 FUMO

L'abitudine al fumo costituisce uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di alcune patologie (neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie), tanto che, per l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte nel mondo (Istituto Superiore di Sanità, 2005).

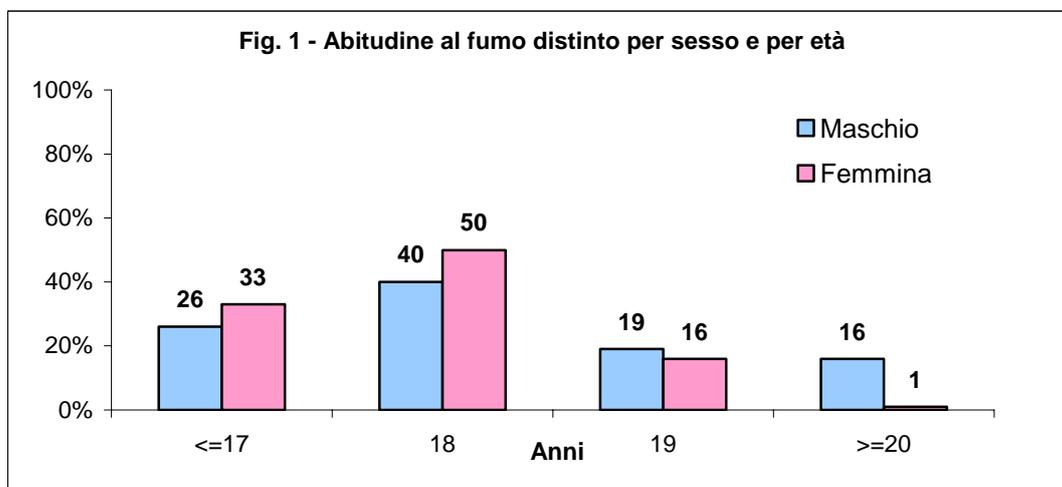
Il tabagismo rappresenta, quindi, uno dei più importanti problemi di sanità pubblica a livello mondiale. Come per molte altre patologie, il principale strumento di contrasto è la prevenzione. In Italia, un significativo e importante passo avanti, in tal senso, è stato fatto con l'entrata in vigore, il 10 gennaio 2005, della legge che vieta il fumo nei locali aperti al pubblico. Per il momento, tuttavia, i dati evidenziano ancora un fenomeno rilevante, seppure, per la prima volta negli ultimi venti anni, in calo (ISS, 2006).

Si definisce *fumatore* una persona che ha fumato almeno una sigaretta nella sua vita e che ha fumato almeno una sigaretta negli ultimi 30 gg. (Profea, 2004).

Al momento dell'intervista, si rileva una maggiore prevalenza delle fumatrici rispetto al sesso maschile (54% contro 51%), anche se tale differenza non è significativa.

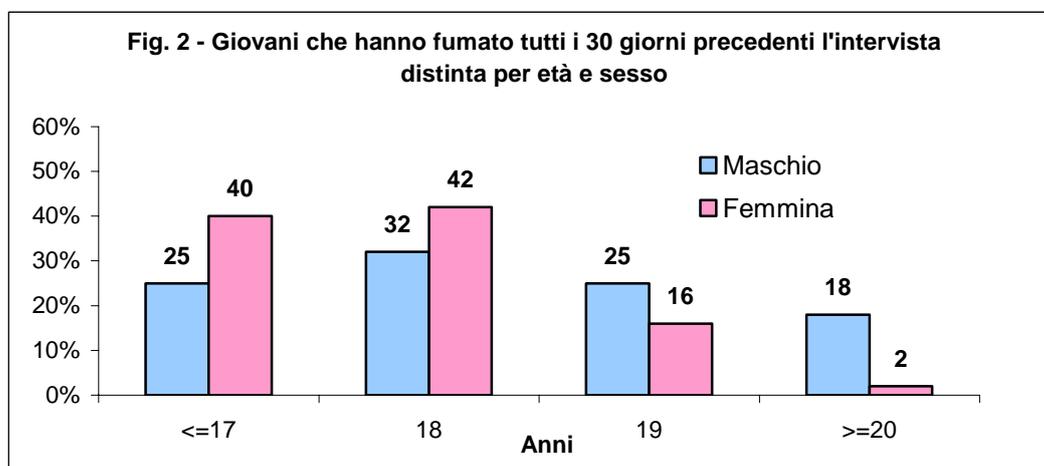
Rispetto all'età sono soprattutto i giovani appartenenti alla fascia 16-18 anni (75%) a presentare l'abitudine al fumo, il sesso femminile è quello che predomina (33% tra le diciassetenni

e 50% tra le diciottenni). Con l'aumentare dell'età sono invece i maschi a mostrarsi maggiormente dediti a tale abitudine (Fig. 1).

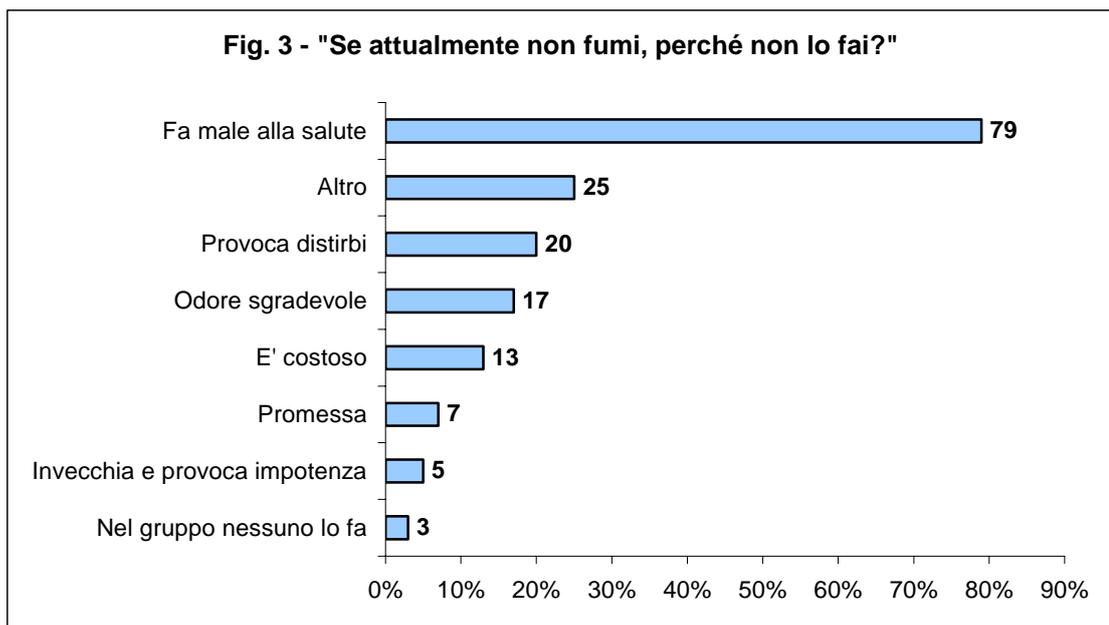


Tra gli studenti che hanno dichiarato di aver fumato negli ultimi 30 giorni, il 31% ha fumato tutti i giorni, il 9% ha fumato dai 21 ai 29 giorni, il 10% dai 6 ai 20 giorni e il 17% da 1 a 5 giorni. Tra coloro che si dichiarano fumatori, il 33% negli ultimi 30 giorni precedenti l'intervista, ha dichiarato di non aver mai fumato.

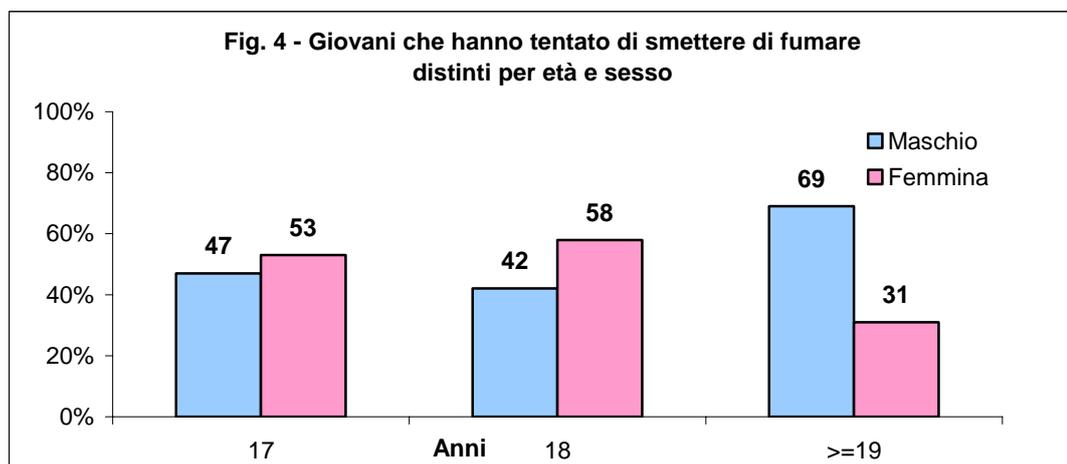
Tra quanti hanno ammesso di aver fumato tutti i giorni, il 52% è costituito da maschi. Tra i rispondenti di sesso maschile, l'età di coloro che hanno fumato, tutti i giorni, è 18 anni (32%). Tra le rispondenti di sesso femminile, prevalgono le diciassettenni tra le quali è molto più frequente fumare (40%) rispetto ai diciassettenni (25%). Non hanno fumato le ragazze di 21 e 22 anni. Rispetto alle femmine, i maschi di età superiore ai 18 e che hanno fumato in tutti i 30 giorni, sono in numero maggiore (Fig. 2).



Tra coloro che hanno dichiarato di non fumare attualmente, il 79% non lo fa perché pensa che il fumo danneggi la salute, il 20% dichiara che provoca dei disturbi. Il 13% sostiene che il fattore economico è il motivo per cui non fuma, il 3% non si è avvicinato al fumo perché non ci sono fumatori nel proprio gruppo. Il 17% dei rispondenti ha dichiarato di non fumare perché il fumo ha un odore sgradevole, ed il 5% perché invecchia la pelle e provoca problemi di impotenza nel sesso maschile. I ragazzi che hanno affermato di non fumare attualmente, in quanto lo hanno promesso ad una persona importante, corrispondono al 7% mentre il 25% ha risposto Altro (Fig. 3).



Complessivamente, il 56% degli studenti, fra coloro che affermano di fumare regolarmente, dichiara di aver provato a smettere. Nelle fasce di età 17-18 anni sono soprattutto le femmine ad aver tentato di smettere di fumare, ma con l'aumentare dell'età sono i maschi ad aver fatto più tentativi (Fig. 4).

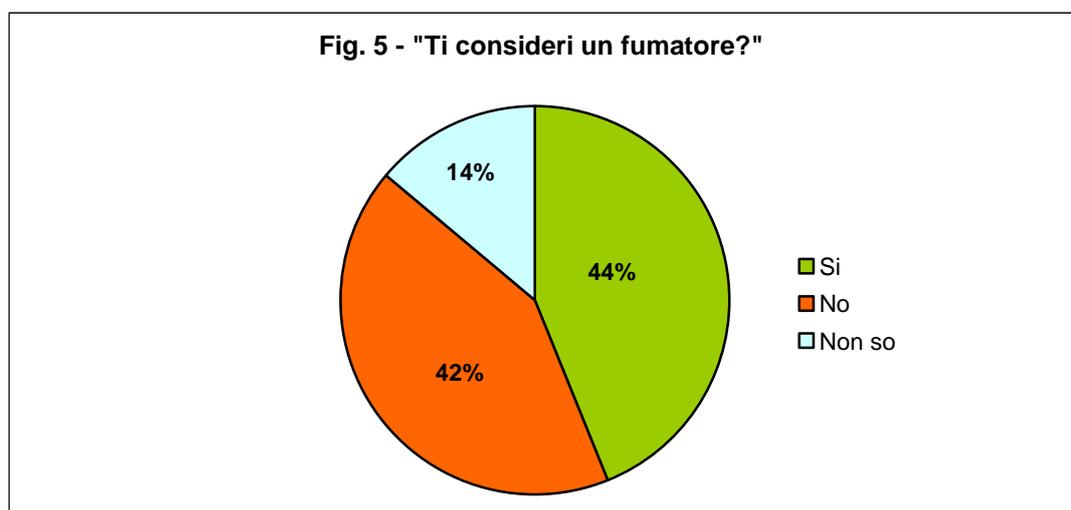


L'acquisizione delle sigarette avviene presso le tabaccherie per il 72% degli studenti, mentre il 22% le chiede o le rimedia presso altri. Il 3% ha dichiarato di trovarle in casa (Tab.1).

Tab. 1 - Acquisizione sigarette

Modalità di acquisizione	%
Le ho comprate da un tabaccaio	72
Le chiedo o le rimedio	22
Le trovo in casa	3
Altro	2
Le ho comprate in un distributore automatico	1

Tra gli studenti che hanno dichiarato di fumare, si considera "fumatore" solo il 44% di essi, mentre il 14% non sa come definirsi (Fig. 5).



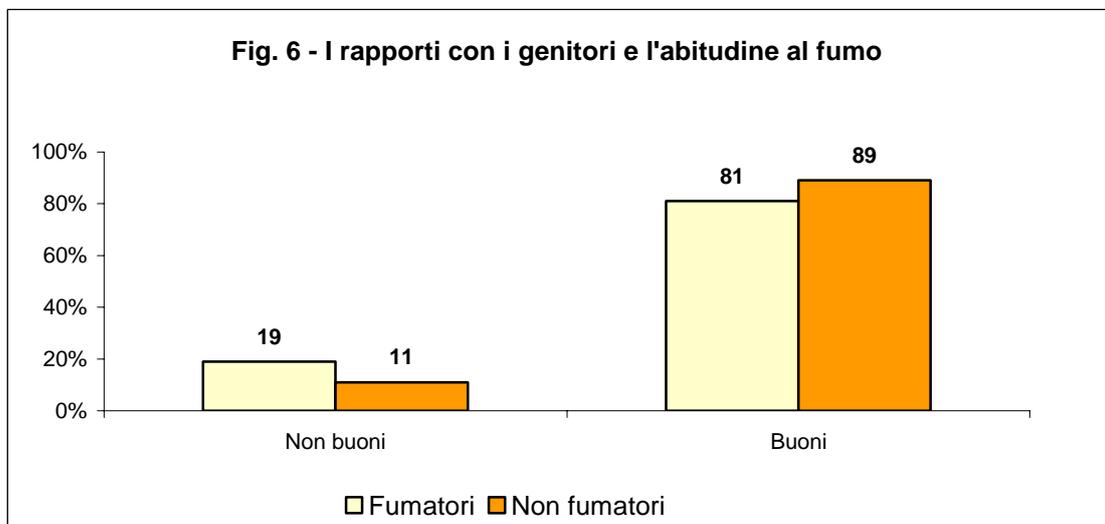
Alcuni studi hanno dimostrato come la qualità delle relazioni familiari - definita come presenza di dialogo genitori e figli e sostegno reciproco - costituisca un fattore importante per la prevenzione delle manifestazioni del disagio adolescenziale, quali l'abitudine al fumo, l'abuso di sostanze, la caduta della performance scolastica ed alcuni comportamenti delinquenti (HBSC, 2003).

Tra i 12 e i 15 anni molti adolescenti iniziano a sperimentare alcool, tabacco, droghe e la differenziazione di genere inizia ad intensificarsi, facendosi più netta e creando l'interesse per il sesso opposto. Il tempo speso con i propri genitori diviene sempre più ridotto per lasciar spazio al rapporto con i coetanei e l'esposizione all'uso di sostanze o la rottura delle norme da parte del gruppo di appartenenza sembrano influenzare direttamente il comportamento degli adolescenti. La struttura familiare con un solo genitore, di per sé non sarebbe un fattore di rischio, ma questa

situazione spesso lo diviene, quando risulta associata a minori risorse economiche, soprattutto se il genitore con cui vive l'adolescente è donna ed ha minor tempo ed energia da dedicare alla cura e alla supervisione dei bambini, e se il reddito ridotto del capofamiglia femminile riduce l'accesso alle risorse della comunità che potrebbero integrare e supportare gli sforzi genitoriali (Danesi, 2005).

Con riferimento alla struttura familiare di appartenenza non emergono differenze rilevanti tra i fumatori ed i non fumatori.

Tra i giovani che hanno l'abitudine di fumare, il 19% dichiara di avere rapporti non buoni con la famiglia, contro l'11% dei non fumatori (Fig. 6).



In relazione ai rapporti che si instaurano con i coetanei, si evidenzia come sono i fumatori ad essere più estroversi, anche se non si registrano particolari differenze.

Sul benessere dei ragazzi e sulla scelta di adottare comportamenti sani incidono anche costrutti psicologici individuali, in particolare autoefficacia e autostima. Per quanto riguarda la prima, alcuni tra i modelli psicologici dei comportamenti di salute hanno segnalato l'importanza di questo costrutto, infatti, le credenze nell'efficacia personale influenzano la costruzione di specifici piani d'azione necessari per non agire in modo casuale. L'autostima, considerata tra le componenti positive del funzionamento psicologico, è tra le più utilizzate come indicatore di adattamento e benessere psicologico. Molti comportamenti come abitudine al fumo, consumo di alcol e sostanze stupefacenti, attività fisica e abitudini alimentari, nella misura in cui vengono adottati possono determinare lo stato di salute presente e futuro dei ragazzi. Dal momento che i comportamenti di salute o quelli a rischio, presenti in età adulta, sono il risultato di abitudini sviluppate in adolescenza, le scelte comportamentali intraprese nel periodo dell'adolescenza diventano la base per uno stile di vita che si mantiene nel tempo. Conoscere comportamenti, opinioni, credenze dei

giovani riguardo alla relazione tra stile di vita e sviluppo di malattie, può fornire una solida base per impostare azioni di prevenzione congruenti e aderenti alla realtà dei giovani, piuttosto che alle idee adulte ad essa riferite (Tarantini et Al, 2004).

Per quanto riguarda l'autostima, il comportamento dei fumatori non sembra differenziarsi molto rispetto a quello dei non fumatori; sono comunque i non fumatori a dichiararsi più frequentemente completamente soddisfatti di sé stessi rispetto ai non fumatori.

DISCUSSIONE

Nel nostro Paese, gli attuali fumatori rappresentano il 25,6% della popolazione generale contro il 26,2% del 2004 e il 27,6% del 2003. In totale circa 500 mila fumatori hanno smesso nell'ultimo anno. Il decremento è maggiore tra gli uomini (29,3% nel 2005, 30% nel 2004, 33,2% nel 2003), ma anche le donne fanno registrare un calo dell'abitudine al fumo sia pur meno vistosa (22,1% nel 2005, 22,5% nel 2004 e nel 2003). Gli ex fumatori sono aumentati, passando dal 17,9 al 18,6% (25,2% maschi e 12,4% femmine) e i non fumatori rappresentano il 55,8% (45,5% uomini e 65,5% donne). Fra gli uomini la percentuale di fumatori è mediamente più elevata rispetto a quanto registrato fra le donne, in tutte le fasce d'età. Tale differenza è più accentuata fra gli over 64. Di solito si prova la prima sigaretta all'età di 17 anni. I maschi si avvicinano al fumo un po' prima rispetto alle femmine. Infatti, risulta essere di 18 anni l'età media dei fumatori di sesso maschile, contro i 19 anni del sesso femminile) (Istituto Superiore di Sanità, 2005).

Il Piano 2002-2004, nell'ambito del progetto 9 "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute", sottolinea come il fenomeno del tabagismo sia molto complesso per i risvolti economici, psicologici e sociali e soprattutto per la grave compromissione della salute dei fumatori, sia attivi che passivi. Pertanto, il controllo del tabagismo non può essere attuato solo attraverso interventi di carattere legislativo, ma necessita anche di efficaci e capillari attività di informazione ed educazione alla salute, da rivolgere in particolare ai giovani in età scolare ed alle donne in età fertile (Ministero della Salute, 2003).

Poiché nel nostro Paese il fumo di sigarette è uno dei più importanti fattori che aggrava le differenze sociali nei confronti della salute, ogni intervento per la cessazione del fumo, specialmente a favore dei gruppi sociali più svantaggiati, risponde all'obiettivo della riduzione delle disuguaglianze previste dal PSN (Istituto Superiore di Sanità, 2005).

Il 79% degli studenti intervistati e rispondenti ha fumato almeno una volta nella vita. L'età media di iniziazione al fumo risulta essere 15 anni per le femmine e 14 anni per i maschi, più basse, quindi, di quelle riportate a livello nazionale. Tra gli attuali fumatori, invece, l'età media risulta

essere 18 anni sia per il sesso maschile sia per quello femminile. Rispetto ai dati nazionali, perciò, l'età media delle studentesse, oggetto dello studio, è più bassa.

A livello nazionale, un'indagine campionaria, commissionata alla Doxa **dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga**, ha messo in evidenza che fra i giovani di 15-24 anni, i fumatori correnti sono il 28,2% dei maschi e il 21% delle femmine (Pacifichi R, 2005).

In tale studio, se da un lato i dati sui giovani sono ancora molto alti in percentuale, dall'altro, però il trend sembra essere positivo, con un calo dei giovani fumatori dal 34.1% del 2001 al 29.1% del 2002 al 26.8% del 2003 (Pacifichi et Al, 2003).

Inoltre, dalla **letteratura internazionale** emerge che:

- ✓ se le persone non iniziano a fumare durante l'adolescenza, hanno una bassa probabilità di diventare fumatori regolari in età adulta;
- ✓ esiste una forte correlazione tra l'età di iniziazione al fumo e la probabilità di diventare un forte fumatore regolare;
- ✓ la dipendenza aumenta con l'età;
- ✓ un alto grado di assuefazione si instaura solo dopo alcuni anni dall'iniziazione al fumo;
- ✓ prima si inizia a fumare, prima si instaura l'abitudine al fumo (HBSC, 2003).

In generale il 31%, del nostro campione di fumatori, dichiara di fumare tutti i giorni, il 17% lo fa occasionalmente (una volta a settimana o meno), ed il 47% non fuma.

Conformemente ai dati nazionali, il campione in esame sembrerebbe indicare un graduale aumento del numero di fumatori nella fascia di età 17-19 anni.

A partire dai 17 anni, infatti, la presenza di fumatori con forte dipendenza, tende a salire e soprattutto tra il sesso femminile. Infatti, le 17enni e le 18enni hanno fumato di più rispetto ai maschi negli ultimi 30 giorni; al contrario, nello stesso periodo, i 19enni ed i 20enni hanno fumato di più rispetto alle femmine.

Da sottolineare il fatto che pur fumando, il 48% dei fumatori non si considera tale e tra coloro che hanno dichiarato di aver pensato di smettere di fumare, la prevalenza è di sesso maschile.

BIBLIOGRAFIA

Danesi R. *“La prevenzione e gli adolescenti. Il counseling come strumento d'aiuto”* in Vertici Network di Psicologia ed Affini, 2005.

