

Osservatorio Adolescenti del Comune di Ferrara

"Di sana e robusta costituzione"

Gli adolescenti ferraresi e il loro rapporto con la salute e il benessere

AUTORI

Paola Castagnotto

Ufficio Comune Integrazione Distretto

Centro Nord AUSL di Ferrara

Sabina Tassinari

Osservatorio Adolescenti

Servizio Giovani

Comune di Ferrara

La somministrazione e la raccolta dati è stata possibile grazie alla disponibilità e alla cordialità dei Settori Pediatria di Comunità dell'Azienda USL di Ferrara.

Si ringraziano pertanto:

- per il Distretto Centro Nord: dott.ssa Monica Mascellani
- per il Distretto Sud Est: dott.ssa Angela Garbini
- per il Distretto Ovest: dott. Massimo Cornale

Si ringraziano inoltre per la preziosa collaborazione nell'elaborazione dello strumento di indagine: dr. Aldo De Togni, dr. Paolo Pasetti, dott.ssa Monica Mascellani.

*Per la supervisione e l'indispensabile supporto, un grazie molto sentito al dr. Pierluigi Ascani
Presidente di Format Research*

La copertina è stata ideata e realizzata da Sara Cricca

INDICE

Introduzione a cura del direttore generale dell'AUSL Ferrara dott. Paolo Saltari

1. Premessa	Pag. 4
Oggetto e metodologia dell'indagine	Pag. 5
Dati di contesto del territorio di indagine	Pag. 11
Caratteristiche del campione di riferimento	Pag. 19
2. La politica europea per la salute e il benessere	Pag. 21
La percezione della propria salute	Pag. 24
3. Stili di vita	Pag. 28
4. Paura delle malattie?	Pag. 35
5. Quale prevenzione?	Pag. 44
6. Alcuni approfondimenti nel territorio	Pag. 52

Conclusioni a cura dell'Assessore a Cultura, Turismo e Giovani e Vicesindaco del Comune di Ferrara dr. Massimo Maisto

INTRODUZIONE

Direttore Generale dell'AUSL Ferrara
Dott. Paolo Saltari

I giovani rappresentano la risorsa più importante per il futuro di una società: fare in modo che possano fare scelte di salute con consapevolezza e responsabilità per riuscire a diventare "adulti sani" è un dovere di tutti coloro che sono impegnati nella programmazione di servizi e progetti a loro dedicati.

Proprio per questo l'Azienda USL di Ferrara mantiene alta l'attenzione sulle problematiche dell'adolescenza, sia in termini di prevenzione che di promozione di sani stili di vita per la tutela della salute delle nuove generazioni.

Pertanto è condizione ormai imprescindibile la collaborazione tra Azienda USL di Ferrara e Osservatorio Giovani del Comune di Ferrara, per svolgere ricerche e indagini sul mondo adolescenziale della nostra provincia al fine di ottenere le necessarie conoscenze per meglio modulare gli interventi di promozione della salute, ma anche per il coinvolgimento di diversi livelli di competenze: enti locali, famiglie, servizi sociali, autorità scolastiche, associazionismo culturale, sportivo e giovanile. Si è visto, infatti che di fronte alla complessità dell'universo adolescenti, sono importanti lo scambio delle conoscenze tra i vari attori della prevenzione e promozione della salute dei giovani, così come la presenza di professionalità multidisciplinari e complementari sono requisiti irrinunciabili per una programmazione efficace e per favorire l'adozione di un disegno unitario per il nostro territorio.

L'adolescenza rappresenta un momento della vita estremamente complesso. È il periodo in cui ogni adolescente si prepara ad effettuare delle scelte a scuola, con i propri pari, in famiglia, così come sente il bisogno di ampliare i confini del proprio mondo per passare a quello degli adulti. Ma il pericolo è proprio nella sperimentazione di nuovi stili di comportamento, che se non impostati in modo adeguato, si possono poi trasformare da adulto, in scorretti stili di vita con conseguenze sia individuali che sociali.

L'indagine che viene presentata in questo volume e che ha interessato i ragazzi quindicenni della provincia, vuole proprio esplorare gli ambiti riferiti agli stili di vita, la percezione che hanno gli adolescenti ferraresi della propria salute, il grado di importanza che questa riveste nella propria vita, le tipologie di malattie che preoccupano i ragazzi ma anche chi deve secondo loro fare prevenzione.

Dalla ricerca si rileva che anche per i nostri giovani, in linea con le ricerche nazionali ed internazionali, emerge la scarsa attività motoria e la scorretta alimentazione, ma a mio parere, significativo è quanto raccolto nella parte riferita alla prevenzione che vede tra gli attori principali indicati dai ragazzi la stessa famiglia, i medici di famiglia, l'Azienda Usl e la scuola. I ragazzi quindi, nonostante la complessità degli aspetti socio sanitari, culturali nonché etici e politici, che caratterizzano la nostra società, riconoscono ancora come autorevoli per una corretta educazione istituzioni e soggetti che noi adulti temiamo abbiano perso il loro ruolo nella società di oggi.

Ma soprattutto, la cosa che fa ancora sperare nelle nuove generazioni è che venga ammesso che è necessaria un'informazione su argomenti come il consumo di alcol, il fumo di tabacco o l'uso di sostanze stupefacenti. Quindi se è vera la considerazione di Platone che chi compie il male lo fa solo per ignoranza del bene e conoscendo il bene non si può praticare il male, attivando metodi di educazione e di prevenzione, si auspica che i ragazzi possano fare scelte di salute corrette.

Un ringraziamento a tutti i ragazzi che hanno partecipato all'indagine e chi prenderà spunto da questa ricerca per rimodulare i propri comportamenti e un ringraziamento a quanti ogni giorno si dedicano alla professione e nella vita agli adolescenti futuri della nostra società.

Premessa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità”. E il concetto di benessere viene utilizzato in un'accezione multidimensionale, frutto di una positiva interazione tra elementi fisici, psicologici, sociali e la percezione della propria qualità della vita. Pertanto, le condizioni di salute rimandano anche a un'idea soggettiva di benessere, chiamando in causa l'ambito relazionale, l'autostima e i luoghi di vita.

Secondo la Carta di Ottawa per la promozione della salute, essa è una risorsa per la vita quotidiana e non l'obiettivo del vivere, connotandosi, quindi, come un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali e le capacità fisiche.

Il sociologo americano Laurence Wylie ha definito la salute come l'adattamento perfetto e continuo di un organismo al suo ambiente, rimandando alla condizione dinamica di equilibrio basata sulla capacità individuale di avere un'interazione positiva con l'ambiente, pur modificandosi la realtà circostante. L'adattamento all'ambiente non è un evento neutro e asettico, e nella maggior parte delle ricerche condotte sulla salute e sul benessere, in particolar modo per minori e adolescenti, è interpretato attraverso i paradigmi “del rischio” e della “psicologia positiva”, attenta alle interazioni ecologiche con i processi e i contesti di vita. È anche un processo “temporizzato”, caratterizzato dalla fase di vita vissuta.

Se concordiamo con questi primi concetti di ordine generale, è evidente la motivazione di attenzione che i ricercatori hanno sull'adolescenza, vista come un periodo interessante e poliedrico per lo stato di salute presente e futuro della persona. La vita degli adolescenti sembra giocarsi all'interno di una interazione complessa con l'ambiente fisico e sociale. Il concetto di salute, in questa fase della vita, tende a declinarsi “a tinte forti” sugli stili di vita, spesso anche provocatoriamente scelti in adolescenza. Molti ricercatori hanno definito gli stili di vita come “...schemi di comportamento, abitudini, atteggiamenti e valori relativamente stabili che sono tipici di un gruppo a cui un soggetto appartiene o di gruppi a cui un soggetto vuole appartenere”. Spesso le scelte comportamentali quotidiane dei giovani creano le premesse per uno stile di vita che si può mantenere nel tempo. Il rapporto con l'alimentazione, la frequenza nell'attività fisica, le modalità di utilizzo dei farmaci, i comportamenti rispetto all'alcol e al fumo, in età adulta, possono essere, in una ampia casistica, il prodotto di abitudini sviluppate durante l'adolescenza.

3) Quanto pensi influiscono questi fattori sul tuo stato di salute? (una risposta per ogni riga)

	<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Molto</i>
Inquinamento				
Stress				
Non fare sport o movimento				
Cattiva alimentazione				
Fumo				
Abuso di alcol				
Abuso di farmaci				
Sentirsi soli				
Difficili rapporti in famiglia				
Non stare bene a scuola				
Altro_____				

4) Stai seguendo una dieta in questo periodo?

- Sì No

4 bis) Se sì, per quale motivo? (una risposta per ogni riga)

	Sì	No
Perché sono sovrappeso		
Perché sono sottopeso		
Perché ho delle patologie		
Per sentirmi meglio		
Per necessità sportive		
Perché ho intolleranze/allergie		
Per motivi estetici		
Altro_____		

5) Fai sport?

- Sì No

5 bis) Se sì, con quale frequenza? (una sola risposta)

- Meno di 1 volta la settimana
 1 volta la settimana
 2 - 3 volte la settimana
 Tutti i giorni
 Quando posso e ho tempo libero

6) Bevi alcolici?

- Sì No

6 bis) Se sì, rispetto a quando hai iniziato, hai modificato le abitudini nel consumo di bevande alcoliche? (una sola risposta)

- Bevo di meno
 Bevo come prima
 Ho occasione di bere di più
 Altro_____

7) Nel corso della tua vita hai fumato sigarette?

- Sì No Sì, ma ho smesso

7 bis) Se sì, in media quante sigarette hai fumato nell'ultimo mese? _____

8) Nell'ultimo mese hai assunto farmaci? (una risposta per ogni riga)

	Tutti i giorni	Più volte la settimana	Qualche volta	Mai
Per patologie che ho				
Per piccoli disturbi				
In occasione di disturbi stagionali				
Per migliorare la prestazione (integratori, energetici, ecc...)				
Per dimagrire				
Altro _____				

8 bis) Se sì, chi te li ha consigliati? (una sola risposta)

- Il medico
- Il farmacista
- I miei genitori
- Informazioni avute da internet o mass media
- Gli amici

9) Per fare una vita più sana, cosa fai? (una risposta per ogni riga)

	Sì	No
Dedico tempo alla cura di me		
Mi rilasso		
Faccio sport o attività fisica		
Seguo una dieta		
Mi dedico ai miei hobby		
Vado in un centro estetico		
Mangio in modo sano		
Altro _____		

10) Quanta fiducia hai sulle capacità della medicina in futuro di progredire per combattere le gravi malattie? (una sola risposta)

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
------------	------	------------	-------

11) Ti capita di pensare di poter contrarre delle malattie? (una sola risposta)

- Sempre
- Spesso
- Ogni tanto
- Mai
- Occasionalmente, solo quando ne sento parlare

12) Quali sono le malattie che ti spaventano maggiormente? (una risposta per ogni riga)

	Sì	No
Malattie vascolari e circolatorie		
Traumi - incidenti		
Malattie infettive trasmissibili		
Diabete		
Disfunzioni sessuali		
Acne		
Obesità		
Disturbi dell'alimentazione		
Malattie sessualmente trasmesse		
Depressione		
Malattie polmonari		
Aids		
Malattie mentali		
Tumori		
Malattia di Parkinson		
Malattia di Alzheimer		
Osteoporosi		
Altro _____		

13) Cosa ti spaventa maggiormente in una malattia grave? (una risposta per ogni riga)

	Sì	No
Non riuscire ad affrontare economicamente le cure		
La solitudine		
Il dolore		
Diventare non autosufficiente		
L'invalidità		
La morte		
Altro _____		

14) Rispetto ai comportamenti a rischio chi, secondo te, dovrebbe maggiormente occuparsi di prevenzione? (una risposta per ogni riga)

	Sì	No
La scuola		
La famiglia		
Gli esperti privati		
Gli esperti degli enti pubblici		
La parrocchia		
I mass media		
Internet		
I medici di famiglia		
Il Comune		
L'Azienda Sanitaria		
Altro _____		

15) Quali sono secondo te i metodi più efficaci per fare prevenzione tra i giovani?
(una risposta per ogni riga)

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Incontri con esperti				
Gruppi di discussione sulla salute				
Incontri con testimoni diretti che hanno vissuto una malattia o una dipendenza				
Fare informazione e distribuire volantini e materiale				
Ne dovrebbero parlare i genitori				
Promuovere degli eventi artistici che sensibilizzino al tema				
Fare visite guidate negli ospedali o nelle strutture sanitarie				
Fare delle attività di volontariato a contatto con persone malate				
Inserire i temi relativi alla salute nei programmi scolastici				
Aprire uno sportello di ascolto nelle scuole				
Altro _____				

16) Su quali temi è più urgente fare prevenzione? *(una risposta per ogni riga)*

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Malattie sessualmente trasmesse				
Alimentazione scorretta				
Controlli medici per la diagnosi				
Fumo da tabacco				
Consumo e abuso di alcol				
Uso scorretto di farmaci				
Uso di sostanze stupefacenti				
Sedentarietà				
Altro _____				