Consultabile su: www.vertici.it/rubriche/studi/template.asp

- HBSC, Rapporto sullo Stato di Salute e gli Stili di Vita dei Giovani Veneti in Età scolare, 2003.
Consultabile su: www.regione.veneto.it/sanita/dossier/hbsc/hbsc_report.htm
- Istituto Superiore di Sanità - Focus del 31/05/2005.
Consultabile su: www.iss.it/pres/focu/focu.php?id=359&lang=1
- Istituto Superiore di Sanità - *Rapporto annuale sul fumo 2004* - Indagine Doxa 2005
- Istituto Superiore di Sanità (2006) – Osservatorio Fumo
Consultabile su: <http://www.iss.it/ofad/fumo/index.php?lang=1&tipo=3>
- Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, Giugno 2003
- Pacifici R, Pichini S, Pizzi E, Di Pucchio A, Mortali C, Faralli C, Carosi G, Mattioli D, Martucci L, Modigliani G, Zuccaro P. *I giovani e il fumo - Indagine Doxa 2003 Osservatorio Fumo, Alcol e Droga*, ISS 2003,
- Pacifici R. *Rapporto annuale sul fumo 2004* VII Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, ISS, Roma 31 Maggio 2005
- Passanante E. “*Gli adolescenti, tra infanzia ed età adulta*”, 2002.
Consultabile su: www.psicologiasalute.it/html/libro_23022002.html - 20k
- PROFEA (2004). *Ostia: la qualità della vita vista dai giovani*, ISS
- Tarantini F, Biondi E, Billa F. *Stili di vita e benessere dei giovani in Sardegna*, 2004.
Consultabile su: www.federserd.it/tarantini.htm

SITOGRAFIA

<http://www.iss.it/sitp/ofad/fumo/>
http://www.psicologiasalute.it/html/libro_23022002.html - 20k
<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?sub=0&id=6&area=ministero&colore=2&lang=it>
<http://www.iss.it/binary/ofad/publ/alc&tv2003.1109230832.pdf>
<http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/tabacco>.
<http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/progettiVeneto.asp>
<http://www.regione.veneto.it/Sanita/Prevenzione/Stili+di+vita+e+salute/Tabacco/PrevenzioneFumoAdolescenti/> - 19k - 15 nov 2005
<http://www.epicentro.iss.it/ebp/pdf/Sup.%20capitolo%2074.pdf>
<http://www.pnlg.it/EP/capitolo7.pdf> -

4. 2 ALCOL

L'alcol è uno dei più importanti fattori di rischio per la salute dell'uomo e rappresenta, insieme con il fumo, una delle principali cause di mortalità e morbilità. Il suo consumo è fortemente influenzato dal contesto culturale, sociale, economico e politico. Il danno causato, oltre che al consumatore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Si stima, infatti, che i prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria. La riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol è, attualmente, uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica perseguiti da gran parte degli Stati europei. Nell'intera Europa, circa un giovane su quattro, di età compresa tra i 15 e i 29 anni, muore a causa dell'alcol che rappresenta, secondo le ultime stime, il primo fattore di rischio di invalidità, mortalità prematura e malattia cronica tra i giovani. Ogni anno, in Italia, più di 20mila persone muoiono per abuso di alcol e per problemi alcolcorrelati (Ministero della Salute, 2003).

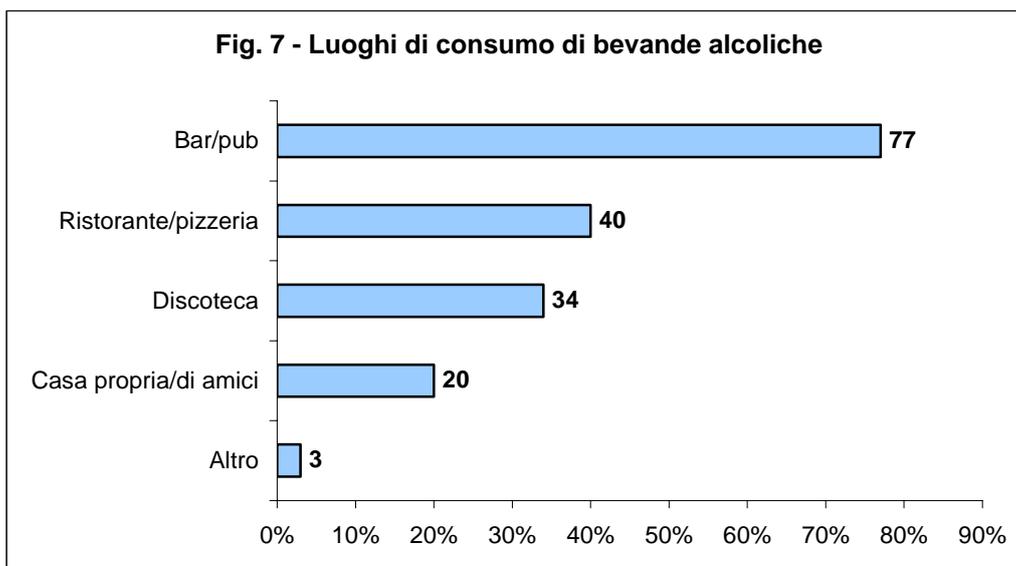
L'OMS stima che l'alcol impone un costo sociale e sanitario pari al 3-5% del PIL delle Nazioni e che rappresenta uno dei primi quattro fattori di rischio delle riduzioni degli anni di vita in buona salute a causa di disabilità, mortalità prematura e patologia cronica invalidante. Appare quindi prioritario, per tentare di arginare questo fenomeno, educare i giovani, promuovendo iniziative preventive, come proposto dal Piano di azione Europeo sull'Alcol (EAPP) (WHO, 2001).

Inoltre, l'abuso di alcol può contribuire ad un basso rendimento scolastico che può, a sua volta, favorire fenomeni di disistima ed esporre maggiormente il soggetto ad altri comportamenti a rischio (Bertinato et Al., 2003).

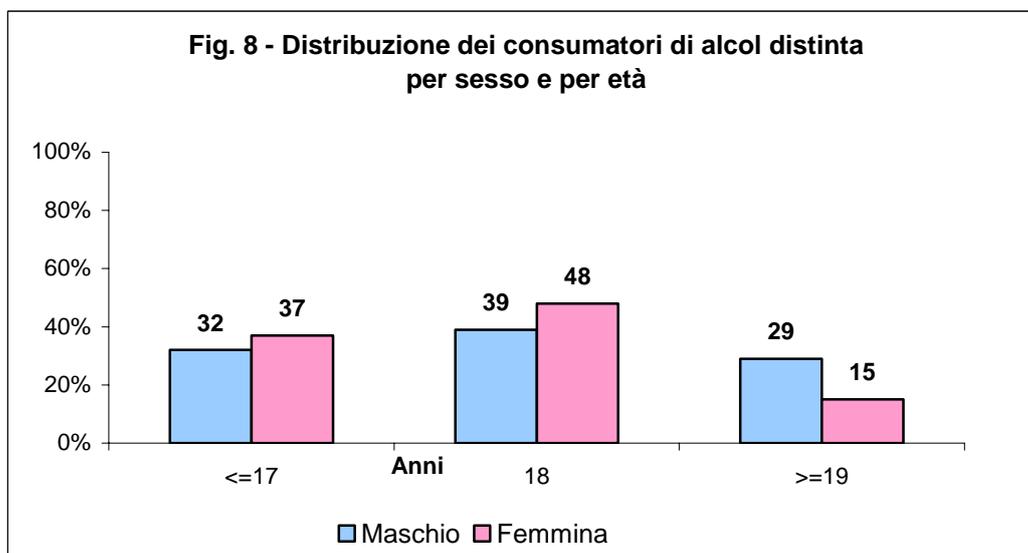
Per quanto riguarda il campione in esame, il 22% degli studenti ha dichiarato di aver consumato una bevanda alcolica, per la prima volta, quando aveva poco più di 14 anni. L'età media della prima volta in cui hanno consumato o provato alcol, risulta essere per i maschi 14 anni e per le femmine 15 anni. L'età media degli attuali assuntori di bevande alcoliche è 18 anni sia per il sesso maschile, sia per quello femminile.

Su 520 rispondenti, 428 studenti hanno dichiarato di bere (82%).

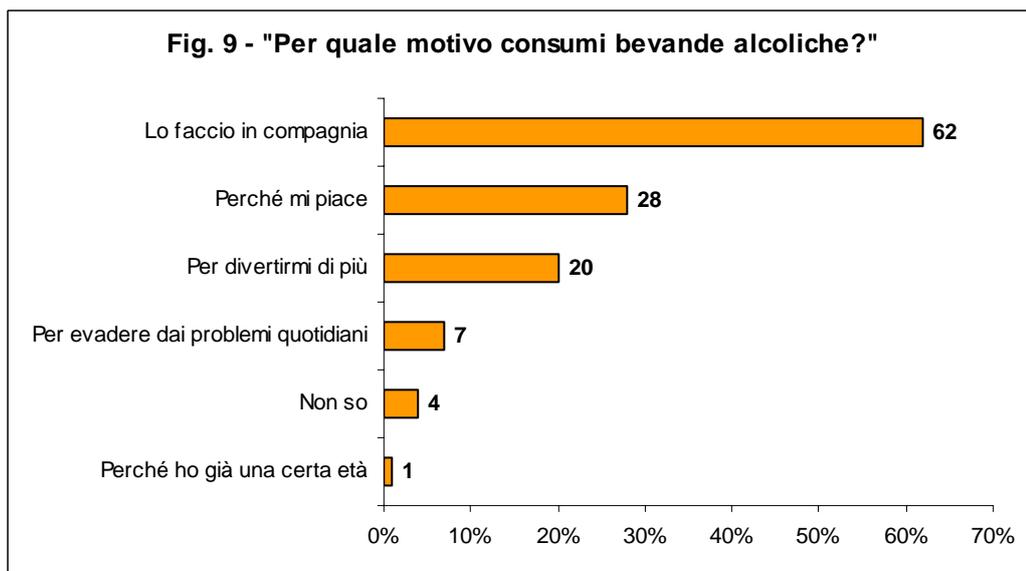
Si consuma alcol principalmente in birreria o nei pub (77%) oppure in locali quali ristoranti e pizzerie (40%). Presso la propria abitazione o in casa di amici, usa bevande alcoliche il 20% degli studenti e la discoteca è il luogo preferito dal 34% dei ragazzi. Solo il 3% preferisce consumare alcolici in altri luoghi (Fig. 7).



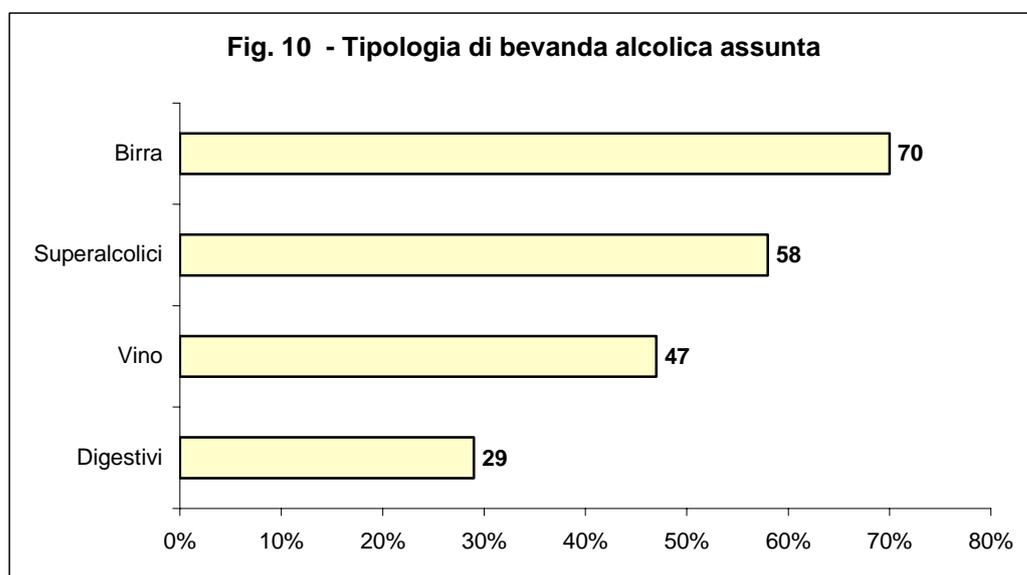
Tra coloro che hanno dichiarato di consumare alcol, il 55% è costituito da studenti di sesso maschile. Per entrambi i sessi l'alcol è consumato principalmente a 18 anni e solo dopo i 19 anni predomina il sesso maschile (Fig. 8).



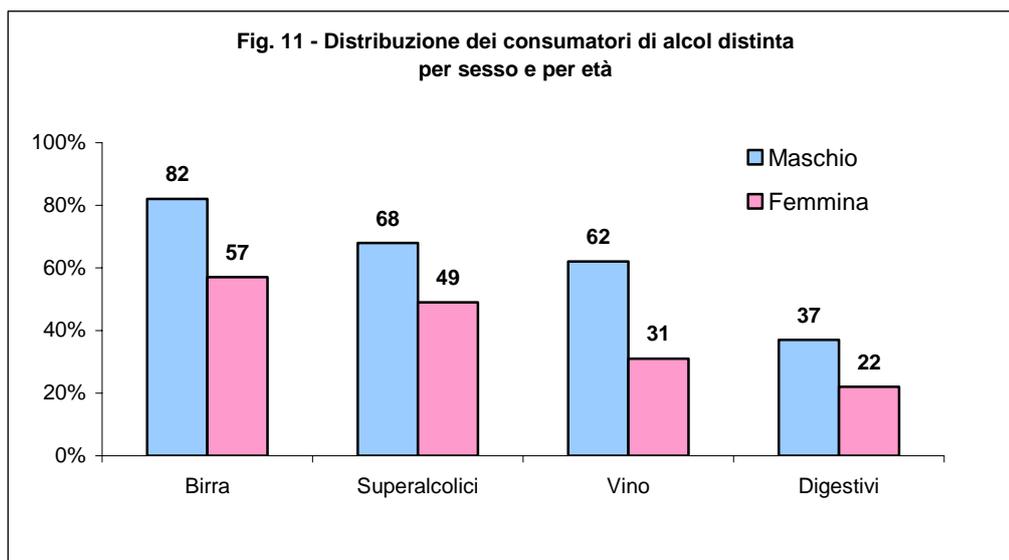
Il motivo principale per cui si consuma alcol è la necessità di stare in compagnia (62%). Piace consumare bevande alcoliche al 28% dei rispondenti, contro il 20% che dichiara di farlo per divertirsi ulteriormente. Evadere dai problemi quotidiani è il motivo per cui il 7% è dedito all'alcol, mentre il 4% afferma di non avere chiaro il motivo per cui consumano bevande alcoliche. Solo l'1% ha dichiarato di usare alcol perché ritiene di avere l'età giusta per poterlo fare (Fig. 9).



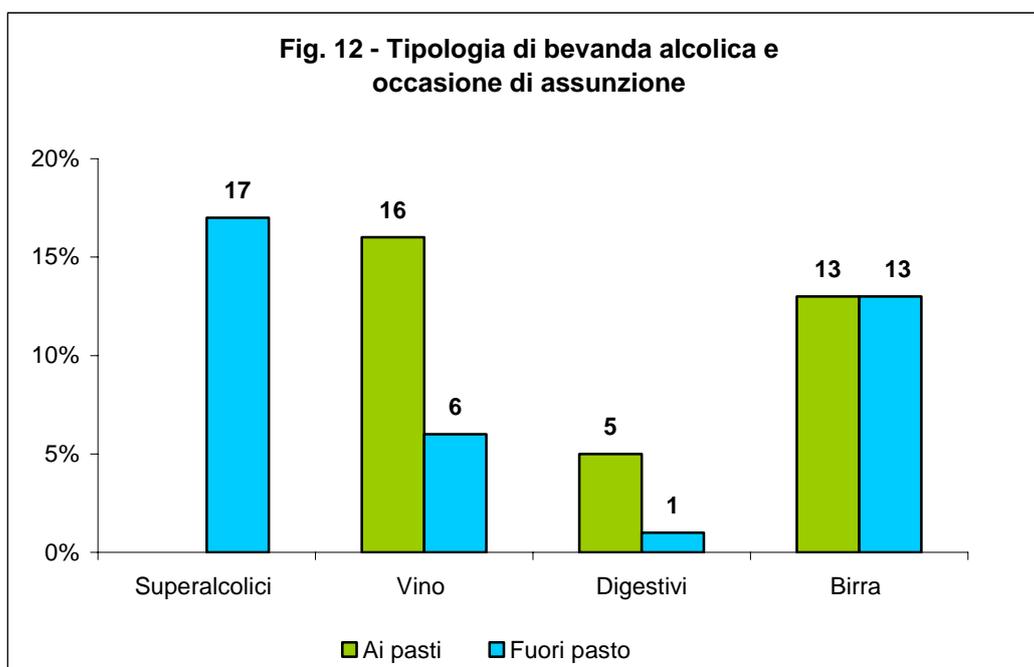
Fra i giovani che hanno dichiarato di assumere alcol, la birra è la bevanda preferita dal 70% degli studenti. Il consumo di superalcolici è stato dichiarato dal 58% degli studenti e il 47% degli stessi beve il vino. I digestivi, che sono i liquori tradizionalmente legati al rito del dopo pasto, sono consumati dal 29% dei soggetti campionati e rispondenti (Fig. 10).

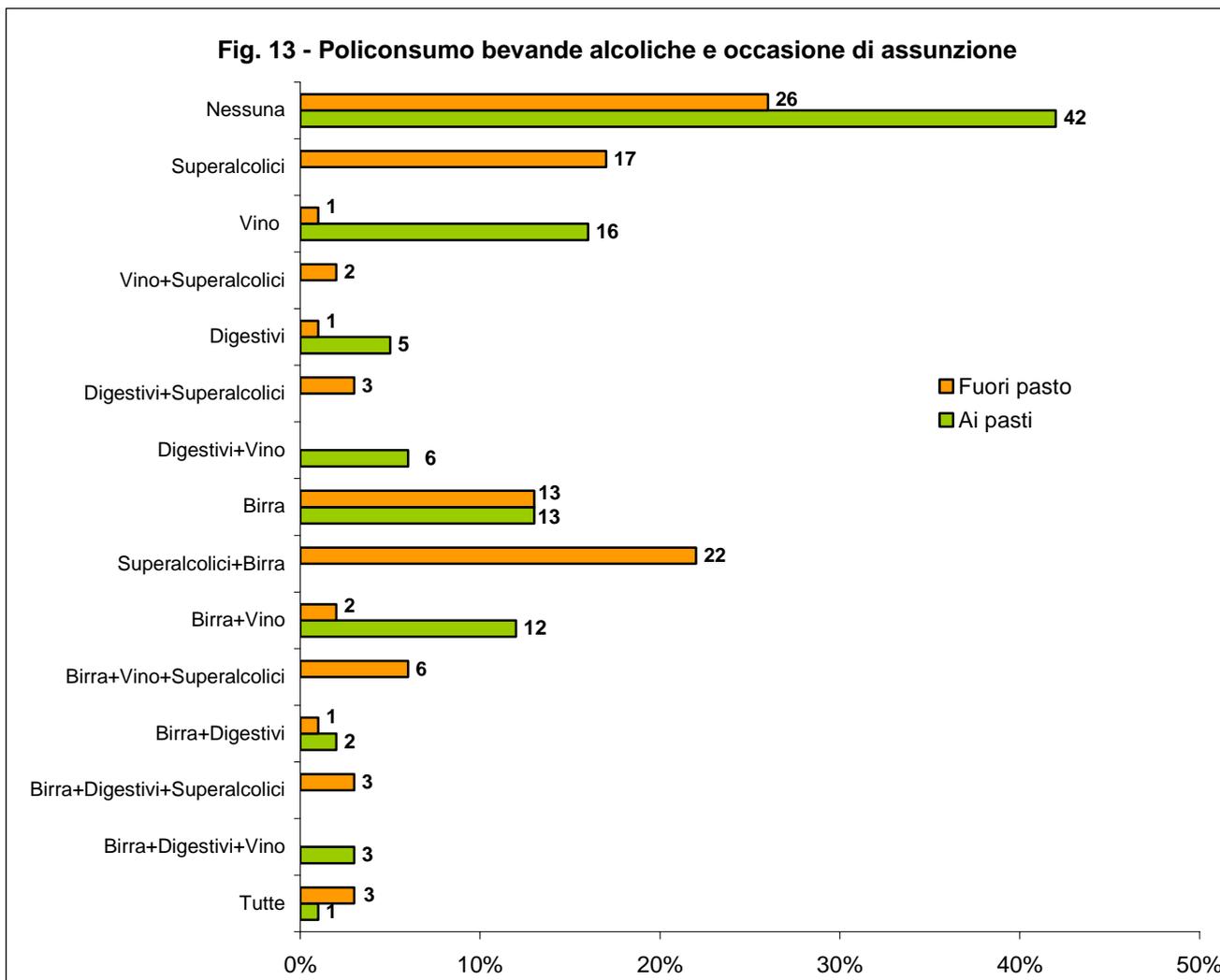


Dalla figura 11 emerge che tra le bevande proposte nel questionario quella preferita è rappresentata dalla birra.

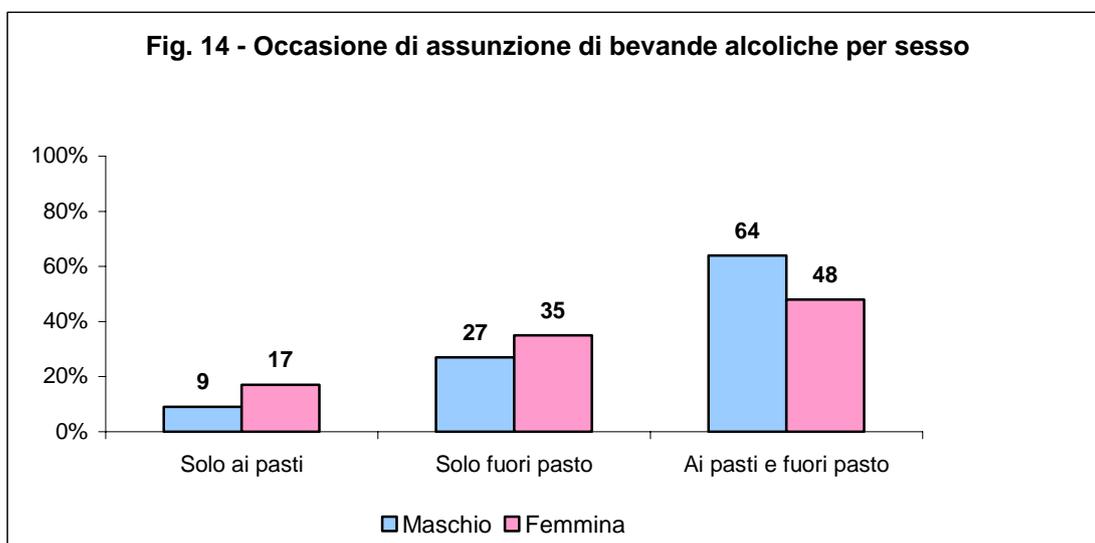


Durante i pasti, il vino e la birra vengono consumati rispettivamente dal 16% e dal 13% dei giovani. L'utilizzo delle due bevande insieme è riferito dal 12% dei rispondenti. Per quanto riguarda le consumazioni "fuori pasto" la birra ed i superalcolici risultano essere le bevande maggiormente utilizzate rispettivamente dal 13% e dal 17% degli studenti; l'assunzione di quest'ultime bevande avviene in maniera combinata nel 22% dei casi (Fig. 12 e Fig. 13).

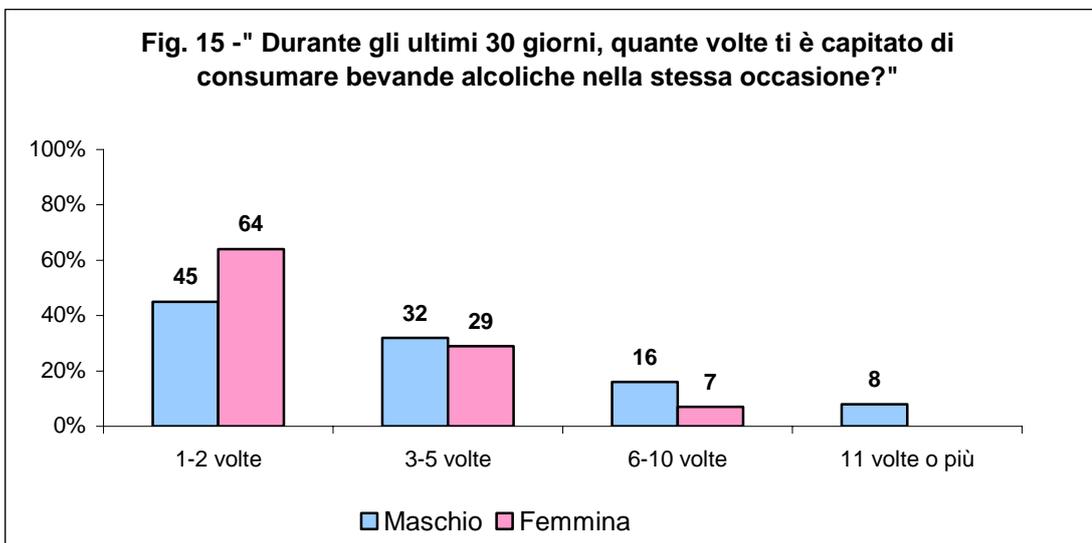




Il 64% dei maschi consuma durante e lontano dai pasti. Le ragazze preferiscono assumere alcolici ai pasti e fuori pasto (Fig. 14).

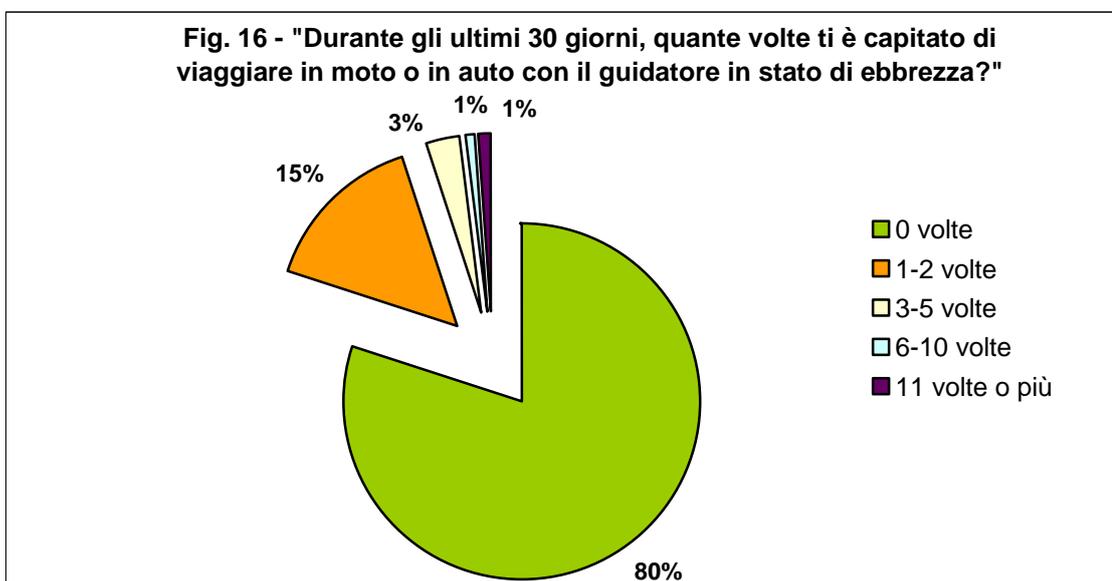


Tra coloro che dichiarano di consumare bevande alcoliche, l'80% non si considera un bevitore, solo l'8% dichiara di esserlo e il 12% non sa definirsi. Tra quelli che hanno dichiarato di aver usato bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni e nella stessa occasione, il sesso maschile è quello che predomina tra coloro che hanno assunto alcol più di 3 volte (Fig. 15).



La guida in stato di ebbrezza è una delle cause principali di incidenti stradali. Nei giovani, spesso, questa condizione è accompagnata anche dall'uso di sostanze stupefacenti che contribuisce ad accrescere i rischi di incidentalità stradale. Alcol e sostanze, infatti, interagendo, hanno la capacità di diminuire la soglia di attenzione e le capacità di guida (Macchia et Al, 2003).

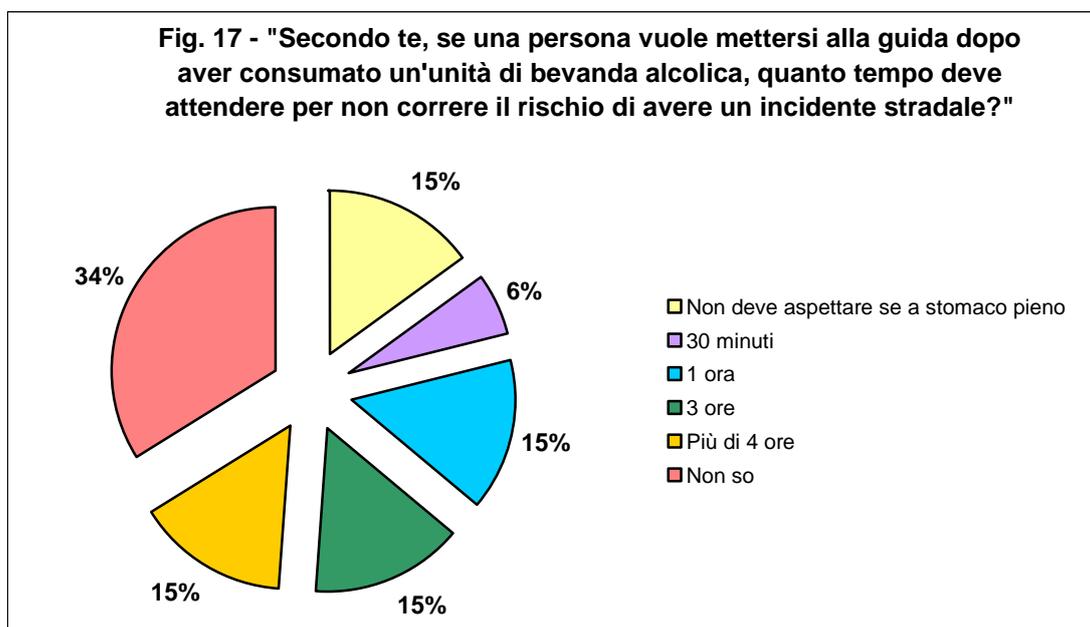
Nel caso del campione esaminato, il 20% ha affermato di aver viaggiato, durante gli ultimi 30 giorni, in compagnia di un guidatore in stato d'ebbrezza (Fig. 16).



Per quanto riguarda l'alcol e la guida, una attenta e specifica riflessione deve essere effettuata sulla percezione della quantità di alcol che può essere assunta senza ripercussioni sulla guida (e senza superare il limite legale). Nei fatti la "quantità" è estremamente variabile da individuo ad individuo; e lo è anche all'interno dello stesso individuo, dipendendo dalle modalità di assunzione, dall'abitudine al bere (si tenga conto, ad esempio, di coloro che usano bevande alcoliche solo nel fine settimana) e da numerosi altri fattori. Ancora, poiché il problema è sempre quello dell'interazione Uomo-Ambiente-Veicolo, una quantità assunta che mediamente comporti rischi moderati, può essere determinante nel ridurre drasticamente i livelli di attenzione se si accumulano e interagiscono tra loro condizioni particolarmente sfavorevoli (Macchia et Al, 2003).

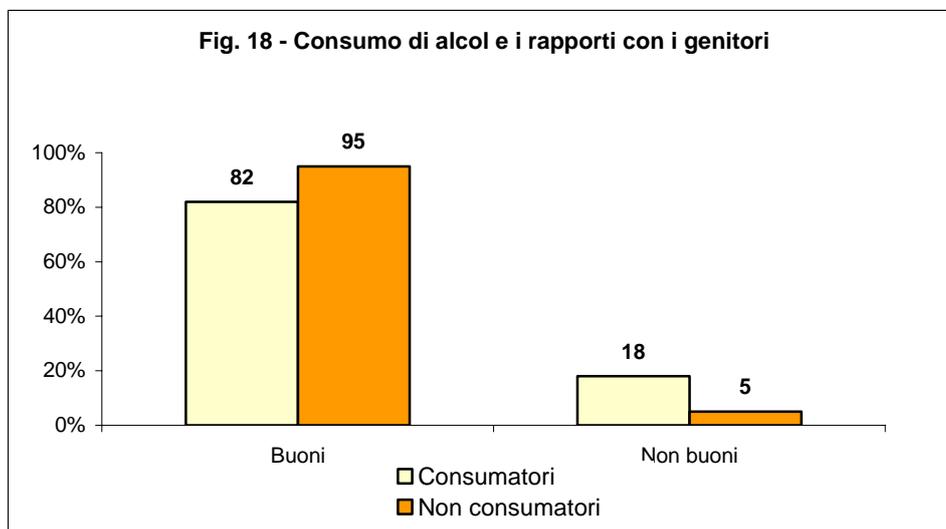
Il tempo minimo per metabolizzare un'unità di alcool è un'ora. Questo tempo può variare da 1 a 4 ore, a seconda delle condizioni di salute, sesso, età e se si consuma ai pasti o lontano dai pasti (Istituto Superiore di Sanità, 2003).

L'85% dei ragazzi non è adeguatamente informato sui tempi d'attesa necessari prima di mettersi alla guida per non rischiare incidenti stradali (Fig. 17).



Il "Primo rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e della preadolescenza" redatto da Telefono Azzurro e Eurispes (2000) ha sottolineato che i giovani, intorno agli 11 anni, hanno una prima "iniziazione" all'alcol solitamente in famiglia per occasioni speciali (feste familiari, matrimoni, ecc...). Il consumo di alcolici subisce un secondo incremento intorno ai 14 anni, quando inizia il consumo tra amici.

Tra i ragazzi intervistati, pur non emergendo differenze rilevanti rispetto al tipo di struttura familiare, il 18% dei consumatori di alcol ha dichiarato di avere rapporti “non buoni” con i genitori. Questo fenomeno risulta essere in linea con i dati della letteratura (Fig. 18).

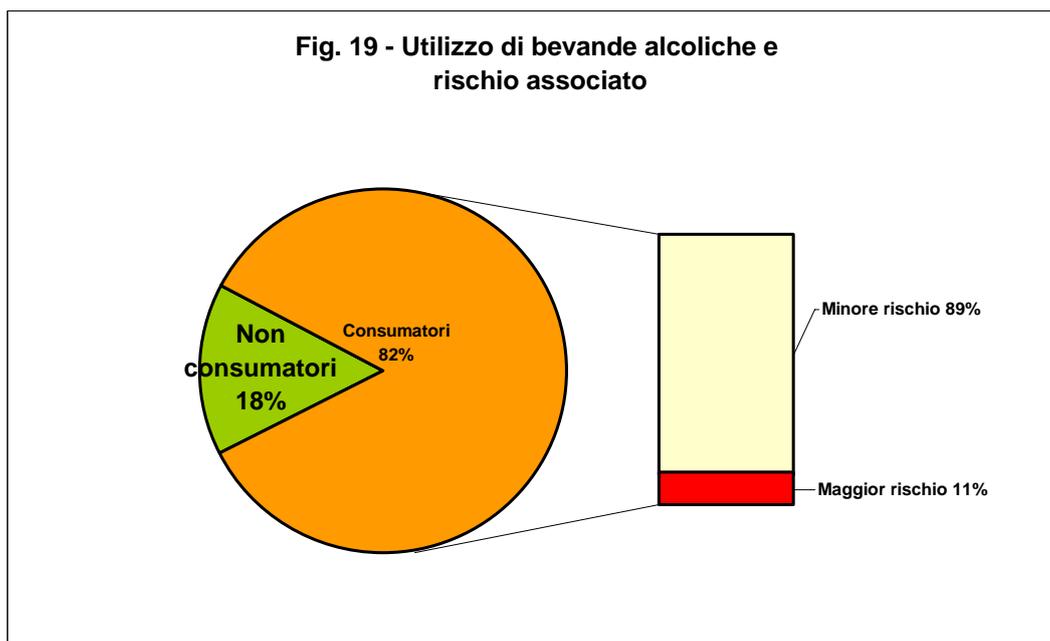


Riguardo al rapporto con i coetanei non si denotano particolari differenze tra i consumatori e non, sebbene i risultati indichino che i consumatori fanno amicizia più facilmente e non sentono il bisogno di selezionare le amicizie rispetto ai non consumatori. Non si evincono particolari differenze anche per quanto riguarda il consumo di alcol ed il livello di autostima.

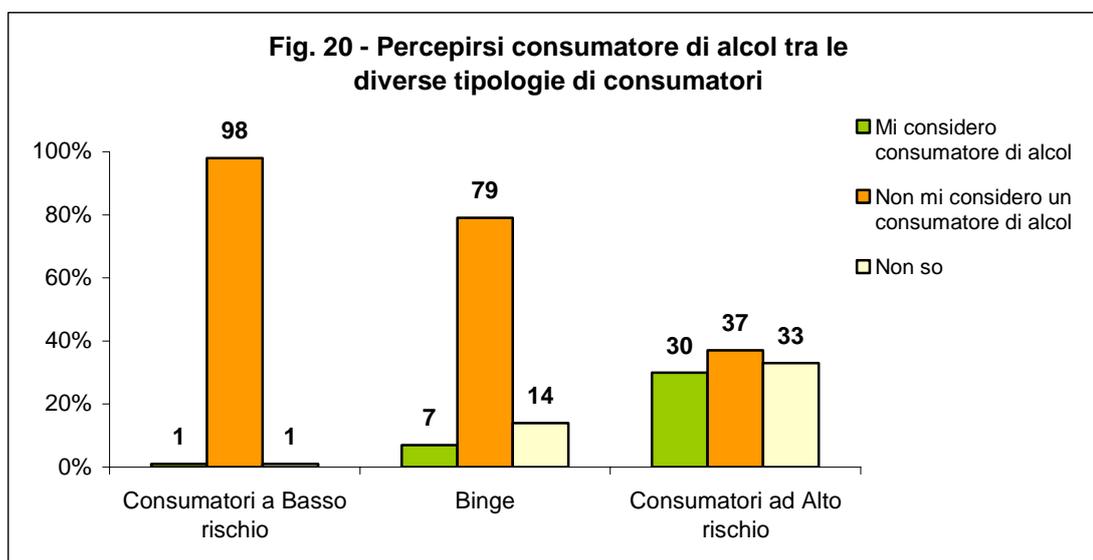
I giovani che negli ultimi 30 giorni hanno usato unità alcoliche superiori a 5 unità rappresentano il 54% del campione. Tale percentuale indica la cosiddetta figura dei “bevitori binge”.

Bevitore binge è considerata una persona che, negli ultimi 30 giorni, ha bevuto 5 o più bicchieri/bicchierini di bevande alcoliche in una o più occasioni (Profea, 2004).

Tra l’82% di coloro che sono definiti consumatori di alcol, l’11% è da ritenersi a maggior rischio (Fig. 19).



Sono state considerate le categorie di consumatore di alcol ad alto rischio (binge + consumatori fuori pasto), bevitori binge e consumatori di alcol a basso rischio. Tra le tre categorie, il 30% dei consumatori ad alto rischio si percepiscono come consumatori mentre tra i binge, la stessa percentuale è appena del 7% (Fig. 20).



DISCUSSIONE

In Italia, gli obiettivi previsti per la riduzione del fenomeno sono legati al tentativo di ritardarne l'età d'inizio del consumo d'alcol tra i giovani e ridurre la prevalenza dei consumatori di

bevande alcoliche tra gli adolescenti, in particolare di coloro che eccedono quantità moderate e che consumano alcol fuori pasto. Alcuni richiami europei, invitano ad incrementare il livello di coinvolgimento dei giovani nella definizione delle politiche giovanili legate alla salute, in particolare per le questioni che riguardano l'alcol (WHO, 2001).

L'Osservatorio Fumo, Alcol, e Droga (OSSFAD) dell'ISS ha condotto una ricerca di cui lo scopo principale è stato quello di coinvolgere i giovani nelle attività di prevenzione ad essi destinati, più che gli operatori sanitari. Tali evidenze mostrano che i risultati del focus group con gli operatori, non si pongono il problema della percezione e del vissuto degli individui e la difficoltà di soluzione del problema, risiede nella difficoltà di cambiare atteggiamenti e comportamenti delle persone (ISS, 2003).

L'aumento del consumo di bevande alcoliche si riscontra soprattutto nelle fasce di età più vulnerabili, dai 14 ai 17 anni, e nelle giovani donne. Sono circa il 17% dei maschi, in questa fascia di età, e il 14% delle femmine che consumano alcol al di fuori dei pasti (Indymedia Italia, 2005).

Per lo **Studio ESPAD nel 2002**, fra i giovani studenti italiani di età compresa tra i 15 e i 19 anni, i consumatori di bevande alcoliche rappresentano l'89% degli studenti. Il 54% degli studenti riferisce di essersi ubriacato almeno una volta nella vita e il 4% non percepisce il rischio nel bere 4 o 5 bicchieri di bevande alcoliche ogni giorno (Ministero della Salute, 2003).

Recentemente si è visto un significativo mutamento nella rappresentazione sociale del bere, con un passaggio dal vino alla birra ed ai superalcolici con l'individuazione di nuovi luoghi del bere spesso assunti da modelli esteri (aumentano i pub e le birrerie a discapito delle trattorie e dei ristoranti) (Centro Ascolto Alcolisti, 2005).

Oggi si potrebbe parlare di due modelli del bere: un modello tradizionale legato al vino e alla cultura dello stare insieme e un modello moderno legato al consumo per lo più di birra e superalcolici ed alla necessità di affrontare difficoltà personali (timidezza, paura, imbarazzo, ecc). Il bere determinato da tale necessità rappresenta, però, una modalità di utilizzo di alcolici che espone a una certa probabilità di sviluppare, col tempo, un problema di abuso o dipendenza. E' proprio per questa ragione che, nonostante i giovani siano più consapevoli e informati delle possibili conseguenze negative dell'assunzione di alcol, continuano a rappresentare una popolazione ancora ad alto rischio. Attualmente è possibile distinguere tre forme di alcolismo giovanile:

- ✓ Alcolismo come modalità di integrazione nel mondo degli adulti; in questa forma che prelude ad un'alcoldipendenza, l'influenza delle famiglie e del gruppo di pari è fondamentale. Le feste familiari, il luogo di lavoro, svolgono un ruolo induttore.
- ✓ Alcolismo come auto-medicazione: messo di fronte alla crisi adolescenziale (noia, solitudine, sentimento di inferiorità, ecc.) o ad uno stato più patologico (depressione, alto

livello di ansia, ecc) il giovane ricerca nell'alcol un effetto farmacologico. Per lo più solitaria questa forma di alcolismo comporta una degradazione rapida e a volte assume il valore di un equivalente suicidario.

- ✓ Alcolismo tossicomaniacale: sebbene per molto tempo non considerato tale, l'alcol acquisisce ai nostri giorni il valore di una droga. Il tossicomane può alternare l'alcol ad altre sostanze o può sostituire queste con l'alcol in un periodo di carenza (Centro Ascolto Alcolisti, 2005).

L'immagine del nostro campione è complessivamente in linea con i dati nazionali. Il numero dei bevitori, infatti, tende a crescere con l'età, e c'è da sottolineare la prevalenza del sesso femminile. Tra i giovani è evidente il numero di consumatori di birra e di coloro che considerano le bevande alcoliche non solo parte integrante del pasto, ma anche elemento da consumare in contesti più legati al tempo libero.

Per quanto riguarda l'alcol e la guida, il messaggio da trasmettere ai giovani, come ai meno giovani, è quello dell'incompatibilità tra alcol e guida.

Sul versante della salute è opportuno ed urgente che i ragazzi prendano coscienza che l'uso di bevande alcoliche in giovane età è comunque da evitare, e che siano correttamente informati sulle quantità che, allo stato attuale delle conoscenze, in base al sesso e al proprio stato di salute, possono essere considerate non dannose per un individuo adulto (in base a quanto segnalato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità).

BIBLIOGRAFIA

Bertinato L, Mirandola M, Ramazzo L, Santinello M. *Secondo rapporto sullo stato di salute e gli stili di vita dei giovani veneti in età scolare*, 2003.

Centro Ascolto Alcolisti – Amarcord Onlus, *Alcol e giovani*, 2005.

Consultabile su: www.serviziosociale.com/alcolegiovani.htm

Eurispes e Telefono Azzurro (2000). 1° Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'infanzia e dell'Adolescenza

Indymedia Italia *Giovani e Alcol*, 2005.

Consultabile su: www.italy.indymedia.org/news/2005/11/914847.php [Stampa i commenti.](#)

Istituto Superiore di Sanità “Guida utile all'identificazione e alla diagnosi dei problemi alcol-relati” Alcol e guida pag.28, 2003.

Macchia T, Dosi G, Giustizi M, Taggi F. “*I giovani, l'alcol e la guida: risultati preliminari nell'indagine AMR2003 condotta nelle scuole superiori italiane*”, 2003.

Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, Giugno 2003

PROFEA (2004). Ostia: la qualità della vita vista dai giovani, ISS

WHO *European Alcohol Action Plan 2002-2005*. WHO dalla Dichiarazione Giovani e Alcol. Stoccolma, 2001. Consultabile su: www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20030204_1)

WHO (2001): *Alcohol-number-one killer of young man in Europe*. (Press release EURO 2/01).