17) Quali sono i mezzi di comunicazione che utilizzi per informarti sulla salute e la prevenzione? *(una risposta per ogni riga)*

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Internet				
Televisione				
Libri				
Riviste specializzate				
Chiedo ai genitori				
Partecipazione ad attività a scuola				
Chiedo agli insegnanti				
Altro _____				

18) Per ognuno di questi temi che riguardano la salute, secondo te di cosa si parla troppo o troppo poco? (una risposta per ogni riga)

	Si parla troppo	Si parla a sufficienza	Si parla troppo poco	Non si parla per niente
Medicina estetica				
Piccoli disturbi				
Episodi di malasanità				
Epidemie				
Gravi malattie				
Farmaci				
Come mantenersi sani				
Sessualità				
Terapie alternative				
Malattie rare				
Prevenzione				
Diventare genitori				

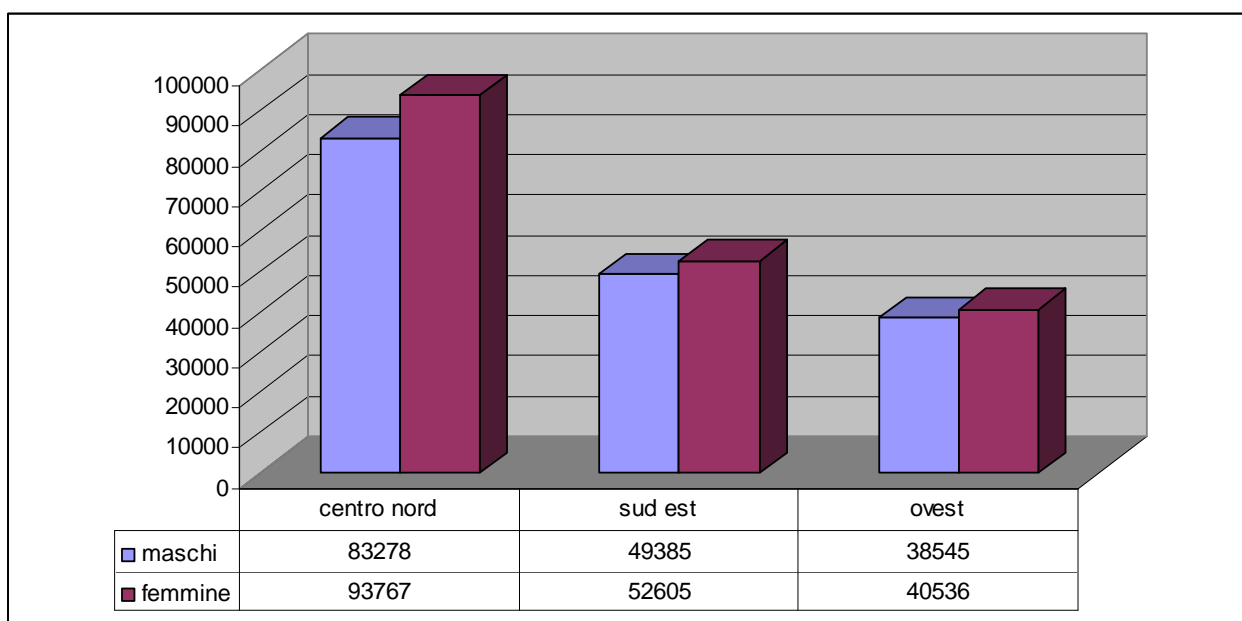
Dati di contesto del territorio di indagine

Vengono di seguito riportati i dati generali di popolazione totale e adolescenziale nella Provincia di Ferrara residente nell'anno 2012, avendo cura di disaggregarli per ognuno dei distretti sociosanitari, per genere e per classi di età.

Popolazione residente nella Provincia di Ferrara, disaggregata per sesso e per distretto sociosanitario – al 31/12/2012

TOTALE MASCHI: 171.208, TOTALE FEMMINE: 186.908

TOTALE POPOLAZIONE: 358.116



Comuni afferenti il Distretto Centro Nord: Ferrara, Masi Torello, Voghiera, Copparo, Berra, Formignana, Jolanda di Savoia, Ro Ferrarese, Tresigallo;

Comuni afferenti il Distretto Sud Est: Argenta, Codigoro, Comacchio, Lagosanto, Massa Fiscaglia, Mesola, Migliarino, Ostellato, Portomaggiore, Goro, Migliaro;

Comuni afferenti il Distretto Ovest: Bondeno, Cento, Mirabello, Poggio Renatico, Sant'Agostino, Vigarano Mainarda

Dati sulla popolazione adolescenziale dai 14 ai 24 anni residente nella Provincia di Ferrara, disaggregata per distretto e sesso, nell'anno 2012

DISTRETTO	COMUNE DI RESIDENZA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
CENTRO NORD	FERRARA	5.544	5.160	10.704
	MASI TORELLO	94	87	181
	VOGHIERA	133	134	267
	COPPARO	616	580	1.196
	BERRA	208	177	385
	FORMIGNANA	107	112	219
	JOLANDA DI SAVOIA	132	115	247
	RO	127	125	252
	TRESIGALLO	177	171	348
	TOTALE	7.138	6.661	13.799
SUD EST	ARGENTA	966	883	1.849
	CODIGORO	487	441	928
	COMACCHIO	971	935	1.906
	LAGOSANTO	187	198	385
	MASSA FISCAGLIA	145	133	278
	MESOLA	292	245	537
	MIGLIARINO	135	99	234
	OSTELLATO	272	222	494
	PORTOMAGGIORE	536	450	986
	GORO	153	147	300
	MIGLIARO	99	96	195
	TOTALE	4.243	3.849	8.092
OVEST	BONDENO	615	546	1.161
	CENTO	1.659	1.606	3.265
	MIRABELLO	123	125	248
	POGGIO RENATICO	409	386	795
	SANT'AGOSTINO	336	313	649
	VIGARANO MAINARDA	296	282	578
TOTALE	3.438	3.258	6.696	
TOTALE	14.819	13.768	28.587	

Percentuale della popolazione adolescenziale (14 – 19 anni) e giovanile (20 – 29 anni) nella Provincia di Ferrara, disaggregata per comune, nell'anno 2012

DISTRETTO	COMUNE	Popolazione totale	% adolescenti	% giovani
CENTRO NORD	FERRARA	134.983	4,1	8,2
	MASI TORELLO	2.365	4,1	7,9
	VOGHIERA	3.837	3,8	6,4
	COPPARO	16.992	3,6	7,1
	BERRA	5.088	4,1	7,8
	FORMIGNANA	2.807	4,3	6,9
	JOLANDA DI SAVOIA	3.031	4,1	8,5
	RO	3.383	3,9	7,2
	TRESIGALLO	4.559	3,5	8,1
	TOTALE	177.045	4,0	8,0
SUD EST	ARGENTA	22412	4,4	8,2
	CODIGORO	12402	3,7	8,2
	COMACCHIO	22980	4,3	8,7
	LAGOSANTO	4989	3,9	8,2
	MASSA FISCAGLIA	3552	4,5	6,8
	MESOLA	7101	3,7	8,5
	MIGLIARINO	3677	3,1	7,4
	OSTELLATO	6467	3,7	7,7
	PORTOMAGGIORE	12299	4,2	8,5
	GORO	3884	3,9	9
	MIGLIARO	2227	3,9	8
TOTALE	101990	4,1	8,3	
OVEST	BONDENO	15108	4,1	8,1
	CENTO	35945	5	9,3
	MIRABELLO	3446	3,8	7,9
	POGGIO RENATICO	9835	4,7	8,1
	SANT'AGOSTINO	7067	4,6	9,6
	VIGARANO MAINARDA	7680	4	7,8
	TOTALE	79081	4,6	8,7
TOTALE	358116	4,2	83	

Dati sulla popolazione adolescenziale dai 14 ai 19 anni residente nella Provincia di Ferrara, disaggregata per comune, sesso e classi di età, nell'anno 2012

FERRARA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	521	462	983
15 anni	476	417	893
16 anni	472	422	894
17 anni	457	450	907
18 anni	475	418	893
19 anni	486	470	956
TOTALE	2.887	2.639	5.526

MASI TORELLO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	13	10	23
15 anni	10	6	16
16 anni	5	7	12
17 anni	10	4	14
18 anni	9	10	19
19 anni	7	5	12
TOTALE	54	42	96

VOGHIERA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	10	12	22
15 anni	13	11	24
16 anni	8	13	21
17 anni	16	13	29
18 anni	8	15	23
19 anni	12	14	26
TOTALE	67	78	145

COPPARO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	57	36	93
15 anni	52	47	99
16 anni	49	60	109
17 anni	53	55	108
18 anni	54	54	108
19 anni	55	42	97
TOTALE	320	294	614

BERRA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	13	8	21
15 anni	19	21	40
16 anni	22	12	34
17 anni	19	15	34
18 anni	18	19	37
19 anni	25	17	42
TOTALE	116	92	208

FORMIGNANA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	15	10	25
15 anni	7	11	18
16 anni	9	9	18
17 anni	12	11	23
18 anni	17	10	27
19 anni	4	7	11
TOTALE	64	58	122

JOLANDA DI S.	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	8	5	13
15 anni	8	6	14
16 anni	14	10	24
17 anni	14	8	22
18 anni	14	9	23
19 anni	15	14	29
TOTALE	73	52	125

RO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	14	6	20
15 anni	7	7	14
16 anni	10	7	17
17 anni	12	15	27
18 anni	18	15	33
19 anni	7	14	21
TOTALE	68	64	132

TRESIGALLO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	16	10	26
15 anni	13	17	30
16 anni	13	7	20
17 anni	12	15	27
18 anni	15	15	30
19 anni	15	10	25
TOTALE	84	74	158

ARGENTA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	74	70	144
15 anni	101	77	178
16 anni	93	78	171
17 anni	94	73	167
18 anni	80	87	167
19 anni	91	77	168
TOTALE	533	462	995

CODIGORO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	37	41	78
15 anni	47	28	75
16 anni	34	34	68
17 anni	42	35	77
18 anni	48	40	88
19 anni	38	33	71
TOTALE	246	211	457

COMACCHIO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	84	102	186
15 anni	74	83	157
16 anni	89	87	176
17 anni	85	73	158
18 anni	87	76	163
19 anni	77	80	157
TOTALE	496	501	997

LAGOSANTO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	19	13	32
15 anni	17	19	36
16 anni	12	16	28
17 anni	15	17	32
18 anni	14	20	34
19 anni	19	15	34
TOTALE	96	100	196

MASSA FISCAGLIA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	14	10	24
15 anni	14	6	20
16 anni	8	12	20
17 anni	10	16	26
18 anni	21	16	37
19 anni	14	18	32
TOTALE	81	78	159

MESOLA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	29	18	47
15 anni	22	27	39
16 anni	23	18	41
17 anni	20	22	42
18 anni	22	19	41
19 anni	28	26	54
TOTALE	144	120	264

MIGLIARINO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	9	8	17
15 anni	4	8	12
16 anni	13	9	22
17 anni	9	7	16
18 anni	13	8	21
19 anni	16	9	25
TOTALE	64	49	113

OSTELLATO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	23	15	38
15 anni	23	23	46
16 anni	30	16	46
17 anni	17	17	34
18 anni	17	22	39
19 anni	21	16	37
TOTALE	131	109	240

PORTOMAGGIORE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	60	36	96
15 anni	55	48	103
16 anni	41	45	86
17 anni	35	33	68
18 anni	51	34	85
19 anni	38	37	75
TOTALE	280	233	513

GORO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	14	7	21
15 anni	9	16	25
16 anni	10	11	21
17 anni	10	11	21
18 anni	21	13	34
19 anni	15	15	30
TOTALE	79	73	152

MIGLIARO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	11	10	21
15 anni	10	8	18
16 anni	10	4	14
17 anni	5	9	14
18 anni	4	6	10
19 anni	4	6	10
TOTALE	44	43	87

BONDENO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	60	45	105
15 anni	60	56	116
16 anni	49	49	98
17 anni	57	40	97
18 anni	48	51	99
19 anni	60	48	108
TOTALE	334	289	623

CENTO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	177	130	307
15 anni	152	142	294
16 anni	145	142	287
17 anni	150	152	302
18 anni	137	149	286
19 anni	150	154	304
TOTALE	911	869	1780

MIRABELLO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	10	15	25
15 anni	9	13	22
16 anni	8	10	18
17 anni	17	4	21
18 anni	9	6	15
19 anni	14	17	31
TOTALE	67	65	132

POGGIO RENATICO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	42	38	80
15 anni	44	35	79
16 anni	41	37	78
17 anni	34	35	69
18 anni	39	35	74
19 anni	32	29	61
TOTALE	232	209	441

SANT'AGOSTINO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	26	31	57
15 anni	23	33	56
16 anni	33	30	63
17 anni	32	18	50
18 anni	27	23	50
19 anni	25	25	50
TOTALE	166	160	326

VIGARANO M.	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	26	27	53
15 anni	25	20	45
16 anni	26	28	54
17 anni	19	31	50
18 anni	30	23	53
19 anni	24	25	49
TOTALE	150	154	304

Caratteristiche del campione di riferimento

L'indagine ha interessato complessivamente 697 ragazzi di 15 anni (in alcuni casi di ancora 14 anni) dei distretti sociosanitari Centro Nord, Sud Est e Ovest della provincia di Ferrara, che si recano alla pediatria di comunità per l'ultima vaccinazione obbligatoria.