SITOGRAFIA:

<http://www.ministerosalute.it/promozione/alcool/alcool.jsp>

http://www.amarcord.info/a_giovani.htm

<http://www.alcoholfreechildren.org>

<http://www.guidagenitori.it/guidagenitori/home.jsp?openDocument=697&parent1=150&parent>

<http://www.educazionosalute.it/link.htm> - 41k

<http://www.epicentro.iss.it/ebp/pdf/Sup.%20capitolo%2084.pdf>

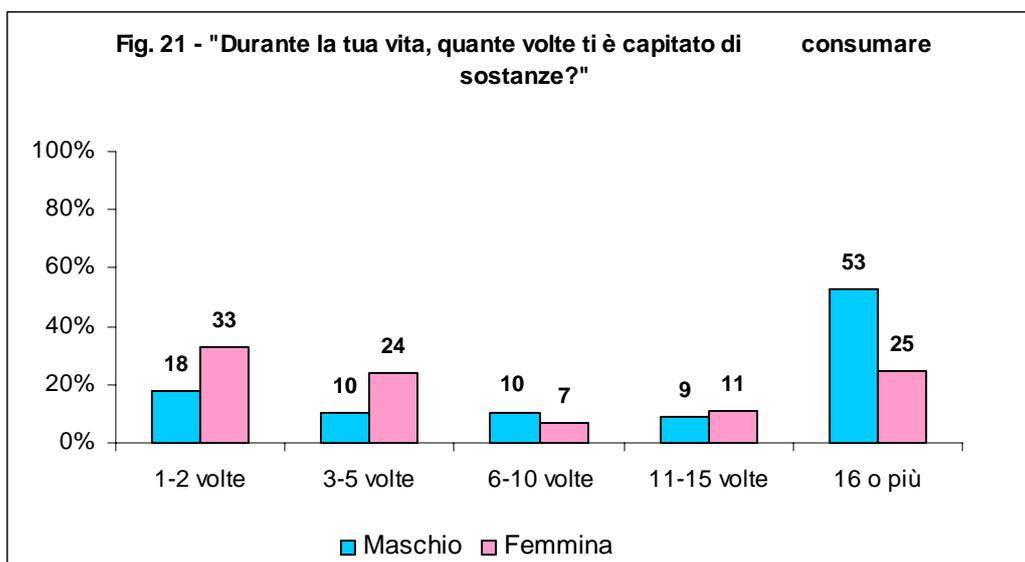
4.3 SOSTANZE STUPEFACENTI

In Italia continua a crescere l'uso delle sostanze illegali, sia tra la popolazione in generale, sia tra la popolazione studentesca. In particolare aumenta l'uso della cannabis e della cocaina e “continua ad affermarsi il consumo di psicostimolanti rispetto a quello dei depressori del sistema nervoso centrale”. Dalla relazione, presentata ai presidenti di Camera e Senato, emerge che il 26% della popolazione presa in esame, tra i 15 e i 44 anni di età, ha fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita, mentre, il 5,4% dei soggetti intervistati riferisce di aver fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita. Il 32,1% degli studenti ha fatto di uso di cannabis e il 4,8% di cocaina almeno una o più volte nella vita. In aumento anche il fenomeno del “policonsumo”. Da alcuni anni, rileva la relazione del Dipartimento, si sta manifestando l'uso combinato di più sostanze psicotrope illegali (Consiglio dei Ministri, 2004).

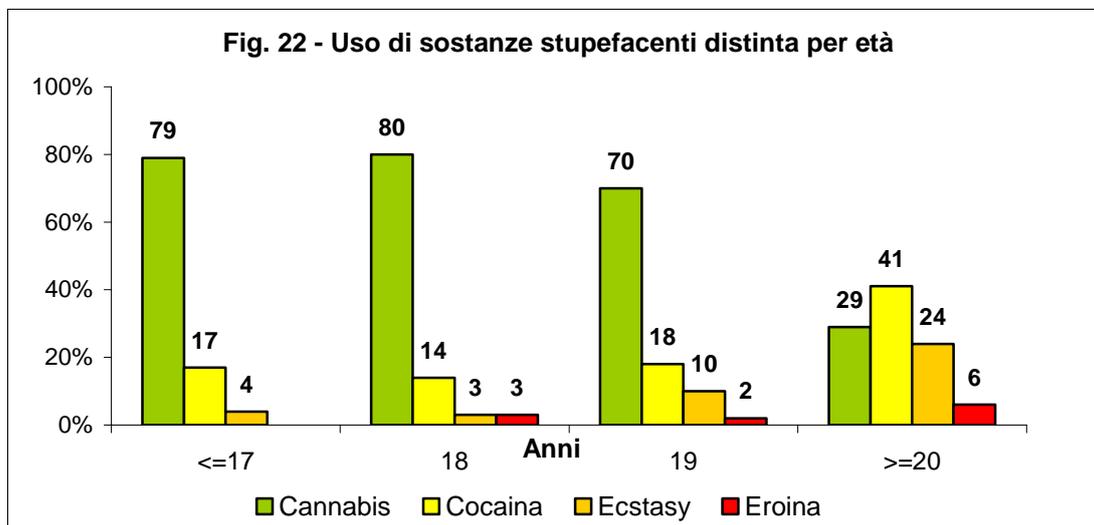
La sezione del questionario relativa al consumo delle sostanze stupefacenti ha riguardato 9 domande sull'uso di cannabis (intesa come marijuana o hashish), cocaina, ecstasy ed eroina da parte degli studenti intervistati.

Coloro che hanno partecipato all'indagine, alla domanda “*Durante la tua vita, quante volte ti è capitato di usare sostanze?*” hanno dichiarato di aver provato almeno una volta nella loro vita sostanze stupefacenti nel 49% dei casi (età media della prima volta 16 anni) e, rispetto alle femmine, sono i maschi ad averle provate più di 16 volte (Fig. 21).

Il 51% degli stessi, ha invece dichiarato di non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti nella propria vita.

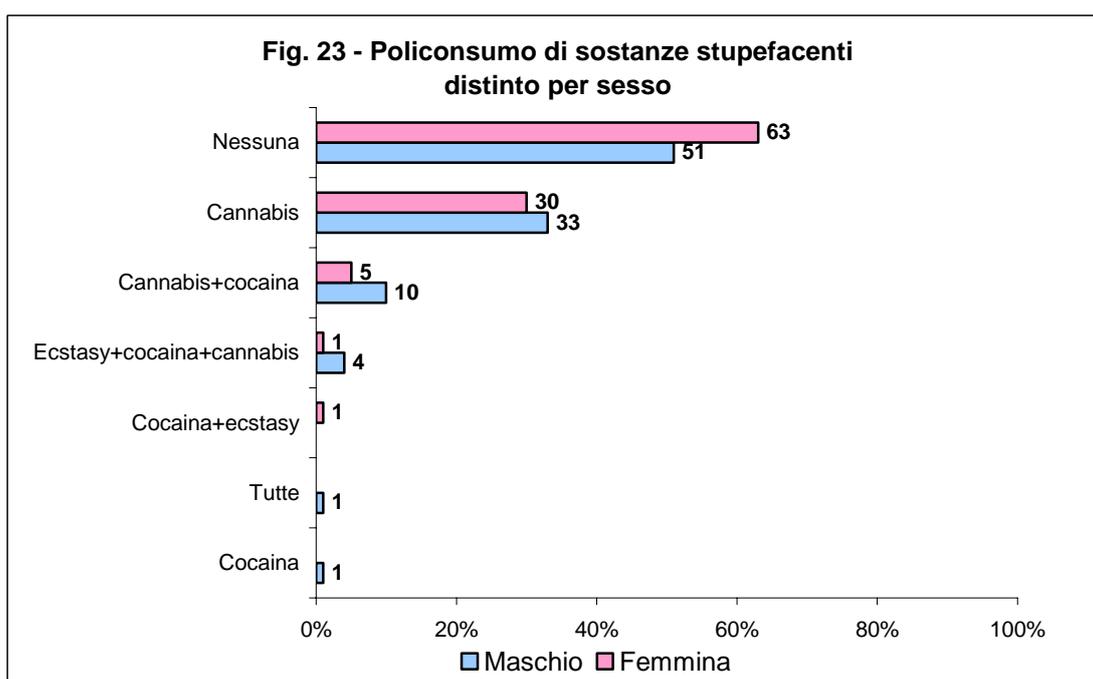


Nella figura 22 sono riportate le tipologie delle sostanze stupefacenti distinte per l'età di consumo. Il 79% degli studenti intervistati appartenenti alla fascia di età 16-17 anni ha dichiarato di usare cannabis; nessuno di essi consuma eroina. L'80% dei diciottenni ed il 70% dei diciannovenni usa cannabis.



Gli studenti intervistati, alla domanda sull'utilizzo delle sostanze stupefacenti, avevano la possibilità di indicare il consumo di una o più sostanze.

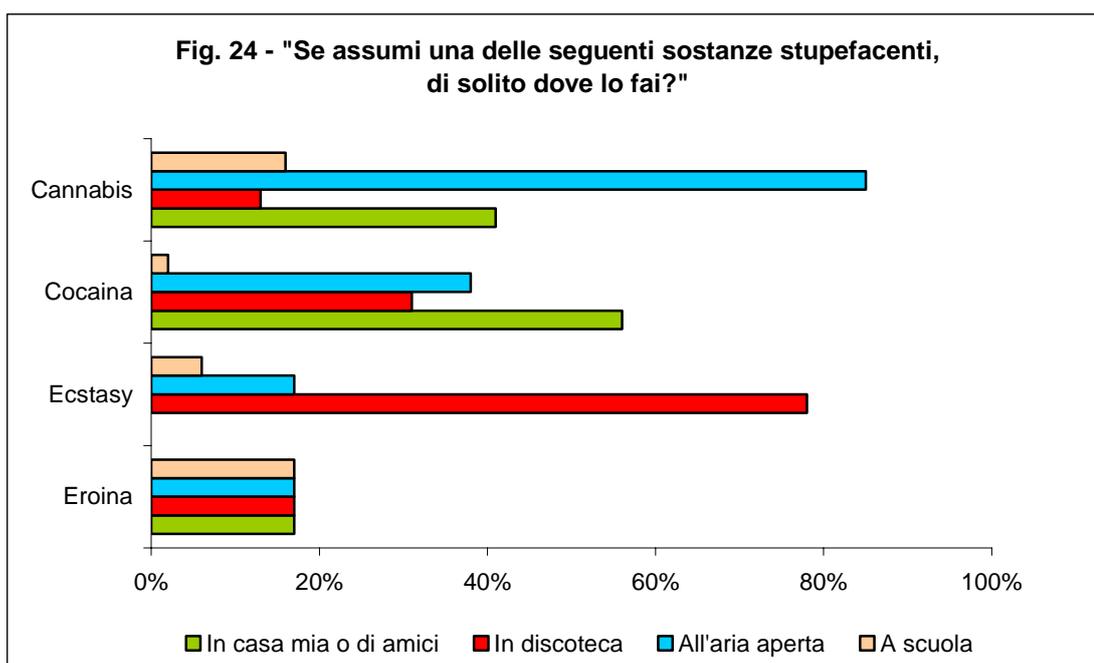
I risultati sul "policonsumo" sono stati i seguenti: l'1% dei maschi ha dichiarato di consumare tutte le quattro sostanze stupefacenti indicate. La cannabis è utilizzata maggiormente dai maschi da sola o associata alla cocaina e all'ecstasy (Fig. 23).



Alla domanda “Se assumi qualcuna delle seguenti sostanze, dove lo fai di solito?” i ragazzi nel questionario avevano la possibilità di rispondere a più opzioni.

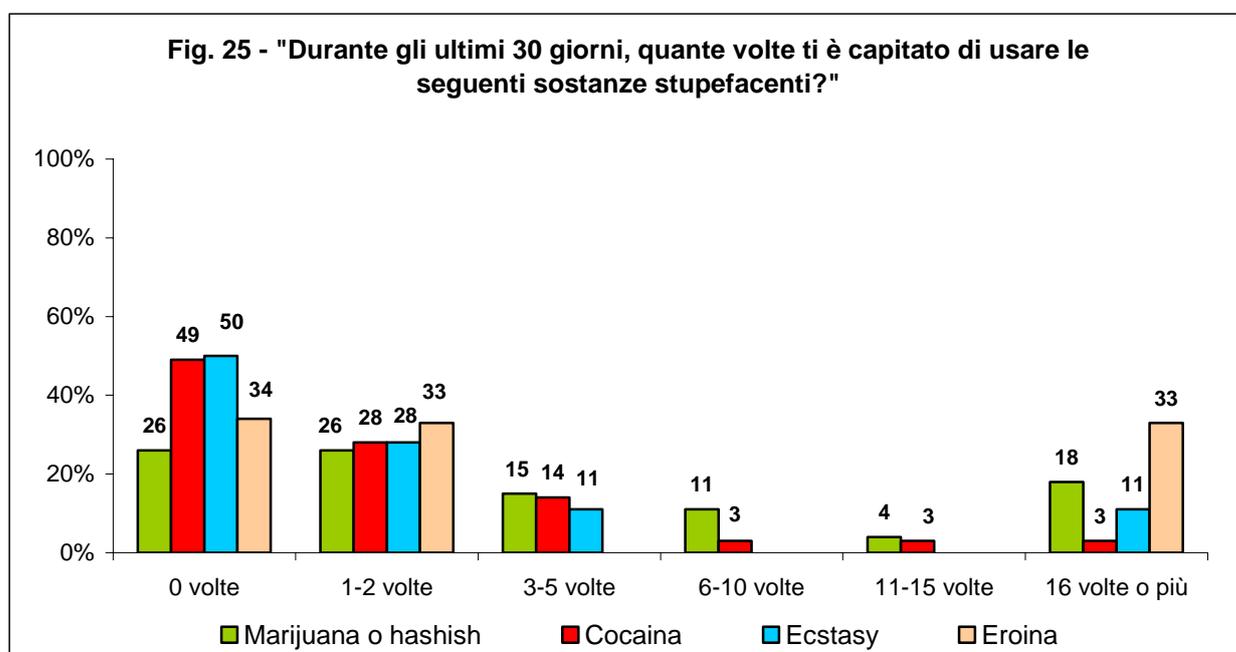
Le risposte date sull'utilizzo di cannabis sono state le seguenti: il 41% ha dichiarato di farne uso a casa di amici o a casa propria, il 13% in discoteca, l'85% all'aria aperta ed il 16% ne fa uso a scuola. Le risposte a questa domanda dimostrano come ogni luogo, sede di aggregazione giovanile, possa essere utilizzato per l'uso o l'offerta di sostanze stupefacenti. Questo denota che coloro che lo fanno si sentono padroni del contesto in cui si trovano e la presenza, all'interno della scuola, di sostanze ritenute “illegali”, faccia ormai parte del loro ambiente. I giovani assumono cocaina in casa propria o di amici (56%), in discoteca (31%), all'aria aperta il 38% e il 2% ha dichiarato di assumere questa sostanza anche a scuola. Anche in questo caso, le condizioni sono tali da permettere ai giovani di assumere cocaina anche a scuola. Il 3% dei ragazzi intervistati assume ecstasy consumata il più delle volte in discoteca (78%). Il 17% ha dichiarato di consumare ecstasy all'aria aperta e il 6% a scuola. A differenza della cannabis e della cocaina non è stato dichiarato il consumo in casa propria o di amici. L'1% degli interessati ha dichiarato di fare uso di eroina. L'utilizzo di questa sostanza è più frequente tra i maschi (83%) ed è utilizzata nella stessa percentuale (17%) in tutti i luoghi di aggregazione suggeriti nel questionario (Fig. 24).

E' evidente che il dato che appartiene all'uso di eroina è notevolmente preoccupante, non solo per il tipo di sostanza stupefacente ma soprattutto perché è consumata all'interno della scuola. Questo indica quanto sia necessaria una tempestiva ed appropriata informazione sulla prevenzione e il rischio sull'uso delle sostanze stupefacenti.



Si considera “*consumatore attuale di droga*” la persona che ha consumato droga almeno una volta negli ultimi 30 giorni. Il “*consumatore pregresso di droga*” è la persona che ha consumato almeno una volta durante la vita e non negli ultimi 30 giorni (Dimauro et Al, 1999).

Negli ultimi 30 giorni tra coloro che si sono dichiarati utilizzatori di marijuana o hashish, il 26% ha dichiarato di non averne fatto uso. Il 18% ha invece dichiarato di aver usato marijuana o hashish con una frequenza di 16 volte o più. Nello stesso periodo di riferimento, il 49% tra gli assuntori di cocaina, non ha utilizzato tale sostanza. Il 3% lo ha fatto più di 16 volte. L’ecstasy, negli ultimi 30 giorni, è stata assunta 1 o 2 volte da 5 studenti consumatori, e da 3 a 16 volte o più, da 4 di loro. Due dei soggetti assuntori di eroina hanno dichiarato di non averla assunta nello stesso periodo di tempo, 2 di averla consumata per 16 volte o più, gli altri 2 soggetti di averla consumata 1 o 2 volte (Fig. 25).

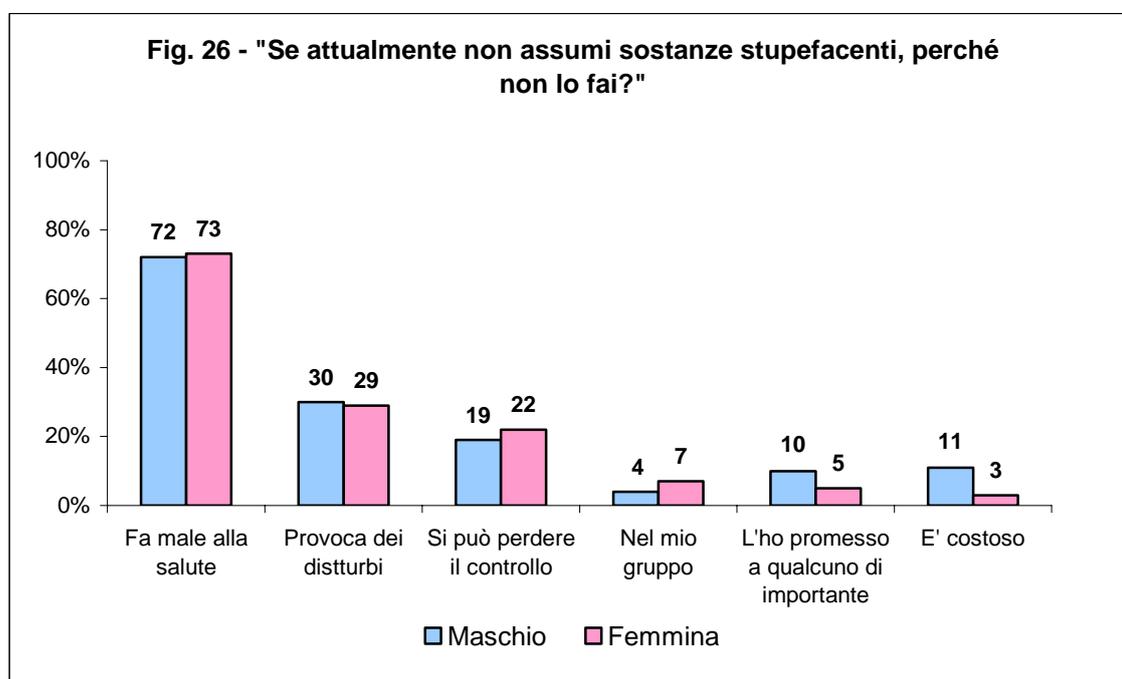


Per molti giovani il consumo di queste sostanze avviene in un contesto di normalità, non vi vedono nulla di patologico, si sentono ancora protagonisti della propria vita, ritengono di poter smettere quando vogliono, il rischio non viene percepito per nulla. Tra i consumatori, quelli ad avere più timore di diventare dipendente sono quelli di eroina (50%); quelli che invece non temono affatto di cadere nel tunnel della tossicodipendenza sono consumatori di ecstasy (11%).

Complessivamente, l’89% dei consumatori ha dichiarato di non temere di diventare dipendente da sostanze stupefacenti rispondendo di “No” alla domanda “*Hai mai avuto timore di diventare dipendente dalle sostanze stupefacenti?*”.

Con riferimento allo spaccio di sostanze all'interno della Scuola, il 16% dei giovani ha dichiarato che, nell'ultimo anno, qualcuno ha offerto, venduto o regalato loro sostanze stupefacenti all'interno dell'edificio scolastico. Anche in questo caso il dato è molto allarmante e dovrebbe richiamare l'attenzione di coloro che dovrebbero vigilare per ottenere un maggiore controllo sugli studenti.

Alla domanda "Se attualmente non assumi sostanze, perché non lo fai?" i giovani avevano la possibilità di segnalare più risposte. Il 73% dei giovani ha dichiarato di non assumere sostanze stupefacenti perché fa male alla salute, mentre il 30% ha riferito che provoca disturbi. Non si evidenziano particolari differenze tra i sessi (Fig. 26).



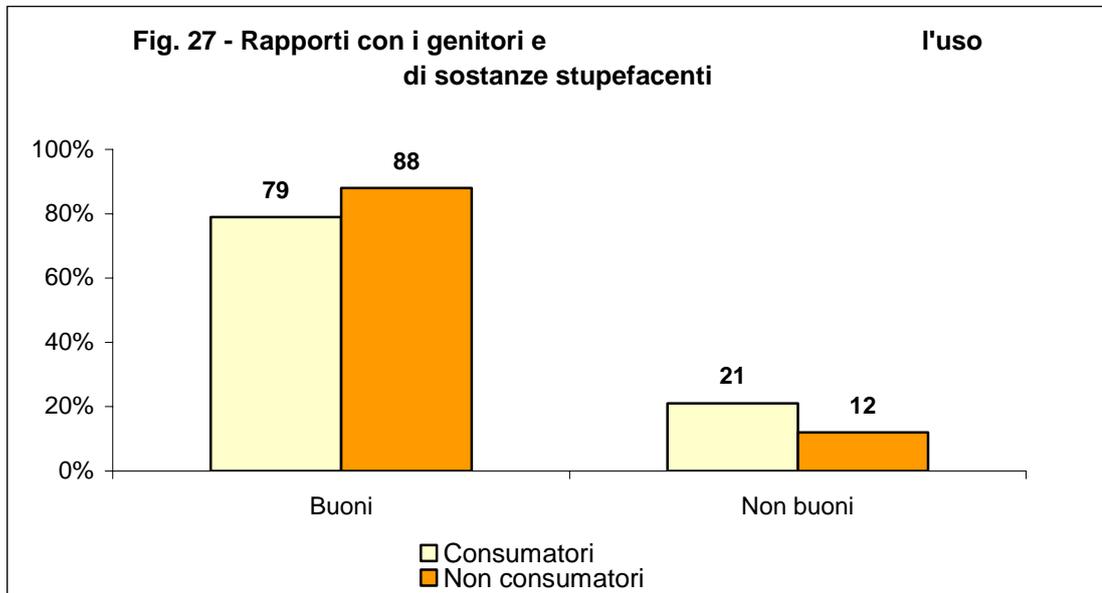
Un'altra dimensione importante indagata, nel questionario, è stata quella dei rapporti esistenti tra i giovani che hanno dichiarato di usare sostanze e la propria famiglia.

La famiglia d'origine può essere definita come un particolare ambiente di socializzazione, dove l'individuo struttura la propria personalità facendo riferimento alle figure parentali presenti, in base a forme di comunicazione, o meglio relazioni, che determinano il suo processo di crescita e di differenziazione (Baraldi et Al., 1996).

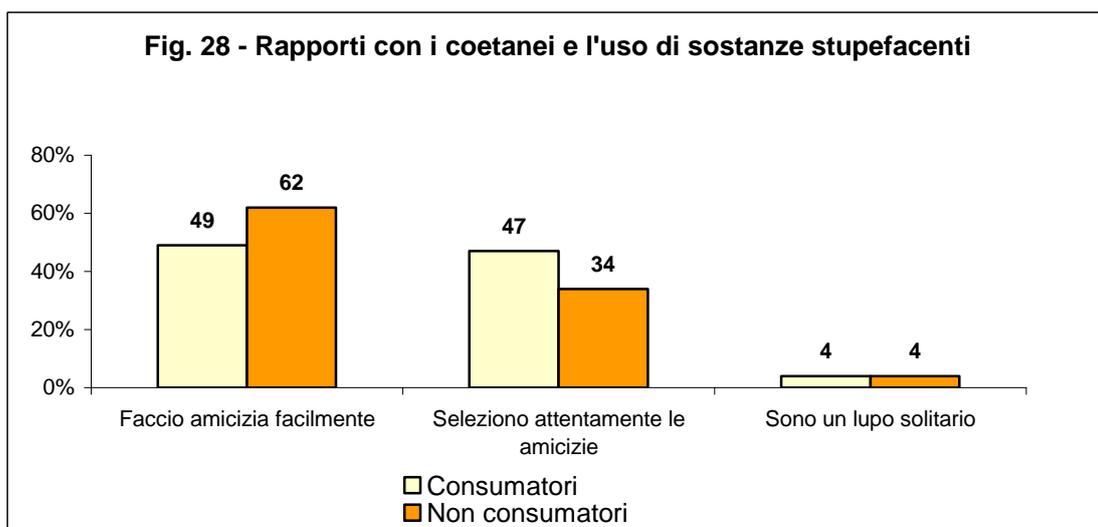
Spesso però la famiglia risulta essere un ostacolo per la crescita e lo sviluppo dell'individuo stesso. Un giovane consumatore di sostanze stupefacenti se interrogato, descrive la propria famiglia di origine dove il rapporto tra i membri è definito intorno ai ruoli, nella negazione di motivazioni e stili di comunicazione. In questo modo, anche in assenza di eventi traumatici significativi, le

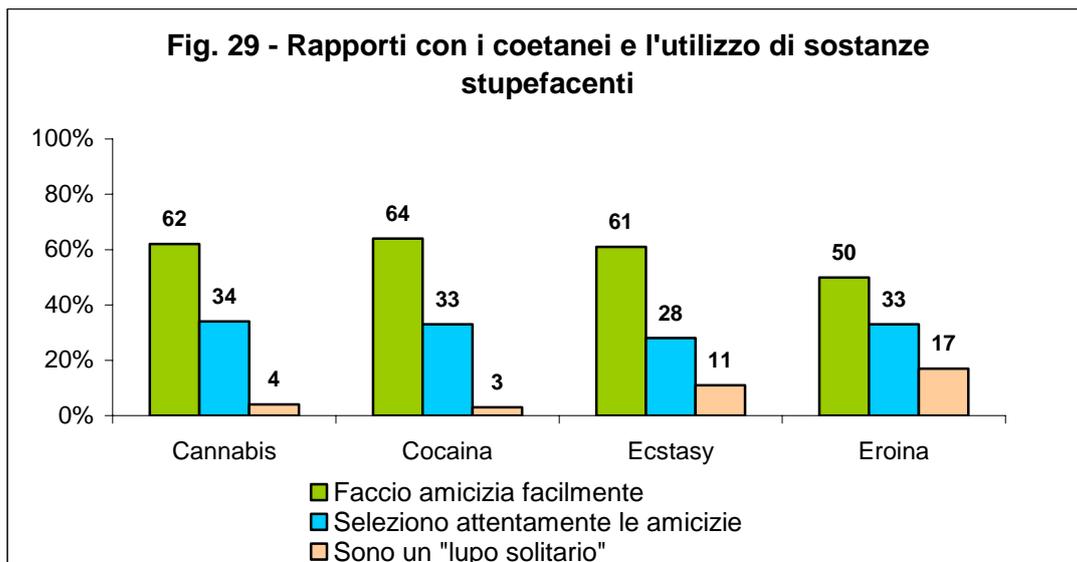
relazioni tra i genitori e i figli si sono organizzate nella negazione dell'intimità (Dimauro et Al., 1999).

Tra gli studenti che hanno dichiarato di fare uso di stupefacenti, mediamente il 21%, dichiara di avere rapporti non buoni con la famiglia (Fig. 27).

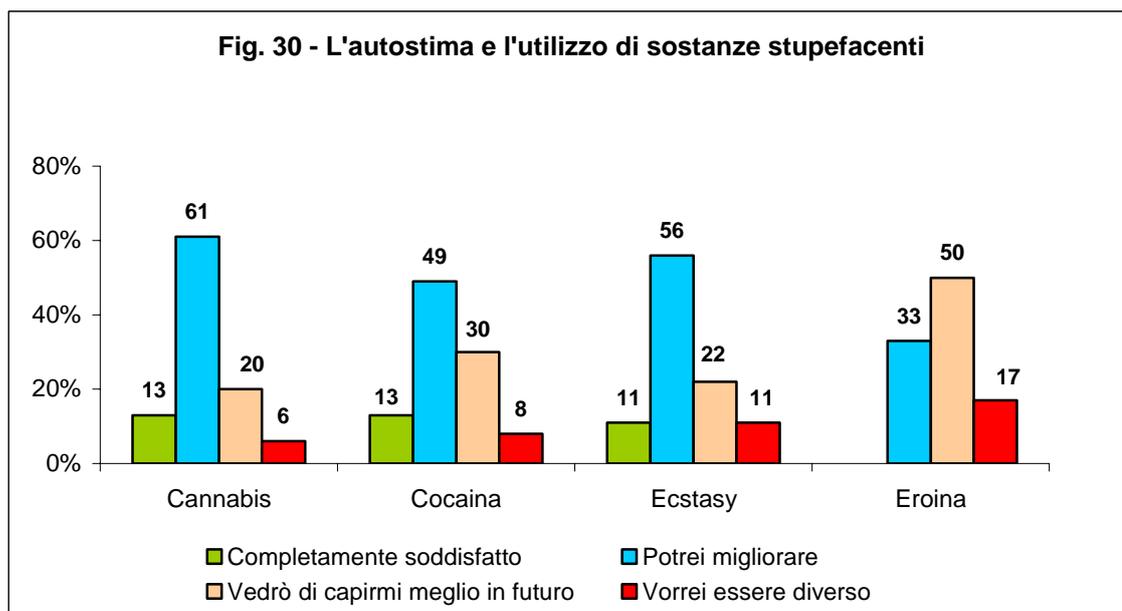


Nelle figure 28 e 29 sono riportati i risultati relativi al consumo di sostanze stupefacenti e il rapporto con i coetanei. L'approccio con i coetanei appare più problematico per i consumatori di ecstasy ed eroina.





Nella figura 30, sono riportati i risultati riferiti alla relazione tra consumo ed autostima. Analizzando le percentuali dei risultati ottenuti si possono osservare i diversi profili dei ragazzi che hanno dichiarato di usare sostanze stupefacenti. Coloro che utilizzano cannabis, cocaina ed ecstasy hanno stima di se stessi, quanto basta per accettarsi e considerano che nella propria vita potrebbero esserci dei miglioramenti futuri. I consumatori di eroina invece, non si stimano, anzi qualcuno di loro vorrebbe essere diverso da come è ora, faticano a capire cosa vogliono dalla vita e vorrebbero in tutti i modi poter migliorare. Non si rilevano particolari differenze per quanto riguarda la soddisfazione di sé stessi e l'utilizzo o meno delle sostanze.



DISCUSSIONE

Il 49% del campione intervistato ha dichiarato di aver provato sostanze stupefacenti.

La sostanza più utilizzata tra gli studenti è risultata essere la cannabis (42%), seguita dalla cocaina (12%), l'ecstasy (3%) e l'eroina 1%.

Questi dati si allineano ai risultati riportati dalla "Relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze 2004", dove si è registrato un aumento sull'uso della cannabis e della cocaina. Si abbassa inoltre l'età del primo contatto con la droga: il gruppo più interessato è quello tra i 14 e i 19 anni, che attraverso il "passaparola" con i compagni di scuola prova per la prima volta uno spinello o una delle cosiddette "sostanze ricreative", espressione tecnica quanto ambigua che indica ecstasy, anfetamina ed in generale le pasticche che si consumano in discoteca o nel weekend. I decessi per overdose nel 2004 si attestano a 441 casi, senza differenze di rilievo rispetto al biennio precedente. Secondo i dati ottenuti dalla sezione di Tossicologia Forense dell'università di Milano, sottolinea la relazione, tra i positivi alla cocaina alla verifica autoptica, circa il 25% delle morti sono attribuibili ad overdose, mentre il 31% sono dovute ad incidenti stradali. Il restante 43% delle morti sono provocate da altre cause (suicidi, omicidi, incendio). Infine, tra il 2001 e il 2003 nel nostro Paese si sono registrati complessivamente 84.024 ricoveri, sia ordinari che in day hospital, con diagnosi principale o concomitante relativa all'utilizzo di sostanze psicotrope (Consiglio dei Ministri, 2004).

L'idea di introdurre delle domande sulle droghe, all'interno del questionario sulla "*Qualità della vita vista dai giovani*", è nata nell'intento di coinvolgere gli studenti, stimolandoli a riflettere sui problemi correlati all'assunzione delle droghe, alle problematiche connesse, aiutare la scuola e i genitori nel loro compito educativo, che costituisce il primo e il più importante momento di prevenzione all'uso degli stupefacenti. Occorre oggi elaborare una strategia di prevenzione a livello cittadino, con una continuità nel tempo dell'azione preventiva. Il modello è quello di provocare la nascita di "moltiplicatori" dell'azione educativa che sappiano coinvolgere sulle problematiche del consumo degli stupefacenti i giovani.

Tutte le più recenti inchieste sui giovani indicano un dato di realtà spesso ignorato: la straordinaria facilità nel reperire le varie sostanze e l'aumentata disponibilità nel provarle. Lo spaccio (anche gratuito) nei luoghi maggiormente frequentati dai ragazzi (feste, discoteche, pub, ecc.), presenta un ulteriore pericolo, visto che avviene in luoghi giudicati "protetti" e tanto frequentati dagli adolescenti. Dai risultati ottenuti da questa indagine è emerso come, per esempio, la scuola sia divenuta uno dei luoghi abituali sia per lo spaccio sia per il consumo delle sostanze stupefacenti (luogo che dovrebbe essere per eccellenza considerato protetto!). Basta pensare che i giovani studenti intervistati hanno dichiarato di usare cannabis (16%), cocaina (2%) ed eroina

(17%) all'interno della scuola e che al 16% di loro hanno venduto, regalato o offerto sostanze stupefacenti a scuola. E' evidente quindi che bisogna utilizzare una strategia preventiva ad ampio spettro, che tenga conto degli stili di vita, degli atteggiamenti a rischio, individuando forme di prevenzione delle dipendenze caratterizzate da un'elevata riproducibilità, in modo che siano applicabili in un ambito come quello scolastico.

Da questo punto di vista la scuola non può più essere considerata soltanto come luogo di apprendimento, essa deve integrare la sua vocazione educativa con esperti esterni diventando luogo di prevenzione per eccellenza (Kenneth et Al, 2005).

Il primo target sul quale agire preventivamente è oggi costituito dai preadolescenti (12-13enni) che già nella scuola dell'obbligo fanno uso, e talvolta abuso, di alcol e tabacco. Tutta la letteratura al riguardo, nazionale e internazionale, concorda nell'individuare tali comportamenti precoci come possibili precursori del consumo di cannabis. Il secondo target riguarda invece gli adolescenti che usano hashish e marijuana, talvolta anfetamine ed ecstasy. Questo vasto universo del consumo deve essere trattato in quanto tale, e non confuso con la dipendenza. Il consumatore, saltuario o abituale, deve essere cioè aiutato a sviluppare una motivazione ad una scelta di cessazione del consumo. L'esperienza dimostra purtroppo che non basta elencare i possibili "effetti indesiderati" dell'assunzione di sostanze, né la motivazione sopravviene automaticamente al manifestarsi di danni non sempre e non solo transitori. Che fare allora? Sul versante soggettivo, è necessario che chi consuma, e non intende smettere, apprenda anzitutto la capacità di riconoscere i segni dell'alterazione, non solo rispetto agli effetti attesi ma anche inattesi, e i sintomi di malessere che si possono manifestare a medio-lungo termine. Cercare di creare una coscienza critica rispetto ai limiti del proprio stato psico-fisico, può costituire un'importante linea di difesa per chi non intende cessare l'assunzione (Mancini et al., 2000).

L'uso della cannabis, che è risultata tra le sostanze più usate tra gli studenti intervistati (42%), è fonte di pericolo in quanto, cambiando la percezione che si ha di sé sotto l'effetto di tale sostanza, si possono determinare danni psicologici notevoli. E questo avviene proprio quando l'individuo è in crescita, in forte cambiamento e quindi sicuramente privo di una personalità fortemente strutturata (Kenneth et Al, 2005).

Altro dato emerso riguarda il consumo delle droghe di sintesi (3% degli studenti intervistati ha dichiarato di usarle), per le quali il discorso è diverso, non solo per l'effetto notevolmente più accentuato, ma anche per la dipendenza fisica che esse possono provocare (Giannelli et Al, 2001).

Il risultato più allarmante rimane comunque quello legato all'uso dell'eroina. Anche se in piccola percentuale i giovani consumatori di eroina hanno dichiarato, riguardo a se stessi, di essere confusi e di volersi capire meglio nel futuro.

I risultati confermano come il rapporto *adolescenti - droghe* si connoti per una complessità di varianti derivanti da implicazioni di carattere culturale, sociale e psicologico (Gold et Al, 1995).

Questi dati, ottenuti dai risultati dello studio e confermati da tutte le più recenti ricerche di settore, indicano come siano strategicamente prioritari gli interventi a livello preventivo rivolti alle giovani generazioni. In questo scenario la scuola riveste senz'altro un ruolo di primaria importanza, soprattutto in considerazione del gran numero di giovani che la frequentano. Occorre quindi aiutare i giovani nella ricerca e nell'espressione della loro personalità, potenziando la capacità di saper valutare bene le scelte che si pongono nella vita di ognuno.

BIBLIOGRAFIA

- Baraldi C., La Palombara A. Famiglie e tossicodipendenza una connessione oscura? In "Terapia familiare", 51, pp. 31-53, 2005
- Consiglio dei Ministri. Dipartimento degli affari sociali. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2004
- Dimauro Paolo E., Patissi Valentino . DIPENDENZE. Manuale teorico-pratico per operatori. Carocci editore. Urbino, 1999
- Giannelli G. et al. Indagine conoscitiva aggiornata su aspetti somatici, neuropsicologici, comportamentali e neuropsichiatrici conseguenti all'uso ricreazionale di MDMA. Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo. (XXIV (4) 2001
- Gold M.S. et al. Cocaine, Marijuana, alcohol, and violence: results of annual high school survey. Biological Psychiatry vol. 37, 1995
- Mancini F. et al. *Politiche pubbliche di lotta alla droga in Europa*. Istituto Italiano di Medicina Sociale. Roma, 2000
- Kenneth J. et al. Drug selling among high school students: related risk behaviors and psychosocial characteristics. Journal of adolescent health (36), 2005

SITOGRAFIA

<http://www.antiproibizionisti.it/notizia.asp?n=3163> ROMA , 29 giugno 2005

<http://www.iss.it/ofad/eeee/index.php?anno=2005&lang=1>

<http://www.iss.it/binary/ofad/publ/alc&tv2003.1109230832.pd>

4.4 SESSUALITÀ

L'interesse per la conoscenza del comportamento affettivo e sessuale dei giovani è riconducibile a diversi fattori. L'ingresso nella vita sessuale adulta, costituisce una delle tappe fondamentali del più generale processo di maturazione che conduce una persona a lasciare l'infanzia per assumere le responsabilità della vita adulta. I comportamenti affettivi e sessuali hanno importanti conseguenze nella personalità dei giovani, perché definiscono – e nello stesso tempo vengono determinati dalle diverse modalità di relazione e di realizzazione di sé. L'interesse inoltre per tali sfere, tenta di contribuire allo sviluppo della conoscenza in merito alle evoluzioni delle norme sociali che governano l'intimità. Lo studio di tali comportamenti ha importanti risvolti sanitari, dal punto di vista fisico, dal punto di vista psicologico, e dal punto di vista della politica della salute. La conoscenza approfondita dei comportamenti sessuali e delle loro determinanti può favorire interventi correttamente orientati verso la promozione della salute riproduttiva.

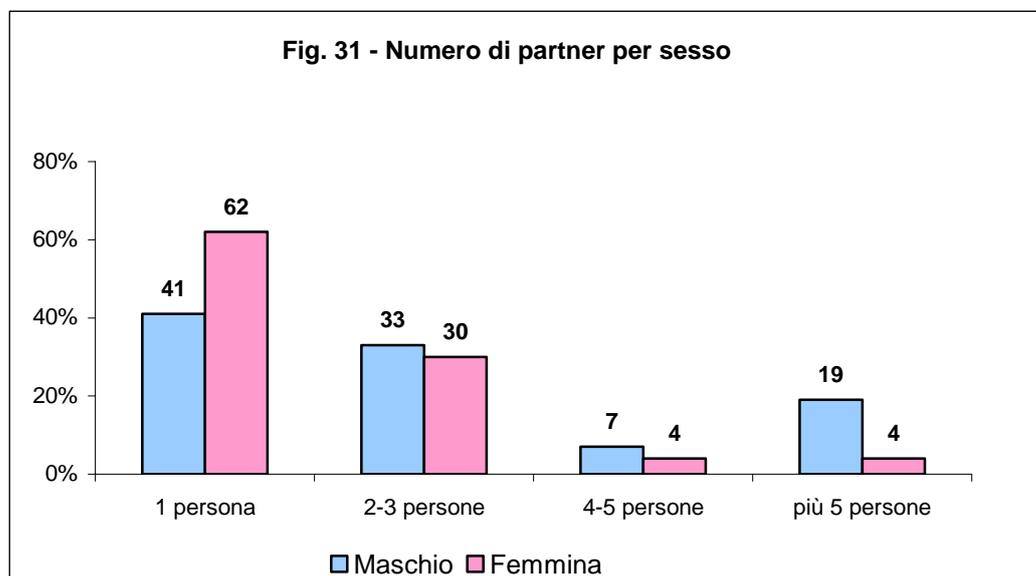
L'inizio precoce dell'attività sessuale e partner sessuali multipli, sono elementi di frequente riscontro tra i giovani di entrambi i sessi. La salute sessuale degli adolescenti trova il punto di forza su tre componenti: riconoscere i diritti sessuali, l'educazione sessuale e la disponibilità di servizi ad alta qualità per attività confidenziali. La contraccezione deve includere la prevenzione sia delle malattie sessualmente trasmissibili sia la prevenzione delle gravidanze (Apter, 2004).

Dal confronto con la popolazione adulta emerge che gli adolescenti presentano un maggiore rischio rispetto alle malattie sessualmente trasmesse ed in particolare le ragazze adolescenti ne sono affette in modo allarmante (CDC, 2002).

Nel nostro studio più della metà degli studenti intervistati (61%), prevalentemente di sesso maschile (55%), ha dichiarato di avere avuto rapporti sessuali. Dall'indagine è risultato che il 55% degli studenti ha avuto il primo rapporto sessuale tra i 16 ed i 17 anni, il 23% degli stessi ha dichiarato un'età compresa tra i 12 ed i 15 anni. I maschi sono attivi sessualmente prima delle femmine, mentre nel confronto tra i due sessi, l'attività sessuale dopo i 17 anni è stata rilevata maggiormente per le femmine (24% vs 18%).

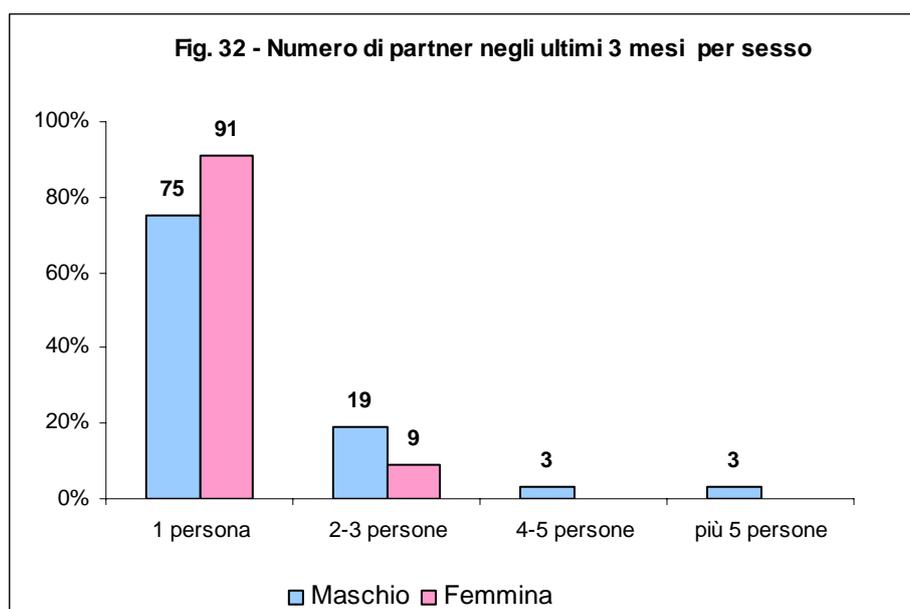
L'83% circa degli intervistati sessualmente attivi, ha dichiarato di avere avuto rapporti sessuali, fino al momento dell'intervista, con una sola persona. Il 14% degli stessi ha avuto rapporti con 2-3 persone ed una percentuale del 3% circa degli studenti ha avuto rapporti con più di 3 persone. Le femmine hanno avuto rapporti sessuali prevalentemente con un solo partner (62% circa, mentre i maschi tendono ad avere rapporti con più persone, sebbene, la maggior parte degli stessi

abbia avuto rapporti sessuali con una sola persona (41% circa), come riportato nella figura seguente (Fig. 31).



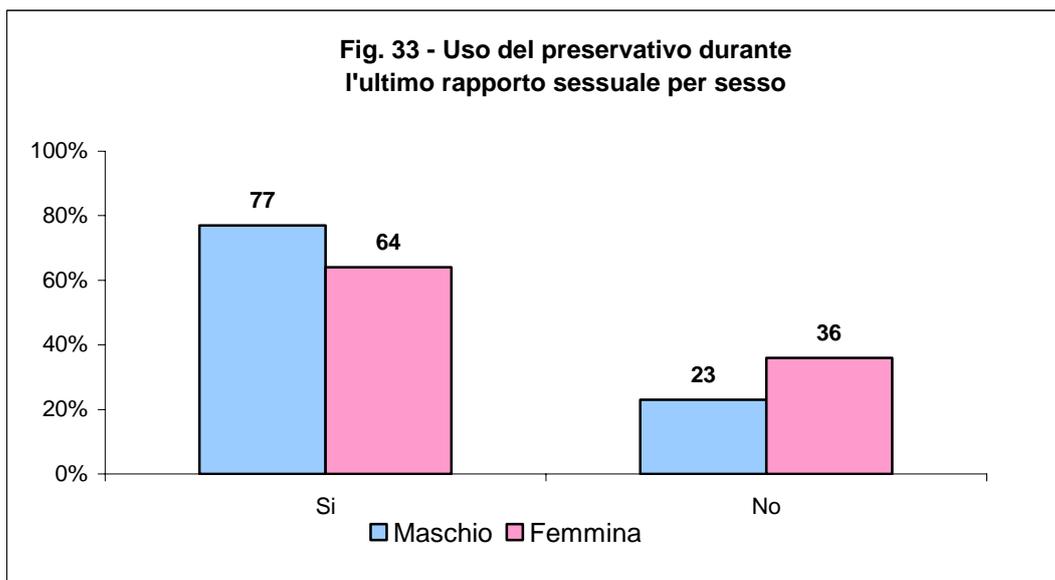
Agli studenti sessualmente attivi è stato chiesto di ricordare con quante persone avessero avuto rapporti sessuali negli ultimi tre mesi. I risultati confermano la prevalenza di rapporti sessuali con un unico partner per entrambi i sessi, soprattutto per le femmine.