La strategia campionaria è quella che si può definire "di convenienza", ovvero un campione formato da, potenzialmente, tutto l'universo dei 15enni ferraresi (2.469), ma che concretamente si riduce a causa del tempo di somministrazione limitato rispetto a quello previsto per le vaccinazioni.

Il gruppo (Graf. 1), a cui è stato somministrato il questionario è pari al 28,2% del totale dei 15enni: è residente per il 48,1% (n=335) nel Distretto Centro Nord, il 23,2% (n=162) nel Sud Est e il 22,9% (n=200) nell'Ovest. Ma le percentuali sono da rivedere alla luce dei dati di contesto e della struttura organizzativa dell'indagine. Difatti, i ragazzi intervistati nel Distretto Centro Nord sono il 29,2% (n=335) di tutti i quindicenni ivi residenti (in totale 1.148), nel Sud Est il campione è pari al 22,9% del totale (n=709), nell'Ovest la percentuale campionaria si attesta sul 32,7% di tutti gli adolescenti (n=612). Queste differenziazioni si giustificano sulla base dell'organizzazione dei servizi che non è sovrapponibile perfettamente ai tempi della ricerca. Nell'Ovest la somministrazione dei questionari è partita contemporaneamente alle vaccinazioni – che si concentrano in un tempo ristretto – mentre nel Distretto Centro Nord le sessioni sono diluite nell'arco dell'anno e, pertanto nei tre mesi di indagine si sono potuti contattare solo i ragazzi convocati e, infine, nel Sud Est il lavoro vaccinale viene fatto in modo capillare su tutti i comuni afferenti e quindi il reclutamento è stato limitato agli incontri possibili.

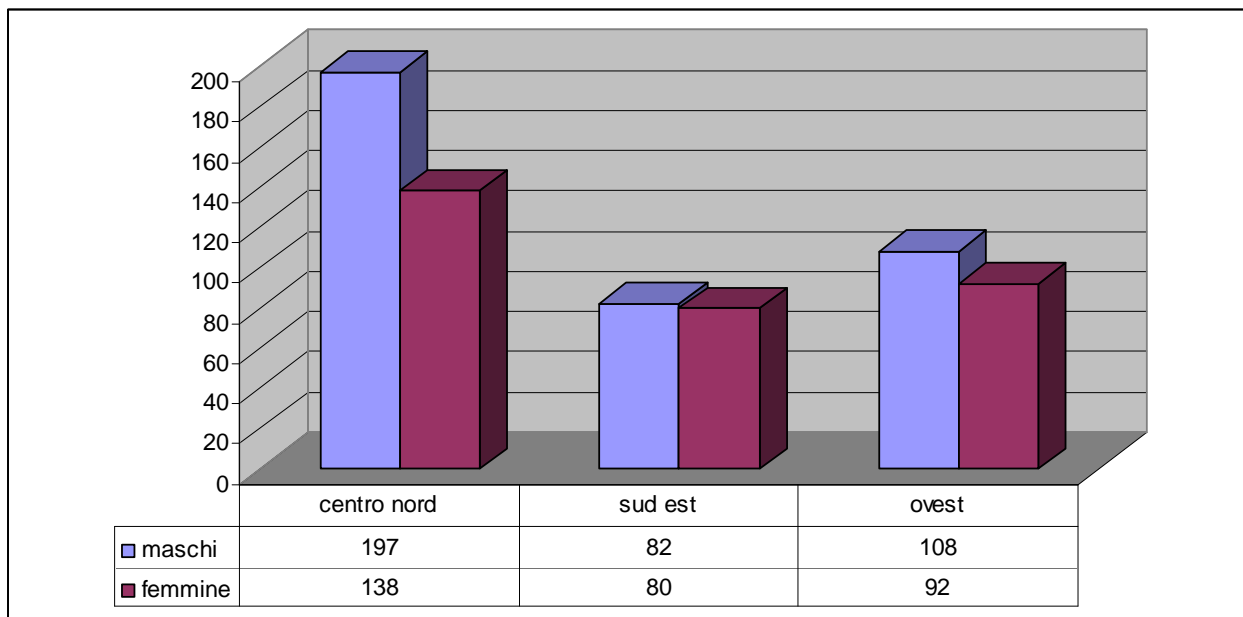
Infine, il gruppo dei ragazzi protagonisti della ricerca risulta abbastanza omogeneo per genere: nel Centro Nord 197 maschi (58,8%) e 138 femmine (41,2%), nel Sud Est 82 maschi (50,6%) e 80 femmine (49,4%), nell'Ovest 108 maschi (54%) e 92 femmine (46%). Queste sono percentuali che si uniformano piuttosto bene sull'universo: i maschi di 15 anni della provincia di Ferrara sono 1.294 (52,4%) e le femmine sono 1.175 (47,6%).

La fonte di estrazione sono le liste di popolazione disaggregate per classi di età, rese disponibili dal Servizio Anagrafe dei Comuni della Provincia di Ferrara.

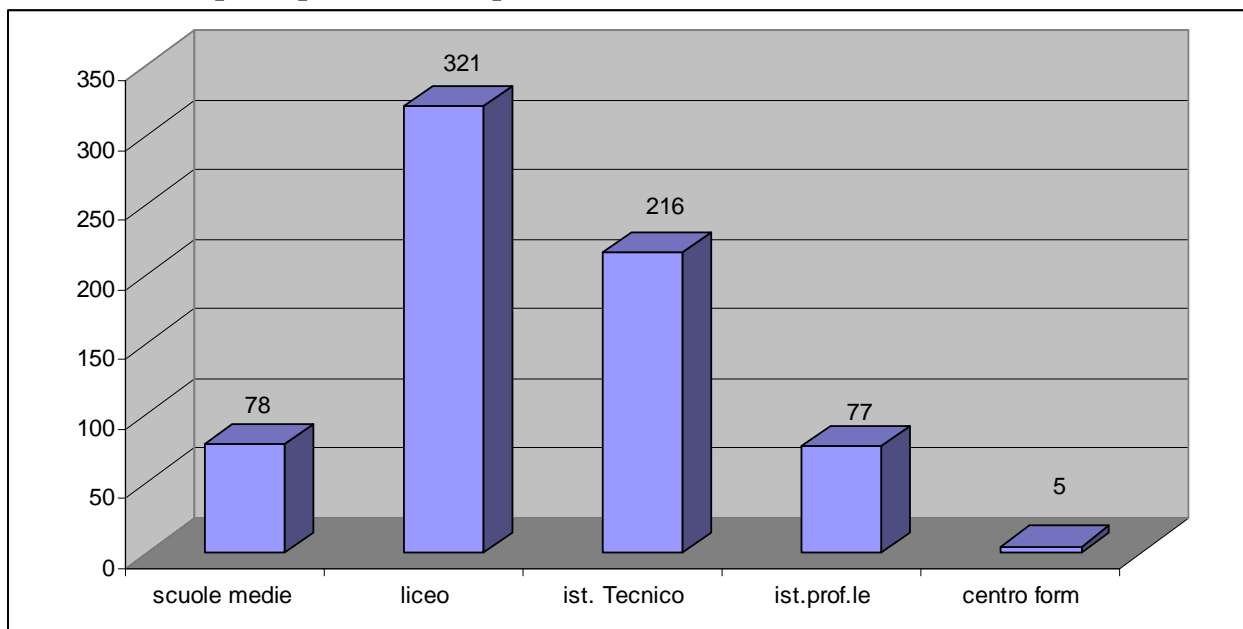
L'analisi dei dati che viene presentata è di tipo descrittivo e non inferenziale, essendo il campione coincidente con l'universo dei 15enni.

Pertanto l'utilizzo del test del chi-quadro come indice di significatività di frequenze complesse e incroci di risposte, ha la valenza di approfondire alcuni aspetti emersi all'interno del campione e con una funzione di analisi più precisa e completa.

Graf. 1 – Il campione per genere e distretto



Graf. 2 – Il campione per scuola frequentata



LA POLITICA EUROPEA PER LA SALUTE E IL BENESSERE

A partire dal principio costituzionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per il quale “il godimento del massimo livello di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano”, i 53 paesi della Regione Europea OMS hanno condiviso la politica sanitaria di riferimento “Salute 2020”.

L'obiettivo comune è di “migliorare in misura significativa la salute e il benessere delle popolazioni, ridurre le disuguaglianze nella salute, potenziare la sanità pubblica e garantire sistemi sanitari centrati sulla persona, che siano universali, equi, sostenibili e di elevata qualità”.

Dal documento sulla Salute 2020 prodotto dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e tradotto dal Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione del Ministero della Salute, è importante evidenziare alcuni articoli tra i più significativi.

Un buono stato di salute si riverbera positivamente su tutti i settori e sull'insieme della società – il che la rende una risorsa preziosa. Buone condizioni di salute sono essenziali per lo sviluppo economico e sociale e costituiscono una preoccupazione di vitale importanza per l'esistenza di ogni singolo individuo e per tutte le famiglie e la comunità. Cattive condizioni di salute comportano uno spreco di potenzialità, perdita di speranza e un'emorragia di risorse in tutti i settori. Dare agli individui la possibilità di controllare la propria salute e i relativi determinanti rafforza le comunità e ne migliora la vita. Senza l'attivo coinvolgimento delle persone, si perdono numerose opportunità di promuovere e proteggere la salute e di aumentare il benessere.

Ciò che fa crescere e prosperare le società ha un effetto positivo anche sulla salute delle persone – politiche che riconoscono questo fatto hanno un impatto maggiore. Un accesso equo all'istruzione, a un reddito sufficiente, a un buon lavoro e a un alloggio decoroso sono tutti fattori che favoriscono la salute. A sua volta, la salute contribuisce a una maggiore produttività, a una migliore efficienza della forza lavoro, a un invecchiamento più sano, a una spesa più contenuta per indennità sanitarie e sociali e a minori perdite in termini di entrate fiscali. I risultati migliori per la salute e il benessere della popolazione si raggiungono laddove l'insieme del governo lavora in maniera congiunta per intervenire sui determinanti sociali e individuali della salute. Un buono stato di salute può sostenere la ripresa e lo sviluppo economico.

Nel complesso della Regione Europea dell'OMS, la salute è notevolmente migliorata negli ultimi decenni – ma non in maniera equa ovunque e per tutti; questo è inaccettabile. Molti gruppi e aree sono rimasti indietro e, in molti casi, il vacillare delle economie sta approfondendo le disuguaglianze nella salute all'interno dei paesi e fra paesi diversi. Le minoranze etniche, alcune comunità di migranti e gruppi come i nomadi e i Rom ne subiscono le conseguenze maggiori. Variazioni nei pattern di malattia, fattori demografici e migrazioni possono avere ripercussioni sui progressi in ambito sanitario e richiedono una gestione e una governance migliori. La rapida espansione delle malattie croniche e dei disturbi mentali, la mancanza di coesione sociale, le minacce ambientali e le incertezze finanziarie rendono il miglioramento della salute ancor più difficile e minacciano la sostenibilità dei sistemi sanitari e di previdenza sociale. Sono necessarie risposte creative e innovative, sostenute da un impegno reale.

Paesi, regioni e città possono ottenere miglioramenti significativi in termini di salute e benessere stabilendo obiettivi comuni e investimenti congiunti tra il settore sanitario e gli altri settori. Le aree prioritarie di intervento comprendono: educazione prescolare, performance scolastica, condizioni di impiego e di lavoro, protezione sociale e riduzione della povertà. Gli approcci da adottare includono: interventi a sostegno della capacità di risposta della comunità dell'inclusione e della coesione sociale; promozione delle risorse per il benessere; azioni in favore della parità di genere e potenziamento delle capacità individuali e collettive che proteggono e promuovono la salute, quali le competenze personali e il senso di appartenenza. Stabilire obiettivi per la riduzione delle disuguaglianze nella salute può contribuire a dare impulso all'azione ed è uno dei più validi strumenti di valutazione dello sviluppo sanitario a ogni livello.

Intervenire sui determinanti sociali e ambientali della salute può correggere in maniera efficace molte disuguaglianze. Le ricerche dimostrano che interventi efficaci richiedono un contesto di policy che vada oltre i confini dei singoli settori e renda possibili programmi integrati. Ad esempio, le evidenze scientifiche indicano chiaramente che approcci integrati nei confronti del benessere dei bambini e dello sviluppo nella prima infanzia producono risultati migliori e più equi sia in termini di salute che di istruzione. Uno sviluppo urbano che tenga conto dei determinanti della salute è di fondamentale importanza, e i sindaci e le autorità locali hanno un ruolo sempre più importante nella promozione della salute e del benessere. La partecipazione, la responsabilizzazione e meccanismi di finanziamento sostenibile potenziano gli effetti di programmi locali di questo tipo.