Il 91% circa delle studentesse sessualmente attive negli ultimi tre mesi, ha dichiarato di avere avuto un solo partner contro il 75% dei maschi (Fig. 32).

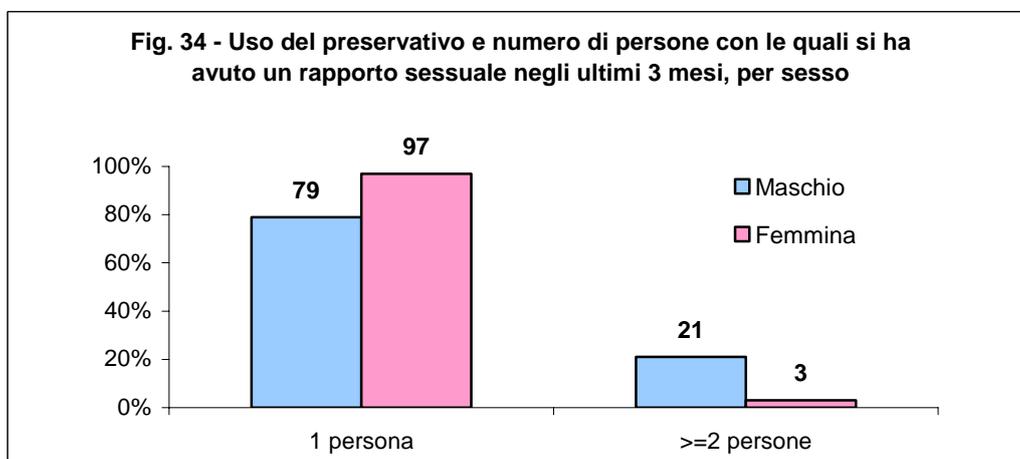


Gli adolescenti rappresentano una popolazione particolarmente a rischio di malattie sessualmente trasmesse (MST) perché hanno frequentemente rapporti sessuali non protetti, presentano biologicamente una maggiore suscettibilità alle infezioni, sono coinvolti in relazioni spesso di breve durata e incontrano numerosi ostacoli nell'accedere ai servizi sanitari (CDC, 2002).

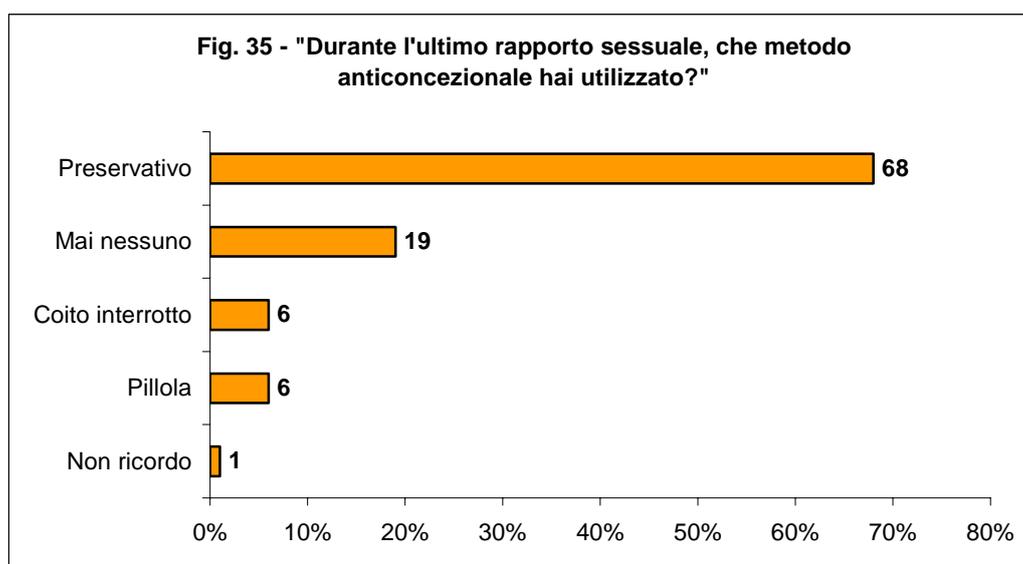
Abbiamo voluto indagare sulla diffusione dell'uso del preservativo e di altri metodi anticoncezionali, tra gli studenti attivi sessualmente. Durante l'ultimo rapporto il preservativo è stato usato dal 77% dei ragazzi contro il 64% delle ragazze (Fig. 33).



Tra coloro che negli ultimi 3 mesi hanno avuto rapporti sessuali con la stessa persona ed hanno utilizzato il preservativo, il sesso femminile è quello prevalente. La situazione si ribalta nel caso in cui i rapporti sessuali si hanno con più di 2 persone (Fig. 34).



Rispetto ai vari metodi anticoncezionali, il 68% circa dei ragazzi ha riferito di aver utilizzato il preservativo durante l'ultimo rapporto, pertanto tra i diversi metodi anticoncezionali indicati il preservativo si presenta come quello maggiormente utilizzato, il 6% circa degli stessi ragazzi ha indicato la pillola anticoncezionale o il coito interrotto, ma il 19% degli studenti ha dichiarato di non avere utilizzato metodi anticoncezionali (Fig. 35).



Il tasso di gravidanze in età adolescenziale è generalmente in aumento nell'Unione Europea (UE), come riportato nella *Relazione sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi*, approvata dal Parlamento Europeo in giugno 2002. Il tasso attuale è stimato tra 7 e 28 gravidanze ogni 1000 ragazze tra i 15 e i 19 anni; nei Paesi Bassi e in Belgio si registra il tasso inferiore; in Germania, Francia, Finlandia e Danimarca il tasso intermedio; in Svezia, Italia, Inghilterra e Galles il tasso più elevato (Anne Van Lancker, 2002).

Nel nostro studio il 2% circa dei ragazzi ha dichiarato di avere sperimentato una gravidanza (7/316). Il 43% circa delle gravidanze, sono state riferite da studenti di entrambi i sessi che non hanno usato alcun metodo di contraccezione durante l'ultimo rapporto sessuale. Il 29% delle stesse gravidanze, sono riferite da coloro che hanno usato il coito interrotto e altri metodi anticoncezionali, le rimanenti sono state riferite da coloro che durante l'ultimo rapporto hanno usato il preservativo.

DISCUSSIONE

Lo sviluppo psicosessuale, che accompagna il processo adolescenziale, risente di una serie di problematiche legate allo sviluppo della personalità di un individuo ed i fattori che influenzano la

messa in atto di comportamenti sessuali a rischio negli adolescenti sono molteplici: dalle limitate o confuse conoscenze sui comportamenti a rischio e/o sulle pratiche preventive, alla scarsa percezione del rischio personale, dovuta in parte a sentimenti di invulnerabilità o di sfida nei confronti del pericolo con conseguenze percepite come distanti da sé nello spazio e nel tempo; dall'assunzione saltuaria di alcol e/o sostanze stupefacenti ad una precoce età di inizio dell'attività sessuale; dalla convinzione che il profilattico diminuisca il piacere sessuale e abbia scarsa efficacia, alle difficoltà pratiche nel procurarselo per imbarazzo nell'acquistarlo e/o difficile accessibilità per il costo elevato; dalle influenze sociali, culturali e religiose alla difficoltà di comunicazione tra i partner per scarsa confidenza o per differenze tra i sessi legate ad asimmetrie di ruolo maschio/femmina, come per esempio la pressione sociale verso i comportamenti a rischio per il maschio ed il minor potere decisionale all'interno della coppia per la femmina (Bellani, 1997; Valli 2002).

La salute sessuale viene definita come "l'integrazione degli aspetti somatici, emotivi, intellettuali e sociali dell'essere umano secondo modalità proficue e che sviluppino la personalità, la comunicazione e l'amore". Ciò comporta "un approccio positivo alla sessualità umana e gli obiettivi dell'assistenza sanitaria sessuale dovrebbero, pertanto, essere la promozione della vita e delle relazioni personali e non semplicemente la consulenza e l'assistenza connesse alla procreazione o alle malattie sessualmente trasmissibili (OMS, 1999).

L'accesso ai consultori di pianificazione familiare consente la prevenzione delle gravidanze indesiderate tra gli adolescenti. Alcuni studi hanno messo in evidenza che coloro che frequentavano i centri di pianificazione familiare utilizzavano più frequentemente contraccettivi orali e avevano meno frequentemente rapporti sessuali non protetti, e le adolescenti residenti in comunità con servizi di pianificazione familiare sovvenzionati rimanevano incinta meno frequentemente (Forrest, 1981; Moore, 1977).

Tuttavia, va fatto rilevare che le persone che afferiscono a questi centri sono autoselezionate e che, in molti casi, gli effetti degli interventi di educazione sanitaria e consulenza sono di breve durata. In uno studio del 1987 si è riscontrato che, meno della metà di tutti gli adolescenti che frequentavano consultori di pianificazione familiare seguiva le indicazioni per la contraccezione dopo un anno (Emans, 1987).

D'altra parte risulta evidente che si può fare ancora molto per migliorare le pratiche di consulenza negli ambulatori di medicina generale. Solo una minoranza degli operatori dei servizi di medicina di base interroga regolarmente i propri pazienti sulle esigenze in materia di pianificazione familiare (NCHS, 1995).

Da varie ricerche risulta che molti adolescenti e adulti hanno informazioni errate riguardo ai rischi di gravidanze indesiderate, ai benefici e ai rischi di particolari metodi contraccettivi e all'impiego corretto della contraccezione (National Academy Press, 1995).

Molti medici sono contrari a prescrivere contraccettivi a adolescenti senza il consenso dei genitori, benché molti Stati, esplicitamente o implicitamente, permettano ai minori l'accesso ai servizi contraccettivi senza il consenso dei genitori. L'informare i genitori può scoraggiare gli adolescenti dal richiedere l'assistenza necessaria ed entrare in conflitto con il dovere di tutelare il benessere del paziente e il grado di riservatezza della relazione medico-paziente (Orr M, 1984; Donovan, 1992).

La promozione della salute tra gli adolescenti, a partire da quella riproduttiva, rappresenta una priorità assoluta in sanità pubblica, perché costituisce l'intervento con più alto valore aggiunto se si tiene conto che si ha a che fare con la fascia di popolazione che sta meglio, che è coinvolta nel processo della formazione e che quindi maggiormente può valorizzare il proprio patrimonio di salute e può irradiare, come vettore di promozione della salute, conoscenze, competenze e consapevolezza all'intera comunità sociale (Donati, 2002).

Le malattie trasmesse per via sessuale rappresentano un particolare problema per adolescenti e giovani. Gli uomini e le donne di età inferiore a 25 anni rappresentano due terzi di tutti i casi di infezione da Chlamydia e gonorrea e gli uomini e le donne di età inferiore a 35 anni rappresentano due terzi dei nuovi casi di infezione da HIV. Tra gli studenti delle scuole superiori, valutati nel 1993, più di un terzo aveva avuto rapporti sessuali nei precedenti tre mesi; il 19% segnalava di aver avuto quattro o più partner sessuali. Benché l'utilizzo del preservativo sia aumentato tra studenti delle scuole secondarie, circa la metà di tutti gli studenti non aveva usato profilattici durante l'ultimo rapporto (PNLG, 2006).

In Italia, le ricerche quantitative sulla sessualità giovanile sono ancora poche, tra le fonti più recenti vanno citate le indagini nazionali Fertility and Family Survey (FFS) riferita a uomini e donne in età compresa tra i 18 ed i 49 anni e l'indagine IARD riferita a giovani tra i 18-30 anni. Sulla base delle fonti citate, è possibile ricostruire la storia dell'età al primo rapporto sessuale tra le coorti italiane a partire dalle coorti nate nel 1920 (Castiglioni, 2003).

L'età mediana al primo rapporto sessuale varia secondo la generazione di nascita, risultando pari a 20-21 anni nelle generazioni 1946-1955, per scendere a 19 anni nelle generazioni 1956-1965 che hanno vissuto le grandi riforme sociali degli anni '70, e quindi risalire a 20-21 anni nelle generazioni 1966-1975, che tendono a rimandare nel tempo tutte le tappe che marciano il passaggio all'età adulta: l'età al primo rapporto, l'avvio di un'autonomia di coppia, l'uscita di casa e l'accesso al mercato del lavoro (Donati, 2002; Sazzola, 1999)

Il timore che il medico informi i genitori è comunemente riferito dagli adolescenti come motivo per la scelta del consultorio di pianificazione familiare rispetto al medico privato per ottenere prescrizioni per contraccettivi (Chamie, 1982).

E' già stato documentato che, quando si domanda agli adolescenti di indicare come vorrebbero i servizi per la salute sessuale a loro dedicati, la loro prima preoccupazione è che sia assicurata la riservatezza (Di Censo, 2001).

I comportamenti dei giovani italiani in tema di sessualità appaiono contrassegnati da un crescente livello di responsabilizzazione di cui sono segnali l'inversione di tendenza dell'età al primo rapporto sessuale completo e un ricorso alla copertura contraccettiva più generalizzato rispetto al passato. E' appena il caso di sottolineare che il ricorso all'uso di metodi contraccettivi (di barriera) è stimolato nelle più giovani generazioni, non solo dalla necessità di evitare una gravidanza non pianificata, ma anche dall'opportunità di evitare i rischi di possibili malattie trasmissibili per via sessuale, emergenza particolarmente grave dopo la diffusione dell'AIDS (Bonarini, 1999).

In uno studio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2000, riferito a 6467 studenti dei primi due anni delle scuole superiori distribuite sul territorio nazionale, il mancato uso di metodi anticoncezionali è riferito dall'11% degli intervistati attivi sessualmente, la stessa percentuale rilevata dalla nostra indagine risulta superiore pari, infatti, al 19% e il dato è ancora più preoccupante se si considera che è stata riferita da un campione di studenti con età superiore rispetto a quelli dello studio dell'ISS. Dalla nostra indagine è rilevante il fatto che tra coloro che hanno sperimentato gravidanze indesiderate il 43% non abbia usato alcun metodo anticoncezionale durante l'ultimo rapporto. I dati dello studio mostrano, in linea con i dati di letteratura come l'utilizzo dei metodi anticoncezionali siano prevalente tra i maschi e non ancora ben diffuso tra le femmine. La consulenza rivolta agli uomini, infatti, risulta più efficace, rispetto a quella per le donne, nel promuovere l'utilizzo regolare di preservativi (Cohen, 1992).

Benché i metodi gestiti dalla donna (diaframmi, spermicidi, e profilattici femminili) possano fornire una protezione adeguata, essi continuano ad avere una minore diffusione, specialmente in popolazioni ad alto rischio (Peterson, 1995).

La prevenzione delle gravidanze adolescenti non intenzionali richiede quattro elementi: un desiderio ad usare protezione, un buon metodo contraccettivo, capacità di ottenere il metodo contraccettivo e capacità di usarla. Tutti questi componenti sono importanti e se ne manca uno, la contraccezione verrà a mancare.

BIBLIOGRAFIA

- Anne E.M. Van Lancker. Relazione sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi. Commissione per i diritti della donna e le pari opportunità. Parlamento Europeo, 2002. Commission on population and development. Concise report on world population monitoring. Geneve: United Nation; 2002. p. 36
- Apter D. et al. / International Congress Series 1266 (2004) 81–89)
- Bellani ML, Trotti E. Il counselling per la modificazione dei comportamenti sessuali a rischio nei giovani. In: *Il counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*. Milano: Mc Graw-Hill, 1997.
- Bonarini F. L'uso della contraccezione in Italia: dalla retrospizione del 1979 a quella del 1995/96, in De Sandre P., A. Pinnelli, A.Santini (a cura di), "Nuzialità e fecondità in trasformazione. Percorsi e fattori del cambiamento", Il Mulino, Bologna, 1999.
- Castiglioni M. La frequenza dei rapporti sessuali. Padova, 2003
- CDC Centers for Disease Control and Prevention (2002). Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2001. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services
- CDC Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. Morbidity and mortality weekly report (MMWR) recommendations and reports. 2002, May 10;51 (RR06):1-8
- Chamie M, Eisman S, Forrest JD, et al. Factors affecting adolescents' use of family planning clinics. *Fam Plann Perspect* 1982;14:126-139
- Cohen DA, Dent C, MacKinnon D, Hahn G. Condoms for men, not women. *Sex Transm Dis*. 1992;19:245-251
- Di Censo A, Borthwick VW, Busca CA, Creatura C, Holmes JA, Kalagian WF, Partington BM. Completing the picture: adolescents talk about what's missing in sexual health services. *Can J Public Health* 2001;92:35-8
- Donati S et al, IX Congresso A.GI.CO. Roma 29-31 Ottobre 2002
- Donovan P. Our daughter's decisions: the conflict in state law on abortion and other issues. New York: Alan Guttmacher Institute, 1992
- National Academy Press. Committee on Unintended Pregnancy, Institute of Medicine. The best intentions: unintended pregnancy and the well-being of children and families. Brown SS, Eisenberg L, eds. Washington DC, 1995
- Emans SJ, Grace E, Woods E, et al. Adolescent's compliance with the use of oral contraceptives. *JAMA* 1987;257: 3377-3381

- Forrest JD, Hermalin A, Henshaw SK. The impact of family planning clinic programs on adolescent pregnancy. *Fam Plann Perspect* 1981;13:109-116
- Moore KA, Caldwell SB. The effect of government policies on out-of-wedlock sex and pregnancy. *Fam Plann Perspect* 1977;9:164-169
- NCHS National Center for Health Statistics. *Healthy People 2000 review*, 1994. Hyattsville, MD: U.S.Public Health Service, 1995. (Publication no. PHS-95-1256-1)
- OMS. Definizioni e indicatori in materia di pianificazione familiare, salute materna e infantile e salute riproduttiva utilizzati dall'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa. marzo 1999
- Orr M. Private physicians and the provision of contraceptives to adolescents. *Fam Plann Perspect* 1984;16:83-86
- Peterson LS. Contraceptive use in the United States, 1982-90. Advance data from vital and health statistics; no. 260. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 1995
- PNLG- Educazione sanitaria per la prevenzione dell'infezione da HIV e di altre malattie sessualmente trasmesse- <http://www.pnlg.it/tskfrc/cap62.php>
- Sazzola, A. L'ingresso nella sessualità adulta. In: *Nuzialità e fecondità in trasformazione:percorsi e fattori di cambiamento*. De Sandre, P., Pinnelli, A., Santini, A. (a cura di). Bologna: Il Mulino, 1999)
- Valli R et al, *Ann Ist Super Sanità* 2002;38(4):377-386

CAPITOLO 5

ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA

5.1 ALIMENTAZIONE

Durante gli ultimi 10 anni si è assistito ad un rapido incremento dei cambiamenti riguardanti le abitudini alimentari e lo stile di vita che si sono verificati in correlazione all'industrializzazione, all'urbanizzazione, allo sviluppo economico e alla globalizzazione del mercato. Tale fenomeno sta producendo significativi cambiamenti sulla salute e sullo stato nutrizionale delle popolazioni, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. Nonostante il miglioramento della qualità della vita, l'aumentata e diversificata disponibilità di alimenti, il migliorato accesso ai servizi, si sono verificati anche concomitanti e significativi cambiamenti negativi, in particolar modo riguardo abitudini dietetiche non adeguate, diminuzione dell'attività fisica e aumento dell'abitudine al fumo, con un corrispondente aumento delle malattie croniche correlate alla dieta, soprattutto fra le popolazioni povere. I cambiamenti dell'economia dei prodotti alimentari a livello mondiale hanno influenzato le abitudini dietetiche, ad esempio, incrementando il consumo di diete ipercaloriche con elevato contenuto di lipidi, con maggiore presenza di acidi grassi saturi e a basso contenuto di carboidrati complessi (WHO, 2003).

Queste variazioni nella dieta si associano ad una diminuzione del consumo energetico che rappresenta la conseguenza di uno stile di vita sedentario, favorito da mezzi di trasporto motorizzati, dalla graduale eliminazione nel luogo di lavoro di compiti manuali che richiedono attività fisica e da un impiego del tempo libero prevalentemente dedicato a passatempi che non richiedono sforzo fisico (Ferro Luzzi, 1996).

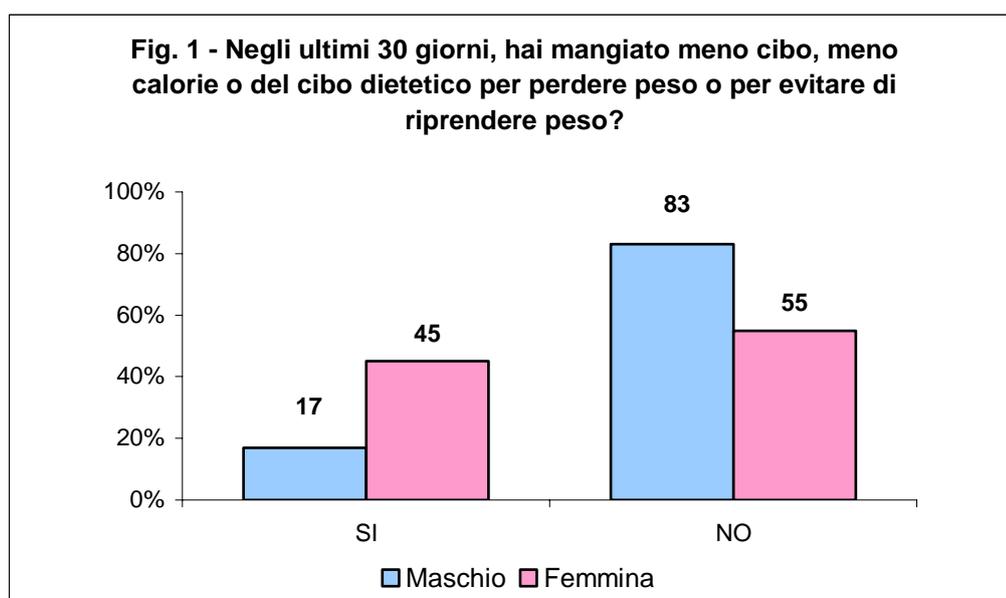
In Italia la quota di bambini ed adolescenti in sovrappeso è pari a circa il 20%, mentre è del 4% circa la quota di obesi. Il fenomeno riguarda complessivamente oltre un milione e 700 mila bambini ed adolescenti tra i 6 e i 17 anni e di questi oltre 250 mila sono obesi. In particolare tra i 6 e i 13 anni la percentuale dei soggetti in sovrappeso sale al 25%, mentre gli obesi superano il 5%. Tra gli adolescenti il fenomeno complessivamente si dimezza: il 13%, infatti, è in sovrappeso e l'1% obeso. Il fenomeno è generalmente più diffuso tra i maschi (Gargiulo et Al, 2002).

Dai risultati di un'indagine svolta presso il Comune dell'Aquila, che ha indagato sull'alimentazione infantile ed adolescenziale delle fasce della popolazione più deboli, è emerso che nessun genitore indica tra le necessità sanitarie per i propri figli quella di una dieta alimentare né considera importanti patologie collegate all'eccesso peso. La preoccupazione che si avverte è quella

dell'inconsapevolezza dei soggetti al di sotto della cosiddetta soglia di povertà, della necessità di un'alimentazione controllata, considerando raramente l'obesità come un problema preoccupante per la salute dei propri figli, temendo viceversa, l'inappetenza e il relativo dimagrimento (Cofini et Al., 2005).

Dall'analisi territoriale emergono differenze piuttosto significative sulla distribuzione dell'eccesso di peso delle persone di età compresa tra i 6 ed i 17 anni. La nostra Regione si presenta al IV posto, con il 27% di ragazzi che presentano eccesso di peso, superiore alla stima nazionale pari al 24,2% (Istat, 2000).

Complessivamente, il 30% dei ragazzi intervistati ha dichiarato che negli ultimi 30 giorni ha mangiato meno cibo, meno calorie o del cibo dietetico per perdere peso o per evitare di riprendere peso. Dalla figura 1 si evince come siano prevalentemente le ragazze a tenere maggiormente al proprio aspetto fisico (45% vs 17%).



L'adolescente a fronte dei vari mutamenti fisici, deve impegnarsi nella ricerca di un senso di continuità e di stabilità del proprio essere. Il suo aspetto fisico è in continua evoluzione ed incontra, per tale motivo, diversi momenti di disarmonia più o meno accentuata e ciò comporta la messa in atto di condotte rischiose per la salute, come avviene nel caso dell'eccessivo controllo del proprio peso corporeo nelle femmine e nell'esasperato controllo della massa muscolare da parte dei maschi (Zanetti et Al., 2005).

Tra i ragazzi che hanno assunto meno cibo il 72% è rappresentato dal sesso femminile.

L'attenzione del peso va posta sin dall'infanzia perché un bambino obeso ha molte probabilità di essere obeso anche da adulto. Un peso stabile, che rientri nei limiti della norma,

contribuisce a far vivere meglio e più a lungo. Riportare il peso entro valori normali richiede una disciplina rigorosa e continuativa e ciò vale sia per l'eccesso di peso che per la magrezza. E' preferibile mantenere il proprio peso nella norma piuttosto che dover ricorrere a trattamenti correttivi (INRAN, 2003).

Tra i ragazzi che hanno risposto al quesito riguardante il proprio peso, il 53% ha dichiarato di voler diminuire il proprio peso, il 40% è soddisfatto del peso attuale, mentre il 7% vorrebbe aumentare il peso.

In varie ricerche è stato evidenziato come i ragazzi siano più soddisfatti nei confronti dei cambiamenti corporei in fase adolescenziale e come tendano a valorizzarli. I maschi attribuiscono un significato particolarmente positivo anche all'aumento del proprio peso corporeo, dovuto soprattutto ad un incremento della massa muscolare; ciò è per loro un indice di maggiore forza e prestanza fisica, oltre che di mascolinità. Sembra si stia diffondendo sempre più una vera e propria forma di ossessione legata alla necessità di aumentare a tutti i costi la propria massa muscolare cercando, al tempo stesso, di diminuire quella grassa (Zanetti et Al., 2005).

Questi dati sono confermati anche dai risultati della nostra indagine che evidenziano come siano i maschi ad essere maggiormente soddisfatti della loro attuale forma fisica (53% vs 26%) e addirittura nel 12% dei casi a voler aumentare il loro peso corrente.

Diversamente dai maschi, le adolescenti non sembrano vivere in modo altrettanto positivo tutti i cambiamenti fisici conseguenti allo sviluppo puberale. Le ragazze, infatti, tendono in generale a non valorizzare i cambiamenti del proprio corpo in quanto lo sviluppo fisico in atto comporta in loro un naturale aumento del tessuto adiposo. In realtà, però, i punti di soddisfazione e quelli di insoddisfazione delle adolescenti variano da una cultura all'altra. Nelle società occidentali, l'ideale femminile comprende una certa snellezza, che può comportare vari problemi. Infatti, analizzando i disturbi del comportamento alimentare, è possibile vedere come spesso per la loro comprensione, è necessario analizzare i fattori socio-culturali, legati al contesto di appartenenza. Le relazioni con il proprio corpo sono cambiate nel corso del tempo, giungendo oggi alla crescente attenzione per il proprio peso corporeo, attenzione, però, che si è principalmente diffusa come standard di bellezza nei paesi benestanti occidentali. Si sta riscontrando sempre più frequentemente che proporre in televisione o nelle campagne pubblicitarie modelli di magrezza associati a felicità, successo, benessere, e avanzamento di carriera porta le adolescenti all'emulazione (Zanetti et Al, 2005). Nell'adolescenza l'aspetto fisico rischia di diventare un evento molto traumatico e causa di forti sofferenze nel caso in cui non si prende coscienza dei vari cambiamenti e non si è accettati dal gruppo dei coetanei. Quest'ultimo in particolar modo, può condurre le adolescenti a mettere in atto

condotte alimentari rischiose che possono sfociare in veri e propri disturbi, quali l'anoressia e la bulimia (Zanetti et Al., 2005).

In linea con la letteratura, tra le adolescenti intervistate, il 72% non accetta il proprio peso, il 26% non ha problemi con il peso e solo il 2% vorrebbe aumentare il peso.

Per obesità si intende una condizione caratterizzata da una presenza eccessiva di tessuto adiposo nell'organismo umano in misura tale da indurre un aumento significativo di rischio per lo stato di salute (WHO, 2002).

Verso la fine degli anni settanta per la classificazione dell'obesità viene adottato l'indice di Quetelet o di massa corporea (BMI: Body Mass Index) dalle maggiori organizzazioni sanitarie. Il BMI esprime il rapporto tra peso corporeo espresso in kg ed il quadrato dell'altezza espressa in metri ($BMI = \text{Kg}/\text{m}^2$). Sulla base di tale indice, si individuano quattro categorie (sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso) descrittive della massa corporea totale. C'è da considerare che la classificazione suddetta scaturisce da un semplice rapporto peso/statura e non prende in considerazione gli aspetti essenziali (sviluppo della massa muscolare, costituzione, ecc) nella definizione della conformazione morfologica e dei caratteri antropometrici ad essa associati. Al fine di ottimizzare il giudizio prognostico espresso dal BMI, relativamente al rischio di obesità e patologie associate, a tale indice si sono correlati dati antropometrici ottenuti con semplici rilevazioni di alcune circonferenze corporee. Da tali misurazioni è stato possibile ottenere informazioni sulla quantità e sulla distribuzione della massa muscolare e della massa lipidica, sia regionalmente, sia con riferimento all'intero organismo (Orlandi, 2004) (Tab. 1).

Tab. 1 - *Classificazione dell'obesità e definizione del rischio in base al BMI ed alla circonferenza della vita (OMS, 1997)*

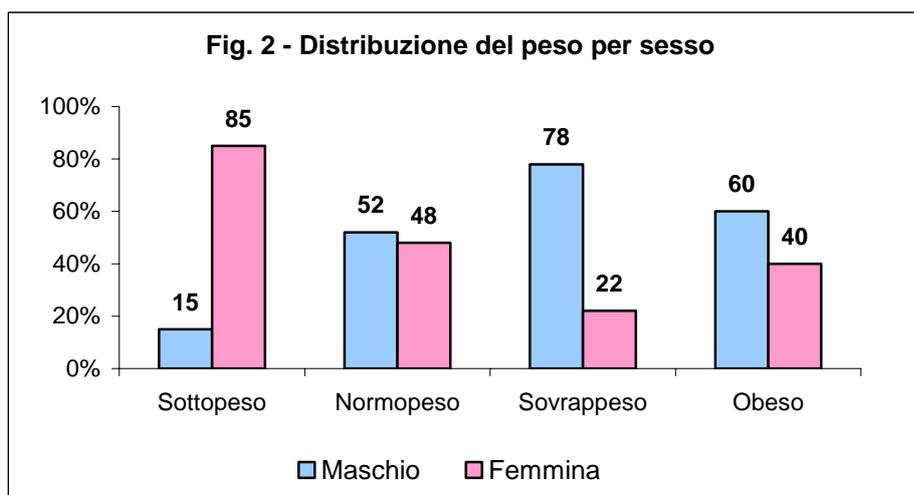
	BMI Body Mass Index		Rischio relativo*/circonferenza vita	
			≤102cm(U) ≤88cm(D)	>102cm(U) >88cm(D)
Sottopeso	<18.5			
Normopeso	18.5-24.9			
Sovrappeso	25-29.9		Aumentato	Elevato
Obesità	30-34.9	Grado I	Elevato	Molto elevato
	35-39.9	Grado II	Molto elevato	Molto elevato
	≥40	Grado III	Elevatissimo	Elevatissimo

*rischio relativo di diabete tipo 2, ipertensione, malattia coronaria; U=uomini, D=donne

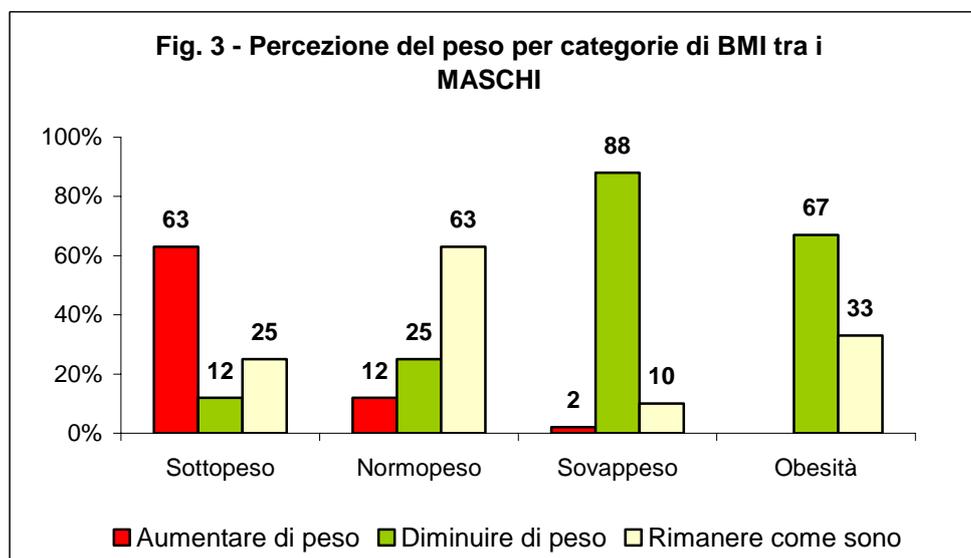
Fonte: Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva, World Health Organization, 2000

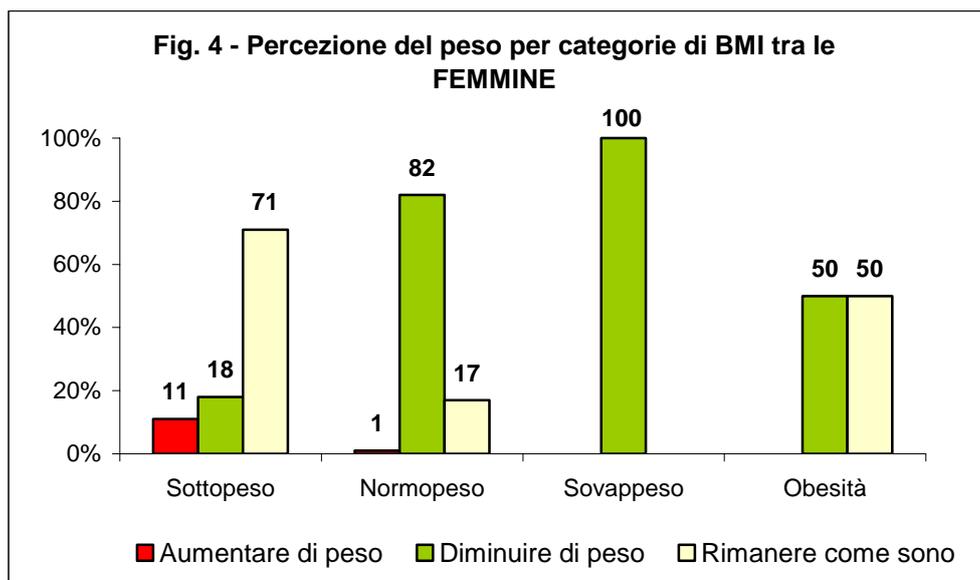
Questi valori di BMI sono indipendenti dall'età e dal sesso. I rischi associati con un aumento del BMI sono continui e graduali e iniziano ad un livello di BMI pari a 25 kg/m². Per gli individui, la raccomandazione è di mantenere un BMI nell'intervallo compreso tra 18.5 e 24.9 kg/m² e di evitare un accumulo ponderale di oltre 5 kg durante la vita adulta (Orlandi, 2004).

Calcolando il BMI è risultato che tra gli studenti di entrambi i sessi il 78% è normopeso e l'1% è obeso. Differenze rilevanti si evincono nella categoria "sottopeso" dove prevalgono le ragazze (15% vs 85%) ed in quella "sovrappeso" dove sono superiori i coetanei di sesso opposto (78% vs 22%) (Fig. 2).



Appare importante sottolineare che tra coloro che sono stati classificati come "sottopeso" sono state rilevate percentuali significative sia tra i maschi (12%) sia tra le femmine (18%) di studenti che hanno dichiarato di voler diminuire il proprio peso. Appare evidente dalle figure che seguono che anche tra i "normopeso" è stata manifestata la volontà di diminuire il proprio peso. La percentuale di studentesse, infatti, "normopeso" che ha dichiarato di voler diminuire di peso è risultata pari all'82%.





5.2 ATTIVITÀ SPORTIVA

Una pratica corretta e sistematica dell'attività sportiva, è un valido supporto per il mantenimento dello stato di salute dell'organismo, soprattutto come prevenzione contro quelle patologie tipiche della società contemporanea, che sono collegate ad errati stili di vita come la sedentarietà, le scorrette abitudini alimentari, il fumo, l'alcol, ecc. I concetti di salute sono da collegarsi direttamente a quelli di autonomia fisica, psichica e sociale e lo sport può considerarsi un efficiente strumento educativo, che permette al giovane di acquisire quelle norme e regole di vita indispensabili al raggiungimento e al mantenimento dello stato di salute (Muroni, 2004).

Esistono prove convincenti che un'attività fisica regolare è protettiva nei confronti di un aumento ponderale dannoso, che è invece favorito dagli stili di vita sedentari, in particolar modo da lavori e attività ricreative sedentarie (Fogelhom, 2000).

I benefici dell'essere fisicamente attivi sono molti, oltre al controllo del peso comprendono il minore rischio di malattie cardiache, di diabete tipo 2, di neoplasie, di malattie dei muscoli e delle ossa ed un miglioramento della salute mentale (Food Today, 2004).

In Italia secondo i più recenti dati ISTAT nel 2002, solo il 20% della popolazione di 3 anni e più ha praticato un'attività sportiva con continuità, mentre il 10% ha dichiarato di praticarla saltuariamente. L'andamento è preoccupante soprattutto perché aumenta il numero di sedentari soprattutto nelle fasce di età giovanili. E' documentata una spiccata riduzione del numero dei ragazzi praticanti un'attività sportiva e tra i giovani di 18-19 anni, la quota di persone completamente inattive, pari al 18.1% nel 1997, ha raggiunto il 24.3% nel 2002 (Ministero della Salute, 2002).

Adolescenti e giovani adulti potrebbero ottenere grandi benefici dalla pratica regolare di un'attività fisica, che non necessariamente deve essere troppo intensa. Con 20-30 minuti di sport aerobico al giorno i ragazzi riescono a mantenere sani ed efficienti il tessuto osseo e le articolazioni, a costruire delle buone masse muscolari, a ridurre il grasso corporeo, a mantenere un buon peso, a prevenire lo sviluppo di pressione alta a migliorare la capacità di apprendimento (Biddle 2000-Blair, 1995).

Tra i ragazzi intervistati negli ultimi 30 giorni il 41% dei rispondenti ha svolto attività fisica per perdere o mantenere il peso. Il campione si divide perfettamente stratificandolo per sesso.

DISCUSSIONE

Il profilo di stile di vita più adatto ad un'ottimizzazione della salute, che ha come conseguenza l'aumento della longevità ed un invecchiamento sano, deriva da una combinazione di attività fisica, varietà nell'alimentazione ed una vasta interazione sociale (WHO, 2003).

Esistono oggi prove rilevanti e convincenti che dimostrano che i pattern alimentari e il livello di attività fisica possono influenzare non solo i livelli attuali di salute, ma anche predire le probabilità di un individuo di sviluppare una malattia cronica, quale una neoplasia, una malattia cardiovascolare e il diabete. La nutrizione rappresenta una materia fondamentale quanto la terapia medica perché rappresenta uno strumento di cura e di prevenzione insostituibile. Insegnare ai giovani come nutrirsi e come sia importante svolgere attività fisica, per attuare una prevenzione efficace delle principali malattie croniche, è la migliore possibilità di cui oggi si dispone per fronteggiare l'epidemia di obesità, malattie cardiovascolari e la maggior parte di quelle patologie che hanno costi altissimi per la società (WHO, 2002).

Negli ultimi anni, lo studio del comportamento alimentare è divenuto complementare rispetto al valore nutrizionale degli alimenti. Tutte le istituzioni cui spetta assicurare la sicurezza di una sana alimentazione hanno introdotto il concetto che un rapporto sbagliato con il cibo può essere causa di gravi conseguenze. Se l'eccessivo apporto calorico determina l'obesità, l'eccessiva preoccupazione per il peso e la forma del corpo, caratterizza l'anoressia nervosa, la bulimia e altri disturbi del comportamento non altrimenti specificati (Ministero della Salute, 2000).

La relazione con il cibo è profondamente determinata da una rete complessa di fattori diversi, tra cui il rapporto con il proprio corpo, la reazione ad eventi traumatici, le relazioni affettive e familiari e molti altri. In Italia 500.000 persone soffrono di disturbi del comportamento alimentare, di queste 65.000 soffrono di anoressia e bulimia con 8.500 nuovi casi ogni anno. La

prevalenza è dello 0.2-0.8% per l'anoressia nervosa e del 1-5% per la bulimia tra le ragazze tra i 12 e i 25 anni (Epicentro, 2005).

Oggi adolescenti e giovani adulti sono incitati dai moderni modelli estetici proposti dai mass media, a ridurre il peso a valori così bassi da non essere più compatibili con un buono stato di salute (Christopher, 2003).

Ogni anno in Italia l'eccesso di peso e le malattie conseguenti costano al servizio sanitario nazionale 22,8 miliardi di euro di cui il 64% per ricoveri ospedalieri. L'obesità è una delle malattie più diffuse, al punto da essere considerata quasi un'epidemia tra i paesi industrializzati e in quelli in fase di evoluzione tecnologica (Panorama della Sanità 2003).

Complessivamente in Italia il 33.1% della popolazione è in sovrappeso ed il 9.7% è obeso e tra questi il 2% ha meno di 24 anni. L'obesità è in aumento in Italia come osservato in altri paesi occidentali. Dati ISTAT hanno evidenziato che gli obesi in Italia nel 2003 erano il 9% della popolazione adulta (età >18 anni) con un incremento del 25% rispetto al 1994 (Istat, 2005).

Il fenomeno si distribuisce diversamente nel territorio, probabilmente a causa della correlazione tra obesità e condizioni economiche meno favorevoli, eccesso di peso e bassi livelli di istruzione: 12% di obesi nel Meridione, 7.7% di obesi nel Nord-Ovest, 4.4% di obesi con diploma o laurea, 15% di obesi con licenza elementare, 10% di giovani sottopeso con livello culturale medio alto (18% donne). Il 24% degli uomini e il 37% delle donne tentano di dimagrire e solo il 5% degli obesi si rivolge ad un medico (Orlandi, 2004).

I diversi comportamenti alimentari, sia a livello individuale sia a livello di gruppo, si strutturano su una pluralità di fattori. Oltre a quelli economici, certo fondamentali, si possono evidenziare anche fattori collegati alle credenze popolari a volte sorrette dal basso livello socio-culturale (Modolo, 1993).

Le giornate lavorative perse, le visite mediche, le pensioni di invalidità e la mortalità prematura costituiscono i costi indiretti che sono molto più elevati di quelli diretti. Sono enormi anche i costi non tangibili dell'obesità come la compromissione della qualità della vita, stravolgendo completamente la vita dei soggetti che ne sono affetti, isolandoli dagli altri e rendendo loro più difficile qualunque tipo di socialità (Colditz G, 1999).

BIBLIOGRAFIA

Biddle, S.J.H., Fox, K.R., & Boutcher, S.H. (2000). Physical activity and psychological well-being. London: Routledge.

- Blair, S.N. & Hardman, A. (1995). Special issue: Physical activity, health and Well-being an international scientific consensus conference. *Research Quarterly for Exercise and sport*, 66.
- Christopher G., Fairburn & Paul J. Harrison. Eating disorder. *The Lancet* 2003; 361:407-416
- Cofini V, Benedetti E, Cantalini R, Michetti M, Di Orio F. “La povertà e l’alimentazione: indagine sui figli minori dei beneficiari del R.M.I. nel Comune dell’Aquila”. *Annali di Igiene* 2005; 17: 455-461.
- Colditz G, (1999) Economic cost of obesity and inactivity. *Medicine and science in sport and exercise*, 31 (supplemento 11): S663-S667.
- Epicentro 2005. Anoressia e bulimia.
Consultabile su: www.epicentro.iss.it/problemi/anoressia/epid.htm
- Ferro Luzzi A, Martino L. Obesità and physical activity. *Ciba Foundation Symposium*, 1996, 201:207-221
- Fogelhom M, Kukkonen-Harjular K. Does physical activity prevent weight gain – a systematic review. *Obesity Review*, 2000, 1:95-111
- Food today (2004) *I benefici dell’attività fisica*. N°36
- Gargiulo L, Gianicolo E, Brescianini S, (2002) *Eccesso di peso nell’infanzia e nell’adolescenza*. Convegno Istat
- INRAN. Linee guida per una sana alimentazione italiana. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. Revisione 2003
- ISTAT (2000). Indagine Multiscopo 1999-2000
- ISTAT (2005) “Stili di vita e condizioni di salute”. Anno 2003
- Ministero della Salute (2000). Progetto obiettivo per l’alimentazione e la nutrizione previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Direzione generale della sanità pubblica veterinaria, degli alimenti e della nutrizione.
- Ministero della Salute (2002). Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002.
- Modolo M.A, Seppilli A, Briziarelli C, Ferrari A. (2003) “Educazione Sanitaria. Partecipazione e difesa della salute” Il Pensiero scientifico editore.
- Muroli R.M. (2004) *Aspetti psicologici dell’avviamento allo sport*.
Consultation. Geneva, World Health Organization, 2000 (technical report series, No. 894)
- Orlandi C. (2004) “*Epidemiologia, definizione, fisiopatologia, antropometria e composizione corporea*”. Evento formativo 2004 Regione Lazio Assessorato scuola formazione e lavoro.
- Panorama della Sanità n°36 settembre 2003 Obesità e sovrappeso. Una patologia riconosciuta anche dalla cassazione.
- WHO (2000). *Obesity: prevention and managing the global epidemic*.

- WHO (2002). Resolution WHA53.23. Diet, physical activity and health. In: Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 13-18 May 2002. Volume 1. Resolution and decision, annexes. Geneva: 28-30
- WHO (2002). The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva.
- WHO (2003). Quaderni di sanità pubblica. *Dieta, nutrizione e prevenzione delle malattie croniche*. Technical report series, N. 916), anno 26, settembre 2003
- WHO (2005). Report of WHO. *Preventing chronich diseases a vital investment. global report*.
- Zanetti M.A, Renati R. (2005) *Psicologia dello sviluppo*. Università degli Studi di Pavia – Dipartimento di Psicologia.