I programmi di promozione della salute basati sui principi del coinvolgimento e dell'empowerment offrono benefici effettivi. In particolar, si tratta di: creare migliori condizioni per la salute; migliorare la cultura sanitaria; sostenere le possibilità di vita autonoma; far sì che la scelta più sana sia anche la scelta più facile; promuovere la sicurezza e il benessere e assicurare protezione durante l'infanzia e la giovinezza; promuovere posti di lavoro salutari; favorire un invecchiamento sano. Assicurare un'alimentazione e una nutrizione sane per tutto il corso dell'esistenza è una priorità dettata dall'epidemia di obesità che sta dilagando in Europa.

Potenziare i programmi di promozione della salute mentale è estremamente importante. Una persona su quattro nella Regione Europea sperimenta un qualche tipo di problema di salute mentale nel corso della propria esistenza. Una sfida particolarmente importante è quella di promuovere la diagnosi precoce della depressione e prevenire i suicidi, dando vita a programmi di intervento basati sulla comunità. La ricerca sta portando a una migliore comprensione dell'associazione dannosa tra i problemi di salute mentale e l'emarginazione sociale, la disoccupazione, la mancanza di fissa dimora e i disturbi legati al consumo di alcol e di altre sostanze. Anche le nuove forme di dipendenza collegate alla realtà virtuali online devono essere affrontate.

Porre strategicamente l'accento sugli stili di vita sani sia per i giovani che per gli anziani è particolarmente importante. Una grande varietà di stakeholders può contribuire ai programmi di sostegno della salute, comprese le attività intergenerazionali. Per quanto riguarda i giovani, tali programmi possono includere: educazione peer-to-peer, coinvolgimento delle organizzazioni giovanili e programmi di informazione sanitaria basati sulle scuole. Particolarmente importante è integrare fra loro le attività sulla salute mentale e salute sessuale. Per quanto concerne gli anziani, iniziative per un invecchiamento sano e attivo possono portare benefici per la salute e la qualità della vita.

Efficaci strategie di salute non possono prescindere dalla percezione di salute che, in ogni età, le persone hanno. In adolescenza, la percezione dello stato di salute è influenzato da forti determinanti psicologici, in particolar modo relativi alla strutturazione dell'immagine corporea. Sentirsi in buone salute durante l'adolescenza è influenzato dalla evoluzione dell'immagine corporea?

Pietropoli Charmet, attento studioso di adolescenza, in una saggio del 2005 “Mentalizzazione del corpo in adolescenza”, pubblicato in Adolescenti, corpo e malattia: ragazzi e ragazze che si ammalano, l'esperienza soggettiva e la cura, un testo curato da F. Vanni ed edito dalla Franco Angeli,, sostiene una tesi stimolante. In adolescenza l'aggiornamento dell'immagine corporea sembra strutturarsi in un conflitto tra la “nostalgia” del corpo infantile e le sollecitazioni di un “corpo enigmatico” sollecitato dalle pulsioni sessuali.

È opportuno domandarsi quanto l'idea di salute e il benessere di un adolescente è “viziata” da questo conflitto? Quanto ne è performata?

Il “corpo enigmatico” quando incomincia ad essere consapevole della propria vulnerabilità?

Una vulnerabilità che non è limitabile alla sola dimensione fisica, ma ingloba una proiezione di sé nel mondo, nella complessità delle dinamiche relazionali.

Queste domande possono essere uno sfondo di ulteriore riflessione alla analisi delle risposte che i ragazzi hanno dato ai quesiti specifici sulla percezione di salute.

La percezione della propria salute e del proprio stato di benessere

Il rapporto 2013 del Centro di Ricerca dell'Unicef ha delineato un quadro comparativo internazionale sul benessere dei bambini e degli adolescenti nei paesi ricchi. Una parte del report è dedicata a quelli che sono considerati indicatori oggettivi dello stato di benessere dei giovanissimi: di tipo materiale (deprivazione economica e materiale), salute e sicurezza (servizi sanitari di prevenzione e mortalità infantile), istruzione (frequenza delle scuole d'infanzia, iscrizione agli istituti superiori per ragazzi dai 14 anni ai 19 anni, tasso di NEET ovvero coloro che hanno abbandonato gli studi e che non lavorano), comportamenti e rischi (sovrappeso, esercizio fisico, fumo, alcol, sostanze stupefacenti), condizioni abitative e ambientali.

Da questa prima batteria di ambiti emerge che i Paesi Bassi sono al primo posto in tutte le aree di indagine, seguiti immediatamente da Finlandia, Islanda, Norvegia e Svezia. I paesi dell'Europa meridionale – Grecia, Italia, Portogallo e Spagna – si attestano nella metà inferiore della classifica del benessere dell'infanzia e dell'adolescenza.

Gli ultimi posti sono occupati dai paesi del campione di indagine più poveri – Lettonia, Lituania e Romania – e da uno dei più ricchi ovvero gli Stati Uniti.

Quest'area di studio e la possibile correlazione tra il benessere generale di bambini e adolescenti e il PIL pro capite, sono molto recenti. Le rilevazioni presentano anche delle criticità rispetto alla reperibilità di dati uniformi per tutti i paesi, ma sono sicuramente testimonianza di una forte attenzione al benessere dei ragazzi e all'imperativo morale condiviso di promuoverlo a tutti i livelli.

Senza addentrarci in tutte le macroaree parametriche del benessere dei bambini e dei giovani – per lo studio dei quali rimandiamo al report complessivo 2013 dell'Unicef – è interessante soffermarsi su alcune.

Sistema scolastico

L'indicatore è denominato "partecipazione a forme di istruzione superiore" e rileva la percentuale di giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni iscritti a scuole superiori e università. Il tasso di iscrizione agli studi superiori oltrepassa l'80% in tutti i paesi economicamente avanzati più popolosi e in Italia è pari all'82%. Ma d'altro canto, il nostro paese è anche, parallelamente, insieme a Spagna e Irlanda, agli ultimi posti rispetto alla percentuale dei NEET (giovani tra i 15 e i 19 anni che non studiano e non lavorano) con un tasso pari al 10%. In cima alla graduatoria si trovano Danimarca, Norvegia e Slovenia con un tasso di NEET inferiore al 3%.

Comportamenti e rischi

È stato rilevato un primo set di comportamenti che rappresentano un rischio per il benessere futuro dei ragazzi – sovrappeso, esercizio fisico, abitudini alimentari – e una seconda batteria di stili di vita che possono costituire un pericolo anche immediato – gravidanze indesiderate, fumo, alcol, sostanze stupefacenti – in un campione di giovani di 11, 13 e 15 anni.

I risultati evidenziano che i livelli di obesità infantile superano il 10% in tutti i paesi, ad eccezione di Danimarca, Paesi Bassi e Svizzera. Irlanda e Stati Uniti sono gli unici paesi in cui oltre il 25% afferma di fare esercizio fisico almeno un'ora al giorno e l'Italia è il solo paese in cui meno del 10% dei ragazzi ha questo tipo di abitudine.

I tassi di fumo più elevati – oltre il 10% - si registrano nei paesi dell'est Europa e in Austria così come avviene anche rispetto ai tassi di consumo di alcol (oltre il 20% dei giovani intervistati ha dichiarato di essersi ubriacato almeno 2 volte).

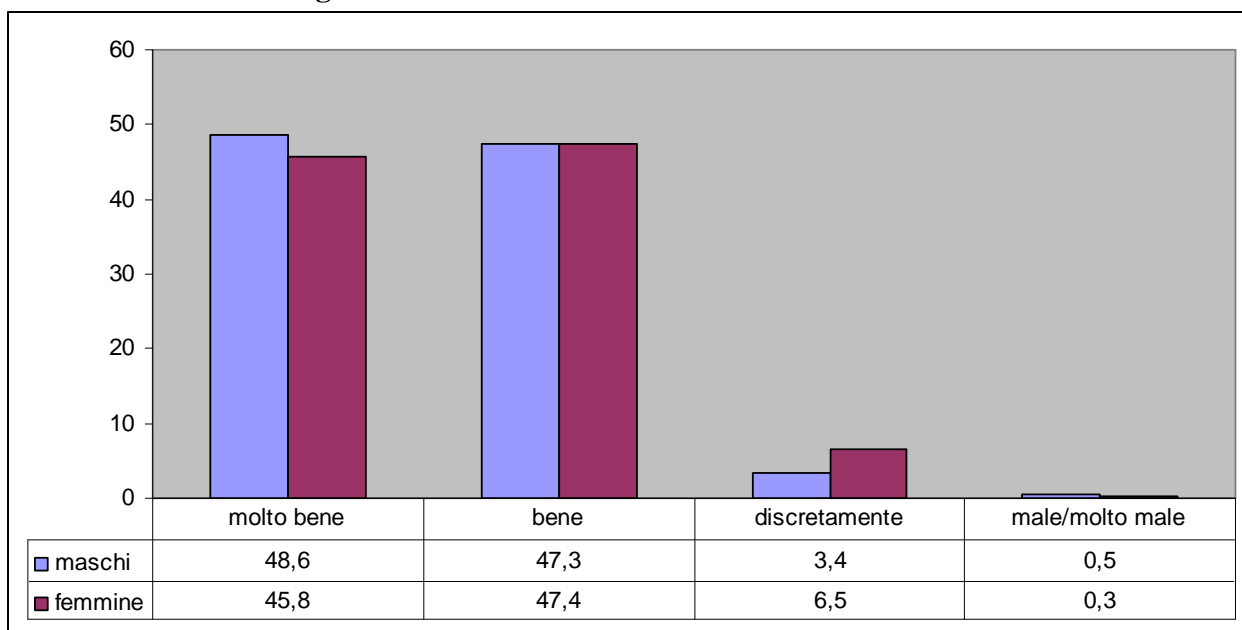
Benessere percepito

Oltre l'85% dei giovani di 11, 13 e 15 anni del campione, nei paesi economicamente avanzati dichiara un elevato livello di soddisfazione della vita, con un picco massimo (pari al 94%) nei Paesi Bassi e un picco minimo (pari al 77%) in Romania.

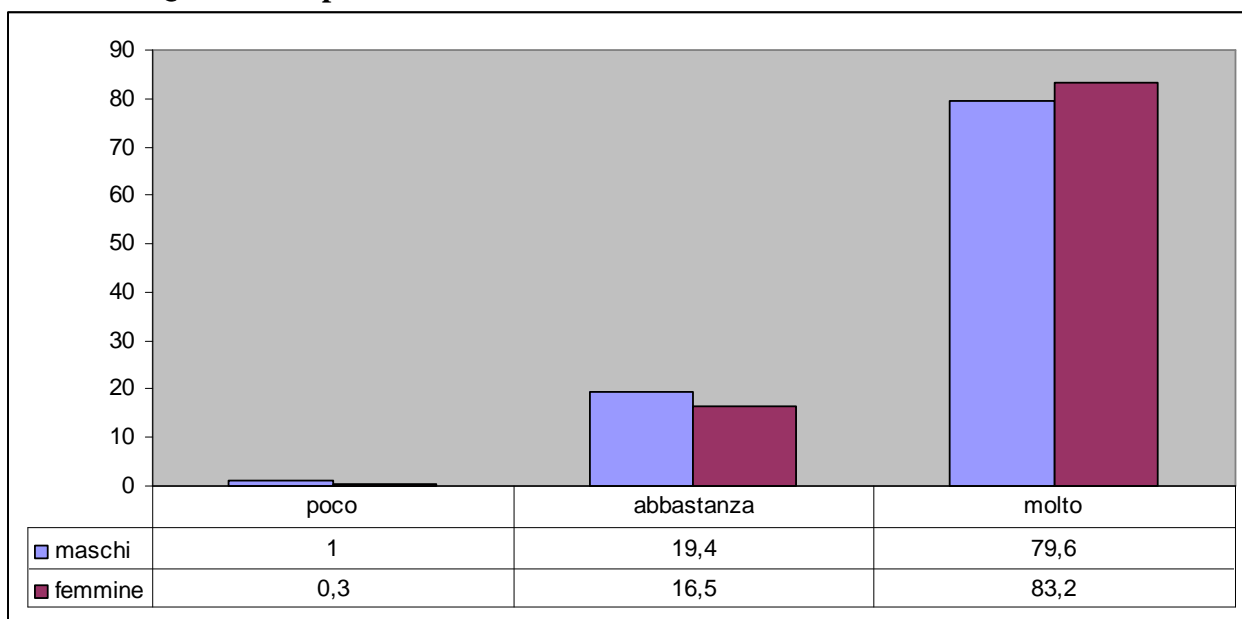
Quest'area, per stessa ammissione dei curatori dell'indagine Unicef, è sicuramente molto complicata da analizzare perché implica l'approfondimento di aspetti assolutamente soggettivi e che attengono alla sfera relazionale ed emotiva.