SITOGRAFIA

<http://www.ministerosalute.it>

<http://www.epicentro.iss.it>

<http://www.sinu.it>

<http://www.istat.it>

<http://www.eufic.org>

<http://www.clicmedicina.it>

QUELLO CHE DICONO I RAGAZZI

L'ultima domanda rivolta ai giovani era una domanda aperta, nella quale potevano esprimere liberamente ciò che pensavano sulla possibilità di migliorare la qualità della vita all'interno della scuola.

Dopo aver letto tutte le risposte sono state classificate in alcuni grandi temi (Tab. 1).

Il 93% del campione ha risposto al quesito. Tra i rispondenti, il 28% ha espresso il proprio parere dicendo che bisognerebbe migliorare i rapporti con gli insegnanti (essere ascoltati di più, avere maggiore fiducia, valorizzare i propri interessi e avere anche insegnanti più giovani).

Il 14% dei rispondenti vorrebbe una dirigenza più flessibile, leggi scolastiche più adeguate, la diminuzione delle ore di lezione e l'eliminazione del pagellino).

Il 13% invece consiglia di svolgere più attività di prevenzione ed informazione riguardante argomenti quali il fumo, l'alcol, la droga e il sesso). Segue la presenza di più attività extra scolastiche (12%) con l'inserimento di discipline artistiche, attivazione di corsi pomeridiani e maggiori attività sportive.

L'8% dichiara che la scuola va bene così e non ha bisogno di miglioramenti, mentre il 2% si dichiara pessimista al riguardo e dice che purtroppo è impossibile migliorare la qualità della vita nella scuola.

Tab. 1 - Consigli per migliorare la qualità della vita nelle scuole

CONSIGLI PIÙ FREQUENTI	Frequenze	%
MIGLIORARE I RAPPORTI CON GLI INSEGNANTI	134	27.6
MIGLIORARE LA DIRIGENZA SCOLASTICA	66	13.6
DIFFUSIONE DI CAMPAGNE DI PREVENZIONE	63	13.0
MAGGIORI ATTIVITÀ EXTRA SCOLASTICHE	61	12.6
PREDISPOSIZIONE DI LOCALI PIÙ IDONEI	44	9.1
VA BENE COSÌ	39	8.0
MAGGIORE RESPONSABILITÀ DA PARTE DEGLI STUDENTI	35	7.2
MAGGIORE SORVEGLIANZA	26	5.4
PRESENZA DI PSICOLOGI	9	1.9
IMPOSSIBILE MIGLIORARE	8	1.7

CONCLUSIONI E RIFLESSIONI

Il lavoro presentato vuole essere uno strumento di aiuto per la descrizione della realtà complessa vissuta dagli adolescenti, trattando alcune componenti rilevanti per comprendere i comportamenti che i giovani mettono in atto e le associazioni tra tali comportamenti e la loro salute. I contesti di vita, le relazioni e le difficoltà quotidiane, sia reali, sia percepite, sono tasselli necessari da considerare per poter analizzare i singoli soggetti.

La maggior parte dei ragazzi che hanno partecipato all'indagine fanno parte di una famiglia *tipica*, infatti il 93% degli intervistati ha dichiarato di abitare con entrambi i genitori, il 5% vive solo con la madre, l'1% abita con il padre, mentre il restante 1% dichiara di abitare o da solo o con parenti quali zii e nonni. Il gruppo dei *pari* si afferma sempre più come principale punto di riferimento per l'adolescente, che cerca al di fuori della famiglia sostegno sociale ed affettivo (62%). Il 66% degli studenti contrappone allo spazio formale della scuola, lo spazio informale dei bar e dei pub (66%), come luogo in cui trascorrere prevalentemente il tempo libero. Nonostante gli aspetti positivi legati alla pratica di attività fisica in tale fase della vita, dalla indagine emerge in linea con i dati nazionali, che i giovani mostrano poco interesse a questo tipo di attività (30%), decisamente basso appare l'interesse per la lettura, indicato dal 6% dei rispondenti, mentre, in linea con i dati nazionali, i computer sono sempre più presenti nella "dieta mediatica".

Il livello di auto-percezione ed accettazione di sé appare positivo. Il 15% degli studenti, infatti, ha dichiarato un ottimo livello di autostima e quasi la totalità del campione giudica buono il suo stato di salute. Il 40% ritiene molto buono il suo rapporto con i genitori ed il 55% socializza facilmente.

Il 79% degli studenti intervistati e rispondenti, ha fumato almeno una volta nella vita, in generale il 31%, di fumatori, dichiara di fumare tutti i giorni, il 17% lo fa occasionalmente (una volta a settimana o meno) ed il 47% non fuma. Conformemente ai dati nazionali, il campione in esame sembrerebbe indicare un graduale aumento del numero di fumatori nella fascia di età 17-19 anni. Tra gli studenti che hanno dichiarato di fumare, si considera "*fumatore*" solo il 44% di essi, mentre il 14% è indeciso se considerarsi tale.

Il 22% degli studenti ha bevuto, per la prima volta, una bevanda alcolica, quando aveva poco più di 14 anni. Il motivo principale per cui si beve è la necessità di stare in compagnia (62%). Tra coloro che si dichiarano bevitori, il vino è la bevanda bevuta principalmente ai pasti dal 79% dei rispondenti (65% maschi e 35% femmine) mentre il 29% degli intervistati ha ammesso di bere vino anche fuori pasto. La birra risulta essere la bevanda alcolica utilizzata fuori pasto dal 72% degli studenti e, durante i pasti, dal 43% dei rispondenti. Il 4% beve superalcolici ai pasti, mentre il 72% preferisce bere queste bevande soprattutto fuori pasto. I digestivi sono bevuti sia durante i pasti

dal 56% dei giovani, sia fuori dai pasti dal 37% di essi. Tra coloro che dichiarano di assumere bevande alcoliche, l'80% non si considera un bevitore, solo l'8% dichiara di esserlo e il 12% non sa definirsi. Il 70% dei ragazzi non è adeguatamente informato sui tempi d'attesa necessari prima di mettersi alla guida per non rischiare incidenti stradali.

Coloro che hanno partecipato all'indagine, alla domanda "*Durante la tua vita, quante volte ti è capitato di usare sostanze?*" hanno dichiarato di usare sostanze stupefacenti nel 49% dei casi con un'età media della prima volta di 16 anni sia per i maschi sia per le femmine. La sostanza più utilizzata tra gli studenti è risultata essere la cannabis (42%), seguita dalla cocaina (12%), l'ecstasy (3%) e l'eroina 1%. Complessivamente, l'89% degli consumatori ha dimostrato di non temere di diventare dipendente da sostanze stupefacenti. Tale timore è maggiormente vissuto da coloro che hanno dichiarato di fare uso di eroina, gli stessi giovani hanno dichiarato, riguardo a se stessi, di essere confusi e di volersi capire meglio nel futuro (50%). Per molti giovani il consumo di queste sostanze avviene in un contesto di normalità, non vi vedono nulla di patologico, si sentono ancora protagonisti della propria vita, ritengono di poter smettere quando vogliono, il rischio non viene percepito per nulla. Non temono affatto di cadere nel tunnel della tossicodipendenza i consumatori di ecstasy (11%).

Poco più della metà degli studenti intervistati (61%), prevalentemente di sesso maschile (55%), ha dichiarato di avere avuto rapporti sessuali. Per entrambi i sessi il primo rapporto sessuale è avvenuto prevalentemente nella fascia di età compresa tra i 16 ed i 17 anni. I maschi sono attivi sessualmente prima delle femmine, mentre nel confronto tra i due sessi, l'attività sessuale dopo i 17 anni è stata rilevata maggiormente per le femmine (24% vs 18%). Le femmine hanno avuto rapporti sessuali prevalentemente con un solo partner (62%, mentre i maschi tendono ad avere rapporti con più persone, sebbene, la maggior parte degli stessi abbiano avuto rapporti sessuali con una sola persona (41% circa). Rispetto ai vari metodi anticoncezionali, il 68% circa dei ragazzi ha riferito di aver utilizzato il preservativo durante l'ultimo rapporto, pertanto tra i diversi metodi anticoncezionali indicati il preservativo si presenta come quello maggiormente utilizzato. Il 2% circa dei ragazzi ha dichiarato di avere sperimentato una gravidanza (7/316). Il 43% circa delle gravidanze, sono state riferite da studenti di entrambi i sessi che non hanno usato alcun metodo di contraccezione durante l'ultimo rapporto sessuale.

Merita un'attenta riflessione, l'indicazione sulla insoddisfazione de proprio peso, rilevata tra coloro che non avrebbero problemi di peso, cioè i cosiddetti "normopeso" e "sottopeso". L'82% delle studentesse "normopeso", infatti, vorrebbe diminuire di peso.

Lo studio ha avuto come obiettivo quello di indagare sui comportamenti dannosi sperimentati dagli studenti, nel tentativo di fornire delle indicazioni specifiche per la programmazione di attività di promozione della salute, prima che tali comportamenti si stabilizzino come stili di vita.

E' auspicabile che le azioni rivolte ai giovani siano pensate specificatamente per questa particolare età e sfruttino le risorse conoscitive disponibili ad ogni livello. In tal senso, appare ancora più desiderabile che il lavoro presentato, possa essere inserito tra gli strumenti utili per la scelta delle attività di prevenzione finalizzate alla tutela della qualità di vita e della salute dei giovani.

Come intervenire con azioni mirate ed interventi preventivi?

L'adolescenza rappresenta una tappa evolutiva di veloce trasformazione fisica e psicologica, in passato definita forse esageratamente, età ingrata, nella quale si va alla scoperta delle abitudini degli adulti con un senso di trasgressione e con l'impeto di chi si sente invulnerabile e al riparo da qualunque rischio. Così non è, tanto più oggi, come confermano l'attualità e le ricerche che riportano dati spesso preoccupanti, con un crescendo che accomuna i paesi con stile di vita occidentale.

Un esempio estremo ma indicativo è quello dell'apertura in Olanda di una clinica per adolescenti con problemi di alcol, ragazzini dai 12-13 anni ai 16, che bevono soprattutto a casa e hanno livelli medi di etanolo nel sangue di 1,7 grammi/litro (il limite per la guida da noi è 0,5): ogni anno negli ospedali olandesi vengono ricoverati per questa causa da 500 a 1.000 adolescenti. Per quanto riguarda il problema alcol, droghe, fumo e sedentarietà, una sollecitazione ad intervenire preventivamente, anche con uno specifico *counseling* per gli adolescenti, è suggerito da medici statunitensi i quali richiamano i giovani a visita una volta l'anno. Questo a fronte di una situazione nazionale che vede in questa fascia d'età, incidenti, suicidi (e omicidi) tra le cause crescenti di morte, un incremento di morbilità per alcol con il 75% che ne fa uso, per droghe (marijuana, ecstasy, metamfetamine, cocaina) e fumo di sigaretta, il diffondersi di comportamenti sessuali a rischio con più di tre milioni di casi di malattie sessualmente trasmesse l'anno (MST) e quasi 900 mila minorenni che restano incinte, l'aumento di quattro volte in dieci anni del soprappeso con l'80% degli adolescenti che non seguono le indicazioni nutrizionali, l'incremento di diabete di tipo 2, ipertensione e iperlipidemia, la riduzione al 40% di chi svolge sufficiente attività fisica (Vecchia, 2006).

Come affrontare, a livello locale, i problemi analizzati attraverso il nostro studio?

La parola chiave è prevenzione, ma i canali per raggiungere i diretti interessati, non sono così pervi e facili da percorrere. Creare un messaggio di prevenzione forte ed incisivo che raggiunga il target definitivo e verificare l'impatto che ha ottenuto sono i punti fondamentali dei programmi di comunicazione sanitaria (Zazzetta, 2003).

Per essere efficaci nel relazionarsi con i giovani, e fare in modo che l'intervento di prevenzione arrivi a termine, si dovrebbe tener conto delle specificità psicologiche dell'adolescenza e delle sue fasi:

prima fase fino a 13 anni. Il messaggio deve essere chiaro e diretto poiché a tale età non si è in grado di immaginare legami (soprattutto se rischiosi) tra comportamento e salute;

seconda fase fino a 17 anni. Il messaggio deve puntare di più sulla logica e sulla volontà del soggetto che può decidere sulla propria salute;

terza fase dopo i 17 anni. In questo ultimo stadio il giovane ha maggiore consapevolezza e il messaggio preventivo deve focalizzarsi di più sui comportamenti ritenuti più a rischio e cioè quelli rispetto al sesso, all'abuso di sostanze, agli atteggiamenti violenti.

Gli interventi preventivi dovrebbero vertere sui punti focali dettati dal progetto di incremento della salute della popolazione *Healthy People 2010*, iniziative mirate agli adolescenti per ridurre incidenti d'auto, violenze, suicidi, sedentarietà, sovrappeso, abuso di sostanze, fumo alcolici, infezioni sessuali, gravidanze, sesso precoce.

Bisognerebbe puntare sull'utilità delle cinture di sicurezza e dei caschi, spiegando anche i rischi per la guida sotto l'effetto d'alcol e droghe. Per queste sostanze si dovrebbero sottolineare gli effetti in termini di morbilità, per esempio sono spesso associati a tentativi di suicidio, che a loro volta sono in aumento tra i teenager; una causa frequente di ciò è anche la depressione, sulla quale bisognerebbe indagare, quando il soggetto va male a scuola o fa molte assenze, è irritabile, si colpevolizza spesso. Alcol e droghe si associano anche a disinibizione, fino a comportamenti violenti, bullismo, molestie sessuali, sesso a rischio.

Ai teenager sarebbe utile parlare di comportamenti sessuali, insistendo sull'uso del preservativo a fronte di numerose gravidanze e di MST che colpiscono in questa fascia di età. E' consigliabile anche il counseling rispetto al rischio di contrarre HIV, HPV, sifilide.

Una raccomandazione che non può mancare è quella di fare sport o attività fisica vigorosa per almeno mezz'ora al giorno per più giorni alla settimana, meglio se tutti, inoltre di mangiare tutti i giorni frutta o verdura, ridurre le calorie totali e i dolci (Vecchia, 2006).

Nelle strategie di prevenzione e di lotta alla droga, la Commissione europea a Bruxelles ha adottato e trasmesso al Consiglio e al Parlamento europeo un "**Piano di azione sulle droghe 2005-2008**", il cui obiettivo principale è **diminuire notevolmente la diffusione del consumo di droga fra la popolazione dell'Unione e ridurre il danno sociale e il deterioramento della salute**, causati nei nostri Paesi dal consumo e dal traffico di droghe illecite (Commissione Europea, 2005).

La principale strategia di prevenzione alla lotta alla droga riguarda soprattutto la riduzione della domanda all'interno d'ogni Paese. La riduzione della domanda di stupefacenti richiede anzitutto un forte investimento educativo, non solo sui giovani a partire dai primi cicli della scuola dell'obbligo, ma soprattutto con gli adulti. Le scelte della società degli adulti non possono, infatti, non essere oggetto di considerazioni preventive. Se la tossicodipendenza è in parte interpretabile come tentativo illusorio di far fronte ad un disagio personale e a difficoltà psichiche che non hanno trovato altre vie di risoluzione, essa è interpretabile, in termini più generali, come la

conseguenza di comportamenti consumistici che caratterizzano la nostra società. Nella “cultura del consumo” si cerca una scorciatoia alla costruzione di piaceri e soddisfazioni più complesse e mature, che implicherebbero un maggior ingaggio personale nei rapporti interindividuali, nelle proprie attività, nella ricerca dell’espressione di sé. Il problema dell’“informazione e della prevenzione sulle tossicodipendenze”, parte dalla constatazione che occorre oggi più che mai diffondere informazioni corrette ed adeguate sul rischio dell’uso ed abuso delle droghe. Proprio le campagne di prevenzione e d’informazione in questi ultimi anni sembrano aver reso i giovani più attenti ai danni ai quali la tossicodipendenza li espone. La prevenzione delle tossicodipendenze e dei fenomeni d’abuso, deve essere considerata una questione prioritaria di ogni sistema di Sanità Pubblica, proprio per i conseguenti problemi e costi, relativi alla salute individuale e alla sicurezza sociale (Mancini F. et Al., 2000).

Le droghe, oltre a tutti gli aspetti tossicologici, aggrediscono il Dna provocandone delle mutazioni, cioè alterando il materiale ereditario. Ciò solleva molte preoccupazioni sugli effetti che si possono avere nelle generazioni future. Se si considera la stretta relazione tra mutagenesi e cancerogenesi, si può affermare che tali droghe possono essere verosimilmente causa di neoplasie. In base ai risultati ottenuti dai ricercatori dell’area San Cataldo di Pisa, sembra essere dimostrata la stretta dipendenza tra dose ed effetto. In altre parole, l’assunzione prolungata nel tempo, aumenta il danno a livello del Dna (Bronzetti, 2003).

Si può affermare che gli interventi preventivi, per essere efficaci, necessitano oggi di un’articolazione a più livelli.

- a) **Prevenzione primaria a-specifica.** Con questo termine si intende anzitutto la promozione di capacità, di senso critico e di opportunità, tramite cui i bambini prima e i ragazzi poi possono esercitare e sviluppare doti e creatività. Si deve insistere sulla formazione e sulla qualità delle principali agenzie deputate a fornirla: la famiglia, la scuola, il territorio. Bisogna investire in aiuti e sostegni, nelle necessarie integrazioni, in un’offerta aggiuntiva di risorse. La gioventù è un investimento per il futuro, ma l’Italia è tra i Paesi d’Europa che non è nemmeno dotato di un apposito ministero. Non solo, ma l’investimento italiano sui giovani è al di sotto della metà dell’investimento medio degli altri Paesi d’Europa.
- b) **Prevenzione primaria specifica.** Qui il riferimento è soprattutto all’importanza di una corretta informazione sulle droghe. Tuttavia l’informazione, per arrivare a segno, non deve essere solo corretta, ma mirata a differenti *target* della popolazione a rischio, soprattutto quella studentesca. Solo così ha più probabilità di essere interiorizzata dai giovani e suscitare comportamenti conseguenti. L’incrocio tra formazione generale e informazione specifica, coniugato con modalità d’intervento tese a stimolare il protagonismo giovanile, sembra oggi essere alla base dei metodi preventivi più efficaci. L’informazione deve avvenire soprattutto all’interno della Scuola, definita “luogo di aggregazione e di raccolta dei giovani”.

c) **Prevenzione secondaria.** È la prevenzione che vuole raggiungere chi già consuma sostanze stupefacenti, legali e illegali. Questo tipo di strategia viene adottata principalmente dai Ser.T., dalle Comunità Terapeutiche, Organizzazioni di volontariato ecc. (Mancini et al., 2000).

Una delle forme di “*riduzione del danno*”, sperimentata verso il target scolastico, è quella relativa al modo di esprimersi dei giovani. Il linguaggio utilizzato per raggiungere una fascia di utenti giovani deve adattarsi alle forme comunicative delle nuove generazioni e utilizzare veicoli comunicativi innovativi come la realtà virtuale, gli ipertesti e, più in generale, mass-media vicini al target, evitando strumenti classici con dimostrato scarso interesse (es. i depliant). Deve essere anche previsto l'intervento di “Mediatori Culturali”, che favoriscano la comunicazione orizzontale all'interno del gruppo di consumatori; a questo scopo è fondamentale anche lo stile della relazione, che deve rispettare i caratteri di informalità e confidenzialità. In una fase successiva vanno previsti messaggi differenziati per i diversi gruppi target che caratterizzano la scena di questi consumi, ognuno con propri stili di vita, valori, universi di riferimento (Bollettino Farmacodipendenze e Alcoolismo, 2000).

La promozione della salute tra gli adolescenti, a partire da quella riproduttiva, rappresenta una priorità assoluta in sanità pubblica, perché costituisce l'intervento con più alto valore aggiunto se si tiene conto che si ha a che fare con la fascia di popolazione che sta meglio, che è coinvolta nel processo della formazione e che quindi maggiormente può valorizzare il proprio patrimonio di salute e può irradiare, come vettore di promozione della salute, conoscenze, competenze e consapevolezza all'intera comunità sociale (Donati, 2002).

A causa di queste variazioni nei modelli alimentari e comportamentali, le malattie croniche non trasmissibili quali l'obesità, il diabete mellito, le malattie cardiovascolari, l'ipertensione, l'ictus cerebrale e alcune neoplasie sempre più spesso stanno diventando cause significative di disabilità e morte prematura sia nei paesi in via di sviluppo sia in quelli sviluppati (WHO, 2005).

Nell'adolescenza sono identificabili tre aspetti critici che hanno un impatto importante sullo sviluppo di malattie croniche: lo sviluppo durante questo periodo di fattori di rischio; il mantenimento di fattori di rischio elevati per tutta la vita; e, in termini di prevenzione, lo sviluppo in questa fase di abitudini sane o non sane che tendono poi a perdurare per tutta la vita, per esempio l'inattività fisica il cui principale responsabile è il tempo passato davanti alla televisione o al computer. Fin dall'infanzia e dall'adolescenza si verifica l'assembramento in cluster delle variabili che sono i fattori di rischio; tale cluster è poi associato con aterosclerosi nel giovane adulto e di conseguenza al rischio di comparsa successiva di una malattia cardiovascolare (Bao w. 1994-Berenson 1998).

Questo report vorrebbe fornire delle indicazioni pratiche per orientare investimenti sulla promozione della salute e il benessere dei giovani. Il comprendere la situazione diviene il primo passo per la programmazione di interventi preventivi efficaci.

Il decidere di focalizzarsi sui giovani, di comprenderli meglio e facilitare il loro processo di crescita diventa un investimento per la salute futura: dare attenzione a questa particolare tappa dello sviluppo e agire su questi ragazzi, permette di prevenire possibili problemi più difficilmente risolvibili in età adulta (Bertinato et Al, 2003).

BIBLIOGRAFIA

- Bao W et al. Persistence of multiple cardiovascular risk clustering related to Sindrome X from childhood to young adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Archives of Internal Medicine*, 1994 154:1842-1847
- Bertinato L, Mirandola M, Ramazzo L, Santinello M. *Secondo rapporto sullo stato di salute e gli stili di vita dei giovani veneti in età scolare*, 2003
- Bollettino delle Farmacodipendenze e Alcoolismo. *Linee Guida sulla riduzione del danno*. XXIII (3), 2000
- Bronzetti G. Istituto di Biologia e Biotecnologia Agraria del CNR, Pisa 2003
- Commissione Europea (2005). Piano di azione sulle droghe 2005-2008 Bruxelles
- Donati S et al, IX Congresso A.GI.CO. Roma 29-31 Ottobre 2002
- Healthy People 2010. Department of Health and Human Services USA
- Mancini F. et Al. *Politiche pubbliche di lotta alla droga in Europa*. Istituto Italiano di Medicina Sociale. Roma, 2000
- Vecchia E, Stili di vita, Dica33, 2006.
Consultabile su: <http://www.dica33.it/argomenti/santa/stilidivita/stilidivita3.asp>
- Zazzetta S. Stili di vita, Dica33, 2003.
Consultabile su: <http://www.dica33.it/argomenti/santa/stilidivita/stilidivita1.asp> 2003
- WHO (2005). Report of WHO. *Preventing chronich diseases a vital investment. Global report*.