“Sin dai primi anni di vita, il senso del benessere soggettivo del bambino è intimamente legato ai rapporti che instaura, in particolare con i genitori e i coetanei. Una recente indagine promossa dalla Children’s Society inglese ha rilevato che i rapporti familiari rappresentano il primo fattore determinante per il benessere soggettivo dei bambini. Altri studi hanno evidenziato che i rapporti con i coetanei possono rivestire un ruolo importante sia per il loro benessere quotidiano sia per il progresso dello sviluppo a lungo termine. È attraverso i rapporti con i coetanei che i bambini sperimentano i ruoli sociali, apprendono e mettono in pratica il controllo dell’aggressività e la gestione dei conflitti, imparano a guadagnarsi il rispetto e l’amicizia, a discutere dei sentimenti, ad apprezzare la diversità e a diventare consapevoli dei sentimenti degli altri. Nessun ambito cresce senza attraversare momenti difficili e di tensione nei rapporti con genitori e coetanei, ma per molti la presenza di difficoltà prolungate o più serie in questi rapporti può essere fonte di stress, ansia e depressione” [Il benessere dei bambini nei paesi ricchi, Rapporto Unicef 2013].

Graf. 2.1 – Come va in generale la tua salute?



Graf. 2.2 – Quanto è importante la salute nella tua vita?

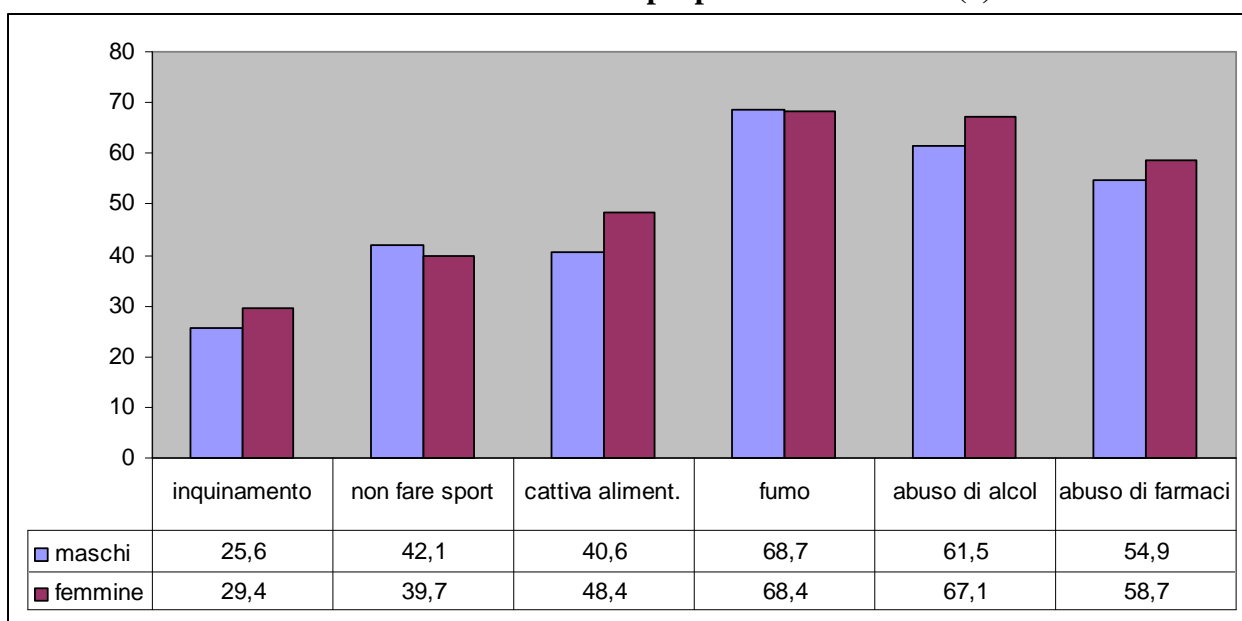


L'adolescenza è generalmente considerata un'età sana per la scarsa incidenza di patologie croniche e gravi ma, nel contempo, i giovanissimi, intorno ai 14 - 15 anni, cominciano ad essere più attenti al proprio stato di salute e ai sintomi di malessere. Il campione della provincia di Ferrara (Graf. 2.1) non fa eccezione anche se sicuramente sono in maggior misura i maschi a sentirsi in ottima salute (48,6%) rispetto alle coetanee (45,8%) che sono più caute sul proprio stato di benessere, definito discreto dal 6,5% contro il 3,4%.

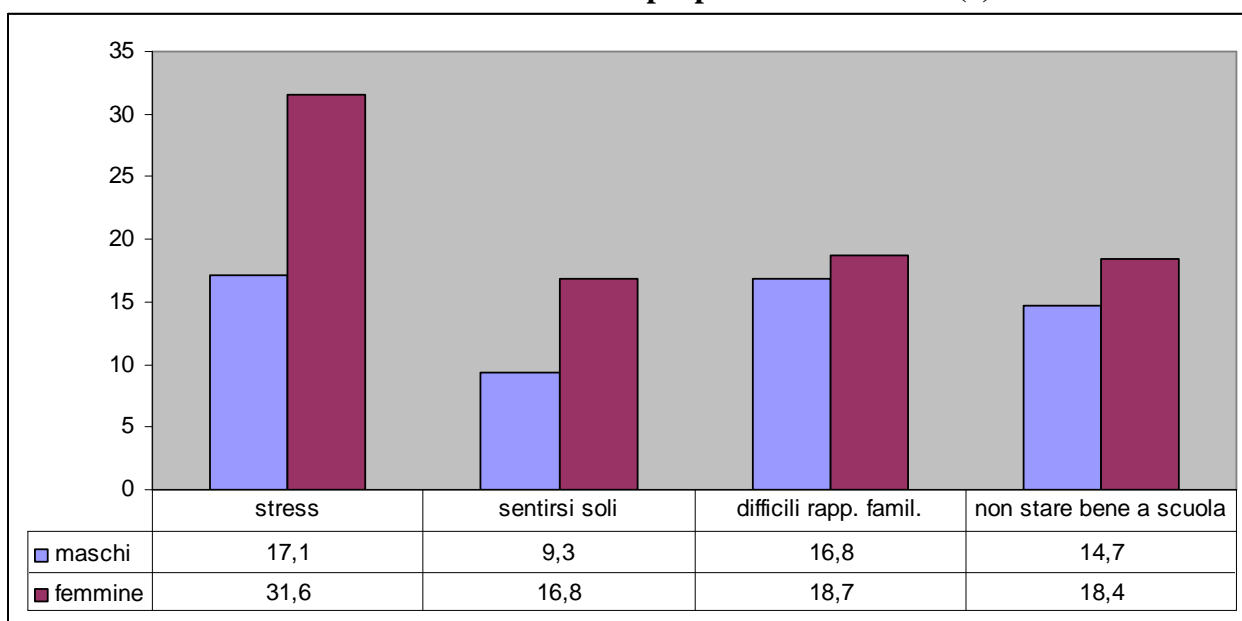
È pur vero che a 15 anni comincia ad essere sottolineato il ruolo fondamentale di una buona salute nella propria vita (Graf. 2.2), anche se si registra comunque una più alta percentuale nelle ragazze (79,6% maschi contro 83,2% femmine).

L'attenzione degli adolescenti verso il benessere fisico si lega a un maggior interesse verso la propria persona in generale e, pertanto, rientrano nella considerazione che ognuno ha della propria salute anche fattori quali l'autostima e le dinamiche relazionali.

Graf. 2.3 – Fattori che influiscono MOLTO sul proprio stato di salute (1)



Graf. 2.4 – Fattori che influiscono MOLTO sul proprio stato di salute (2)



Nel grafico 2.3 vengono riportati i fattori *sociali e fisici* del benessere e nel grafico 2.4 quelli maggiormente connotabili come *individuali ed emotivi*. Sui primi, pur evidenziandosi una differenza di genere che accompagna tutta la ricerca, maschi e femmine si allineano in maniera piuttosto uniforme: inquinamento (25,6% vs. 29,4%) e stili di vita (non fare sport: 42,1% vs. 39,7%; cattiva alimentazione: 40,6% vs. 48,4%; fumo da tabacco: 68,7% vs. 68,4%; abuso di alcol: 61,5% vs. 67,1%; abuso di farmaci: 54,9% vs. 58,7%) sono determinanti di salute ugualmente importanti. Relativamente ai fattori *individuali ed emotivi*, le differenze tra sessi è sicuramente molto più marcata e sono in maggior misura le femmine a ritenerli aspetti pregnanti nel sentirsi bene (lo stress incide per il 31,6% nelle ragazze e per il 17,1% nei ragazzi e il senso di solitudine rispettivamente per il 16,8% contro il 9,3%). Potremmo definire anche una terza categoria di indicatori di salute per i giovanissimi intervistati, riportabile alla dimensione delle dinamiche relazionali sia in famiglia che a scuola, dove gli adolescenti sembrano riallinearsi, a prescindere dal genere (difficili rapporti famigliari: 16,8% maschi e 18,7% femmine, non stare bene a scuola: 14,7% maschi e 18,4% femmine).

Quindi sembrano essere molto importanti per il benessere psicologico ed emotivo, che si riverbera sulla considerazione complessiva rispetto al proprio stato di salute, i vissuti dei giovani, la percezione della qualità della propria vita, il senso di solitudine e di stress. E non è un caso che molto spesso gli adolescenti siano stati considerati meno felici rispetto alle altre fasce di età, in quanto i rapidi cambiamenti corporei e identitari, possono alimentare tristezza, paura e disagio.

“I giovani, quindi, si sentono spesso tristi, soli e stanchi: questi tre fattori, oltre all’essere connessi alla percezione soggettiva del proprio benessere e alla qualità della propria vita, 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 e permette di saper scegliere e seguire comportamenti autoprotettivi verso la propria salute. L’autostima rispecchia la consapevolezza dei propri pregi e l’accettazione dei propri limiti: influenza e viene 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” [dal Rapporto HBSC su www.educare.it].

STILI DI VITA

La quindicesima edizione dell'indagine annuale "Abitudini e stili di vita degli adolescenti italiani" della Società italiana di Pediatria definisce questa fascia di età come *adolescenza seduta*, nel senso che i giovanissimi trascorrono gran parte della giornata su una sedia, un divano, un letto o una poltrona. Più precisamente gli adolescenti sembrano in questi anni, comparando i dati sugli stili di vita rilevati dalla Società dal 2008 ad oggi, essere diventati sempre più sedentari.

"Della fruizione sempre maggiore di televisione, per altro fedelmente registrata dalle indagini annuali SIP, se ne parla da tempo, ma il fenomeno che negli ultimi anni ha significativamente mutato le abitudini di vita degli adolescenti – anche per quanto concerne il dato qualitativo legato alla sedentarietà – è l'utilizzo di internet che dal 2008 (secondo le indagini SIP) ha avuto un incremento straordinario sia in termini di diffusione che di frequenza.

Mentre nel 2005 utilizzava internet con relativa consuetudine meno di 10% degli adolescenti (sempre dati SIP), oggi il 70% di loro si collega quotidianamente (o quasi) e il 17% lo fa per più di 3 ore al giorno.

Un nuovo "passatempo" per gli adolescenti italiani, dunque, altrettanto sedentario rispetto alla televisione, se si esclude il non particolarmente significativo utilizzato delle dita della mano impegnata tra mouse e tastiera.

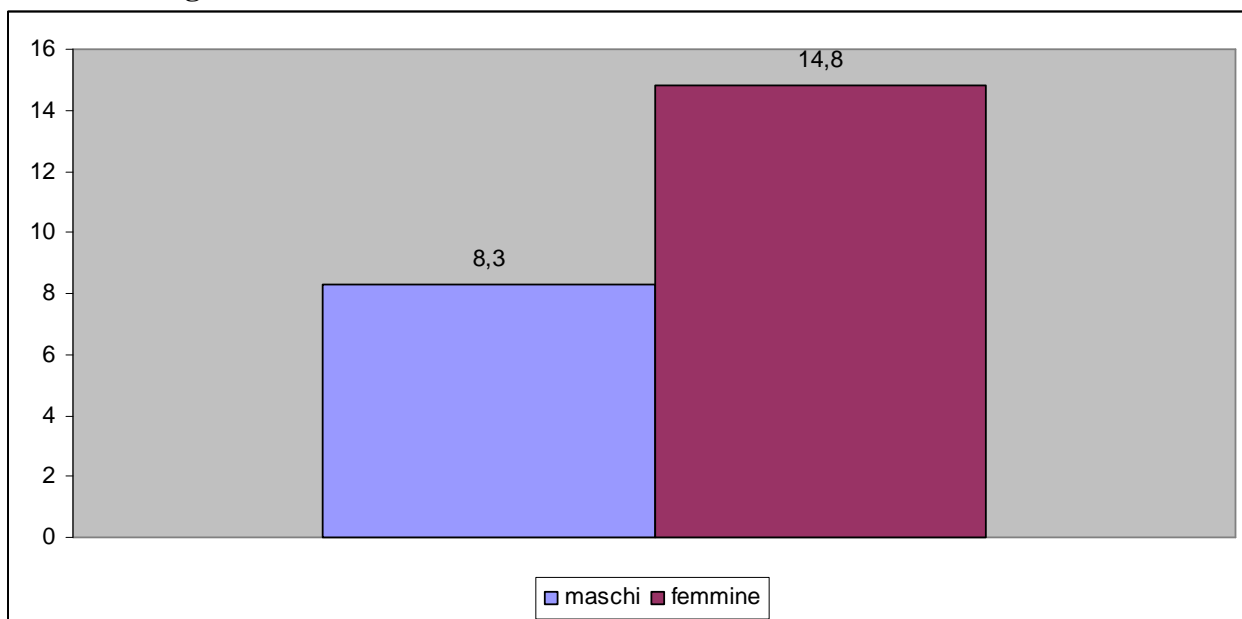
La differenza significativa – almeno per quanto attiene l'impatto con la sedentarietà – si è invece registrata proprio quest'anno (con qualche avvisaglia già lo scorso anno). Mentre dal 2008 al 2010 il boom di internet aveva in gran parte "cannibalizzato" spettatori televisivi (tanto che nel 2009 commentavamo i risultati dell'indagine adolescenti SIP di quell'anno parlando di "trasferimento da un monitor all'altro"), quest'anno all'ulteriore incremento nell'utilizzo di internet (sia per quanto riguarda la frequenza di accesso che la permanenza in rete) si è associato un nuovo impulso di crescita nella visione della televisione, che era in lento progressivo calo da 4 anni.

Incrociando i dati relativi alle ore trascorse mediamente al giorno davanti alla TV e quelle trascorse navigando in internet, dall'indagine 2011 – 2012 risulta che oltre il 30% degli adolescenti italiani trascorre ogni giorno almeno 4 ore tra visione televisiva ed utilizzo di internet" [dal Rapporto sull'edizione 2011 - 2012 dell'indagine annuale "Abitudini e stili di vita degli adolescenti italiani" della Società Italiana di Pediatria a cura di Maurizio Tucci].

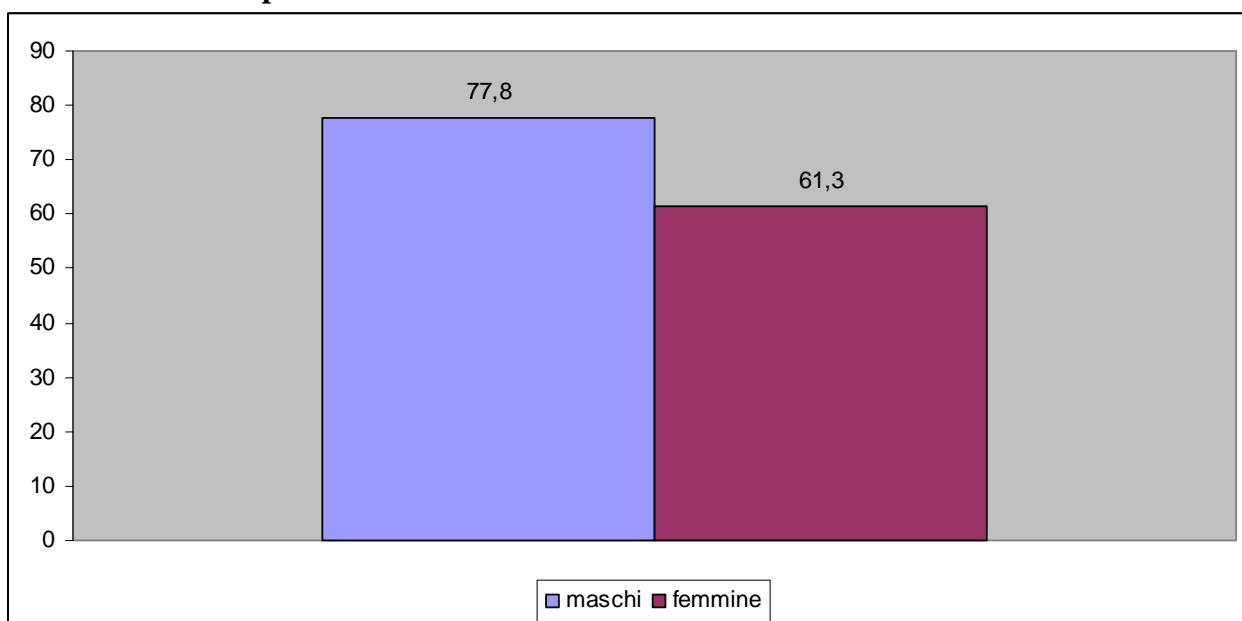
Eri sdraiato sul divano, dentro un accrocco spiegazzato di cuscini e briciole Sopra la pancia tenevi appoggiato il computer acceso. Con la mano destra digitavi qualcosa sullo smartphone. La sinistra, semi-inerte, reggeva con due dita, per un lembo, un lacero testo di chimica, a evitare che sprofondasse per sempre nelle tenebrosa intercapedine tra lo schienale e i cuscini, laddove una volta ritrovai anche un wurstel crudo, uno dei tuoi alimenti prediletti. La televisione era accesa a volume altissimo...alle orecchie tenevi le cuffiette collegate all'iPod occultato in qualche anfratto...non essendo quadrumane, non eri in grado di utilizzare i piedi per altre connessioni...." [Michele Serra, *Gli Sdraiati*, Feltrinelli, 2013 (p.50)]

Con l'indagine fatta dall'Osservatorio Adolescenti nel 2012, era emerso come anche gli adolescenti ferraresi abbiano una predilezione per attività non particolarmente dinamiche: internet (66,8%), televisione (40, 5%) e videogiochi (27%). Tutto ciò va a discapito della pratica sportiva e dei giochi all'aria aperta, che implica probabilmente una quotidiana sedentaria e quindi poco sana.

Graf. 3.1 – Seguo una dieta



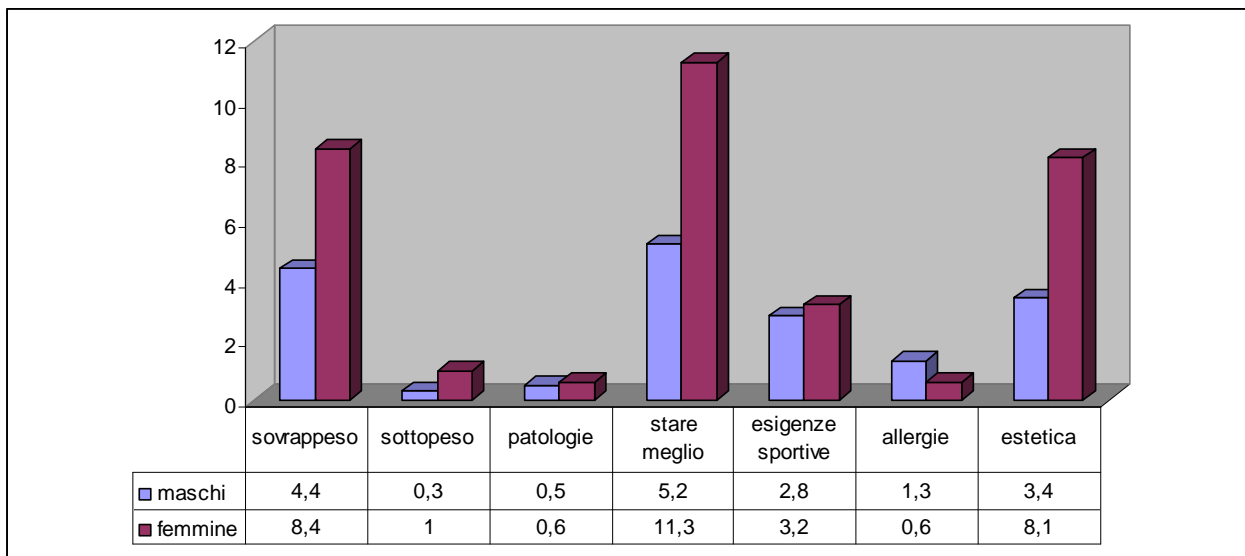
Graf. 3.2 – Faccio sport



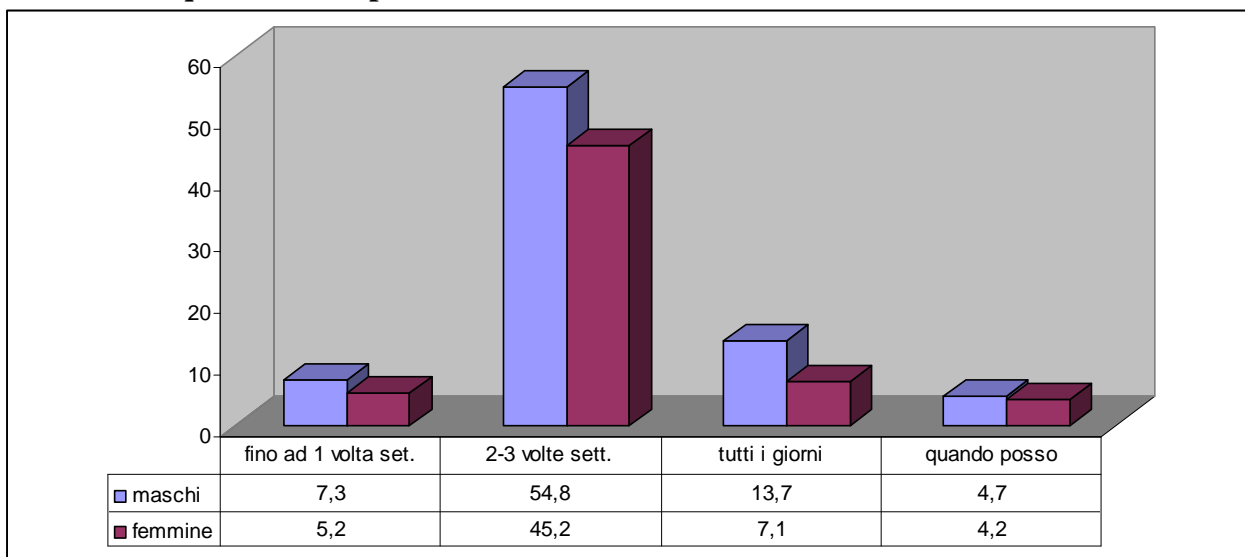
Ancora una volta il genere si dimostra una variabile interessante da analizzare, rispetto gli stili di vita degli adolescenti. L'attenzione alla corporeità, così fondamentale in adolescenza, probabilmente si esplicita in modo differente per i ragazzi che si dedicano, in misura maggiore rispetto alle ragazze, allo sport (Graf. 3.1: 77,8% vs. 61,3%), mentre queste preferiscono seguire una dieta alimentare (Graf. 3.2: 14,8% vs. 8,3%).

Le differenze tra maschi e femmine sono evidenti nelle motivazioni che adducono dei propri comportamenti alimentari (Graf. 3.3): le adolescenti seguono una dieta soprattutto per motivi estetici (8,1% vs. 3,4%), perché si sentono in sovrappeso (8,4% vs. 4,4%) e per stare meglio (11,3% vs. 5,2%). Allo stesso tempo, le ragazze ritengono di migliorare il proprio aspetto fisico mettendosi a dieta piuttosto che fare attività sportiva, la cui frequenza è indubbiamente maggiore per i ragazzi (Graf. 3.4): il 68,5% dei maschi sta in movimento dalle 2 volte settimanali a tutti i giorni contro il 52,3% delle coetanee.

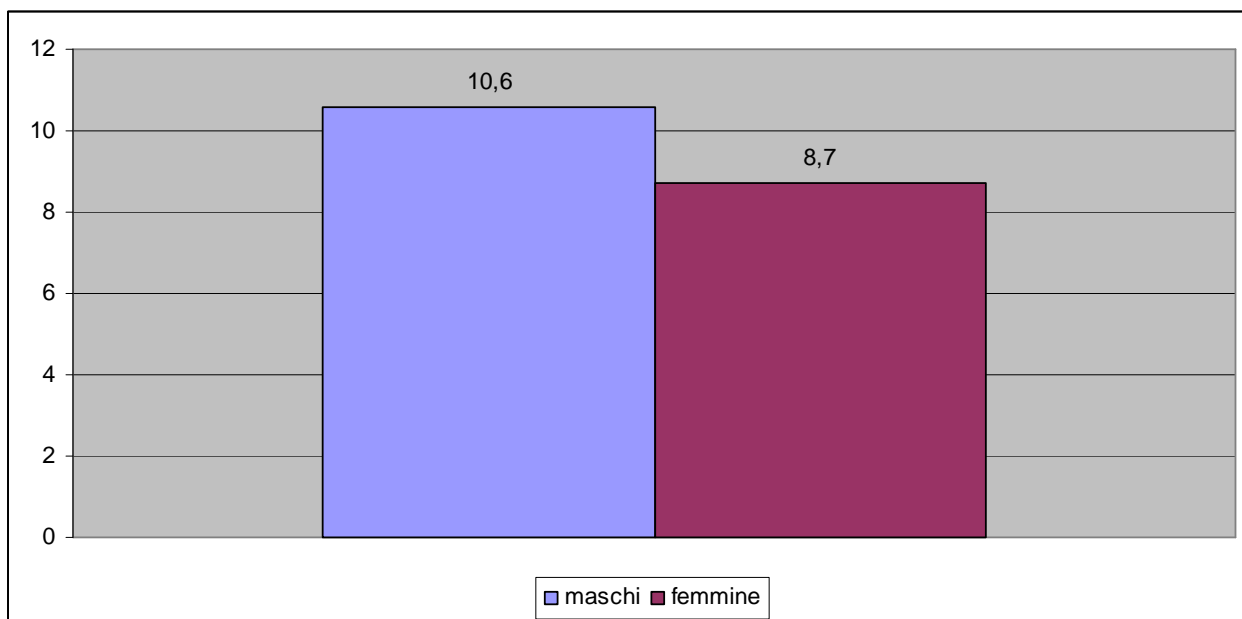
Graf. 3.3 – Motivi della dieta



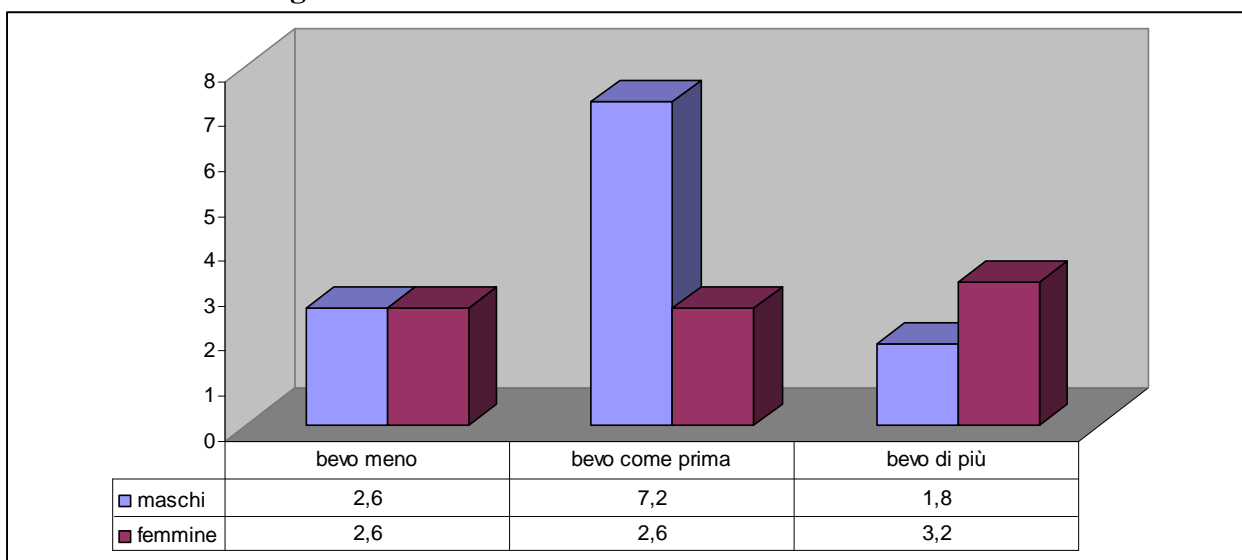
Graf. 3.4 Frequenza nello sport



Graf. 3.5 Bevo alcolici



Graf. 3.6 Abitudine agli alcolici



Anche se è leggermente spostata sui maschi, la prossimità alle bevande alcoliche è registrabile per 1 adolescente su 10 (Graf. 3.5). Se riflettiamo sul fatto che il nostro campione è di 15 anni non possiamo ritenere che sia una percentuale trascurabile soprattutto entrando nel merito della frequenza (Graf. 3.6): il 7,2% dei maschi beve come prima (e quindi ha iniziato a consumare alcolici intorno ai 12 - 13 anni probabilmente) e l'1,8% dei ragazzi e il 3,2% delle ragazze dichiara di avere più occasioni di assumere alcolici.

Riportiamo un articolo dalla cronaca di Ferrara in Estense.com del 6 novembre 2013 *Student's party, alcol e sedicenni in ospedale.*

“Che l'abuso di alcol fra i minorenni sia un fenomeno ormai acclarato e in preoccupante crescita lo confermano i dati. Ma che tale fenomeno sia fonte di speculazione e profitto per alcuni locali non è affatto dimostrato, almeno fino a quando seri controlli non porteranno alla luce quanto alcune “coincidenze” farebbero sospettare. Coincidenze, ad esempio, che parlano di ambulanze all'esterno di “student's party” organizzati in locali della città per studenti delle scuole superiori, con giovani di 16 e meno anni portati al pronto soccorso dell'Ospedale di Cona per intossicazioni da abuso di sostanze alcoliche.”

Proprio un lettore di Estense.com, genitore di uno di questi giovani partecipanti a serata che promettono “buffet e bere illimitato” (non specificando se si tratta di bevande analcoliche o meno, ma tant’è), aveva segnalato con una lettera al direttore la situazione che gli si era parata davanti agli occhi nell’andare a prendere la figlia e le sue amiche: ragazzi, tutti minorenni vista la caratteristica della festa in questione, inequivocabilmente brilli all’uscita del “party”. Una breve verifica al pronto soccorso è bastata a svelare che quella sera, tra il 31 ottobre e il 1° novembre, le ambulanze del 118 si sono dovute portare all’esterno di quel locale per ben due volte, e non certo per studenti semplicemente “brilli”, bensì per intossicazioni da codice verde (non gravi, ovvero non da coma etilico, per intenderci): la prima attorno a mezzanotte e 30, per un ragazzo minore di 16 anni, la seconda attorno all’una per un altro giovane di 16 anni, anch’egli maschio. Entrambi hanno trascorso qualche ora su una barella del pronto soccorso di Cona a smaltire la sbornia, per poi essere riportati a casa dai rispettivi genitori.

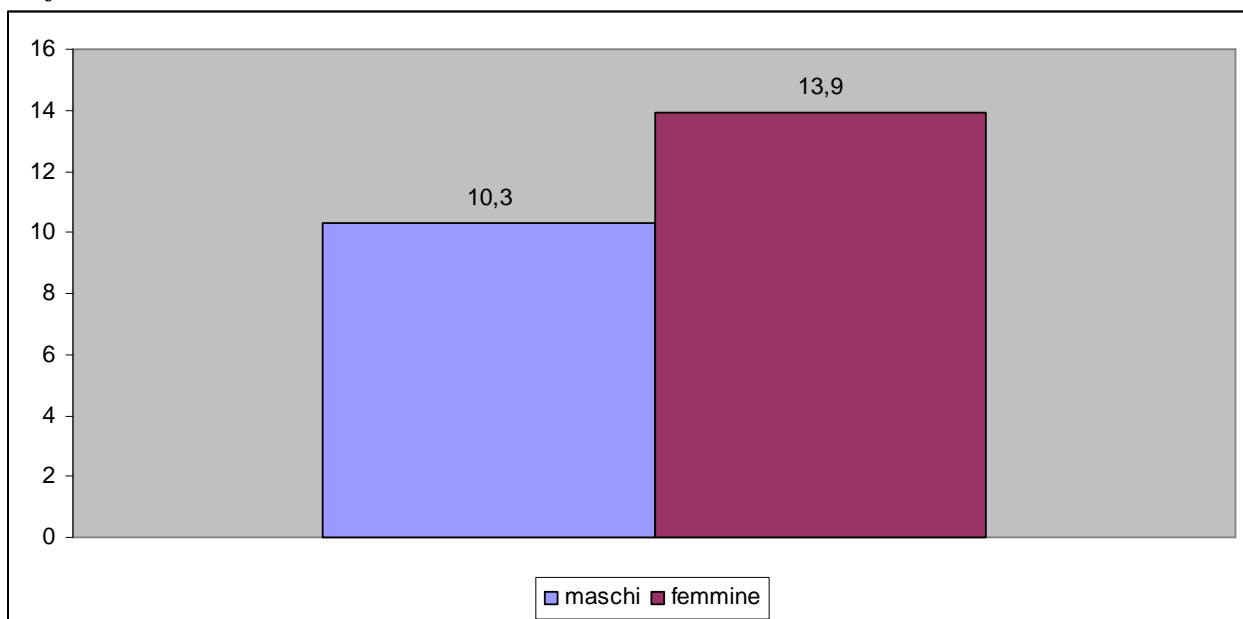
Il fenomeno dello “sballo” con alcol fra minorenni, come detto, è un fenomeno confermato dai dati anche a Ferrara. Una ricerca recente del Sert, divenuta tesi di laurea, ha mostrato cifre di crescita esponenziale assai preoccupanti che meriterebbero massima attenzione. Dal 2004 al 2008, infatti, gli accessi di minori al pronto soccorso dell’ospedale di Ferrara per intossicazioni alcoliche, più o meno acute, sono risultate sempre più numerose: nessun caso nel 2004, 3 nel 2005, per arrivare a 8 nel 2007 e a 13 nel 2008. Si può ben supporre, in mancanza di statistiche, che negli anni successivi, visto il trend e le “mode” del momento, tale fenomeno sia cresciuto costantemente e che rappresenti solo la punta di un iceberg di ben più grandi dimensioni. “Mode” che rivelano, ad esempio, come l’assumere sostanze alcoliche e risultare alterati sia divenuto fra i giovani persino una sorta di “status symbol”, al punto da indurre alcuni minorenni maschi – come riferito ai genitori da ragazze coetanee – a fingersi addirittura ubriachi per fare colpo.

Accanto a chi finge, purtroppo, c’è anche chi fa sul serio e parecchio, come dati e circostanze confermano. Affrontare il problema significa fare altrettanto sul serio in termini di prevenzione e informazione, da parte delle famiglie e delle istituzioni, ma non meno sul versante della legalità. La responsabilità è affidata anche a quei locali che puntano sugli “student’s party” per riempire le serate, ai quali è bene ricordare che la vendita di alcolici ai minori è vietata dalla legge. La stessa Confesercenti di Ferrara, sul proprio sito, ha chiarito molto agli stessi commercianti- esercenti in merito all’interpretazione delle leggi in materia, che hanno introdotto il divieto di vendita di bevande alcoliche a minori, stabilendo l’applicazione della sanzione amministrativa pecuniaria da 250 a 1000 euro a chiunque venda bevande alcoliche ai minori di anni 18. se il fatto è commesso più di una volta si applica la sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 2000 euro, con la sospensione dell’attività per tre mesi.

“Prudenzialmente – spiega la Confesercenti ferrarese – l’ufficio legislativo della Confesercenti Nazionale ha affermato che la norma deve intendersi da applicare sia agli esercizi di vendita (esercizi commerciali di qualsiasi dimensione e tipologia) che di somministrazione di alimenti e bevande, con efficacia dall’11 novembre 2012, giorno di entrata in vigore della legge n.189. Ciò sebbene l’art.689 del codice penale già preveda l’arresto fino ad un anno per chiunque somministri bevande alcoliche a minori di anni 16”.

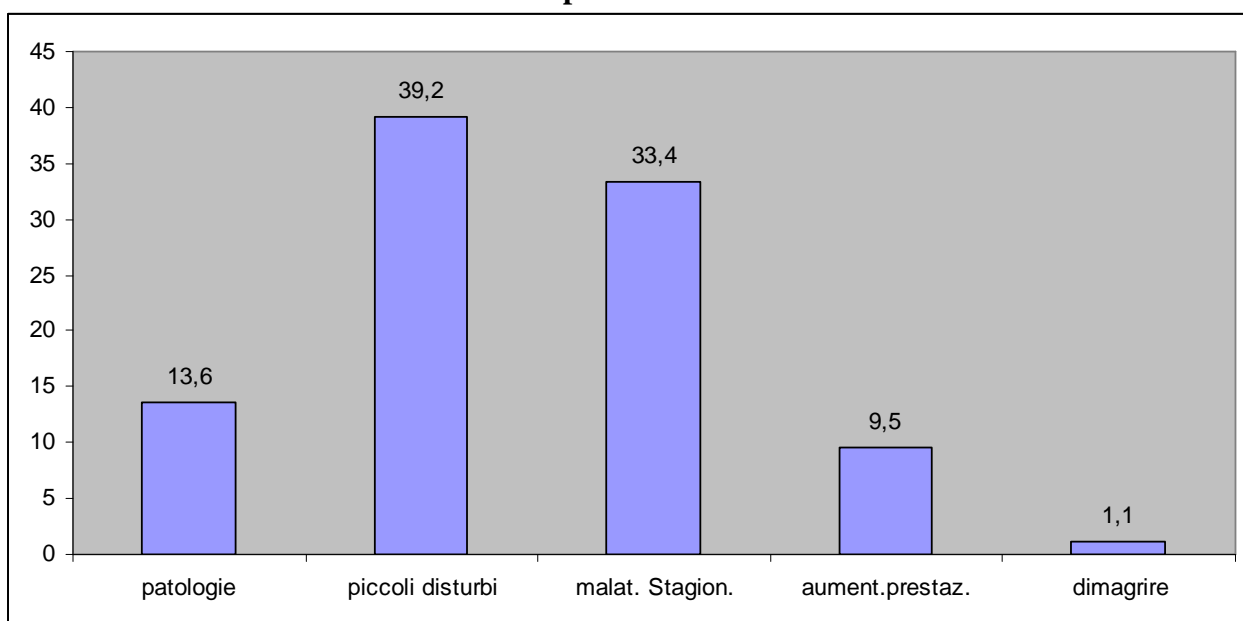
Interpretazione prudenziale, quella della Confesercenti, che ha trovato conferma dal Dipartimento delle P.S del Ministero dell’Interno che, interpellato in merito, ha specificato che “secondo l’interpretazione che pare più aderente allo spirito ed al tenore delle nuove disposizioni, la vendita per il consumo sul posto (somministrazione) di bevande alcoliche è sanzionata ai sensi dell’art.689 cod. pen., se eseguita nei confronti di minori di 16 anni, ai sensi del nuovo art. 14-ter della legge 30.3.2001, n.125, se eseguita nei confronti di minori di età compresa tra i 16 e i 18 anni; tale ultima disposizione si applica anche alla vendita di alcolici per asporto ai minori di qualunque età”.

Graf. 3.7 – Fumo



Sul fumo da tabacco, c'è un trend in aumento delle giovani fumatrici, allineandosi ai dati della popolazione adulta dove le donne che fumano abitualmente si stanno quasi equiparando ai fumatori. Nel graf. 3.7 si evince che il 13,9% delle quindicenni ferraresi e il 10,3% dei coetanei fuma quotidianamente (una scarsa e non significativa percentuale del campione ha dato anche informazione sul numero di sigarette).

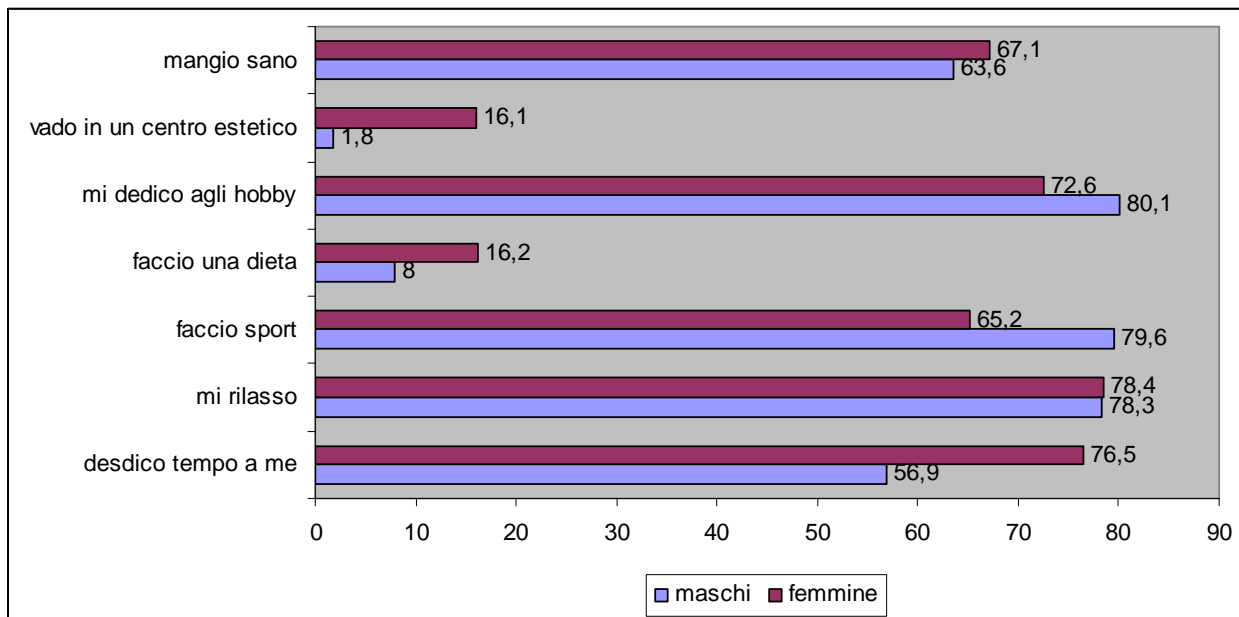
Graf. 3.8 – Assumi o hai assunto farmaci per...



Almeno qualche volta la stragrande maggioranza dei ragazzi ha assunto dei farmaci (graf. 3.8) per piccoli disturbi (39,2%) o per malattie stagionali (33,4%). Del campione fa parte anche un 13,6% di adolescenti che segue una terapia farmacologica per patologie e, difatti, nella frequenza ha indicato "tutti i giorni", anche se non abbiamo rilevato la tipologia di malattia. È da segnalare che quasi 1 quindicenne su 10 (9,5%) assume farmaci per aumentare la prestazione, probabilmente sportiva, e questo indubbiamente pone il problema di quanta prossimità abbiano i giovani con il doping o anche solo con il potenziamento muscolare. Analizzando le risposte in merito alle

persone dalle quali hanno avuto il consiglio di quel tipo di assunzione troviamo: il medico (32,3%), i genitori (14,9%), i farmacisti (2,6%). Solo l'1,2% del campione si è fatto dare suggerimenti da amici o tramite internet e quindi è probabile che la farmacologia finalizzata all'aumento della prestazione sia nota anche ai genitori.

Graf. 3.9 – Per fare una vita più sana cosa fai?



I ragazzi intervistati fanno alternativamente differenti cose nella loro vita per essere più sani (graf. 3.9) ma sicuramente alcune attività sono appannaggio femminile e altre prettamente maschili. Tra le prime rientrano: dedicare tempo a sé (76,5% vs. 56,9%) e curare l'alimentazione (67,1% vs. 63,6%) se non addirittura seguire una dieta (16,2% vs. 8%). Dall'altro lato, invece, sono ricomprese nelle azioni di tipo maschile: fare sport (79,6% vs. 65,2%) e dedicarsi ai propri hobby (80,1% vs. 72,6%).

Queste differenze di genere sono molto generalizzabili in adolescenza in quanto ragazzi e ragazze hanno un approccio diversificato al tempo libero, alla quotidianità e ai rapporti interpersonali con i pari, che mettono in evidenza gli aspetti diversi nella crescita identitaria.

“Oltre all'approccio genetico - evolucionistico sulla differenza tra uomini e donne, vi è quello centrato sulla socializzazione, secondo il quale lo sviluppo psicologico è influenzato in modo determinante dall'interazione tra gli individui e l'ambiente culturale in cui vivono. Nello specifico, tale approccio enuclea gli aspetti preponderanti dell'influenza socio – culturale sull'individuo:

- esistono messaggi culturali diversi, potenzialmente a disposizione del maschio e della femmina;
- le risposte che i genitori danno ai propri figli e le attività che favoriscono o censurano, si differenziano a seconda del sesso dei bambini;
- perdurano spesso categorizzazioni cognitive ed emotive mediante le quali gli insegnanti e gli educatori trattano ragazzi e ragazze;
- spesso si rilevano atteggiamenti e pregiudizi in base ai quali i gruppi di coetanei emarginano e criticano i compagni che si comportano in modi non ritenuti appropriati al genere di appartenenza;
- i mass media usano in tutte le forme di spettacolo messaggi stereotipati

Secondo la teoria dell'apprendimento sociale l'acquisizione di certi comportamenti avviene per osservazione o per imitazione di modelli, per cui la prestazione di un bambino o di una bambina rispetto a un compito assegnato, è influenzata dalla percezione del compito stesso come appropriato al proprio genere o dell'altro. Su questa base si consolidano gli stereotipi di genere” [Lo specchio delle donne, a cura di Osservatorio Adolescenti, 2010].

PAURA DELLE MALATTIE?

A fine 2010 sono stati diffusi i risultati di una ricerca internazionale sui servizi sanitari denominata *Bupa Health Pulse* realizzata dalla London School of Economics. Quest'indagine che ha coinvolto 12000 persone in tutto il mondo – più di 1000 italiani – ha analizzato gli atteggiamenti e le percezioni delle malattie croniche in 12 nazioni (Australia, Brasile, Cina, Francia, Germania, India, Italia, Messico, Russia, Spagna, Regno Unito, USA). Nello specifico dei risultati evinti nel nostro paese, gli aspetti più significativi sono:

- la maggioranza degli italiani conduce uno stile di vita scorretto;
- il 54% ammette di fare attività fisica solo per un'ora (o anche meno) alla settimana;
- più di 7 italiani su 10 (71%) bevono alcolici;
- il 30% fuma.

Nel contempo, l'86% degli intervistati dichiara la propria preoccupazione di sviluppare in futuro una malattia cronica, oltre un terzo (37%) teme il cancro e solo l'8% ha timore di incorrere in patologie cardiache o nel diabete.

“Questi dati inducono alcune riflessioni. Il lavoro che deve essere fatto intermini di prevenzione è ancora tanto; deve crescere la consapevolezza che la principale causa di morte sono le malattie cardiovascolari e che con un corretto stile di vita, con il controllo dei fattori di rischio si può dimezzare la mortalità per malattie cardiovascolari.

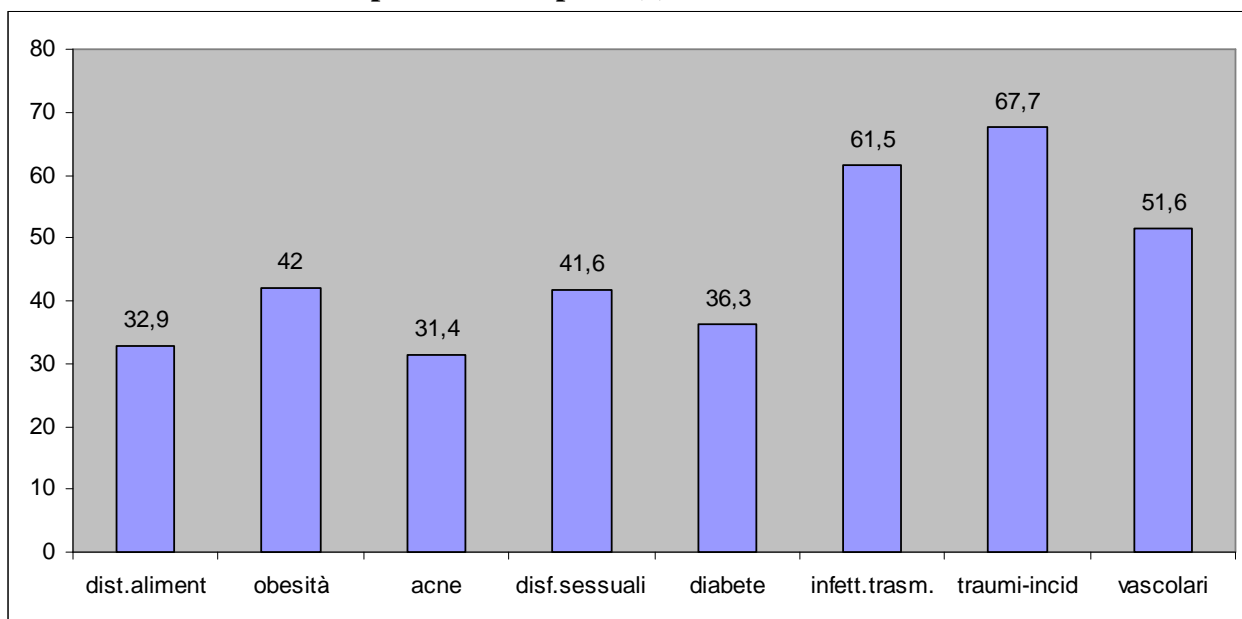
Le malattie croniche sono la causa principale di morte e disabilità in tutto il mondo e causano il 60% di tutte le morti. Il peso economico di queste malattie è notevole, anche alla luce dei costi di assistenza e della perdita di produttività. Quello che preoccupa è che molte di queste malattie si possono prevenire. Sappiamo dalla ricerca che l'attività fisica è uno dei cambiamenti dello stile di vita più efficace per ridurre il rischio di sviluppare condizioni patologiche a lungo termine. Quasi un terzo delle malattie cardiovascolari (30%) e più di un quarto dei casi di diabete (27%) potrebbero essere evitati se tutti cominciassero a fare attività fisica”. [Julien Forder, ricercatore superiore della London School of Economics].

Le cause dello scorretto stile di vita adottate dal campione sono imputate alla mancanza di tempo e di motivazione.

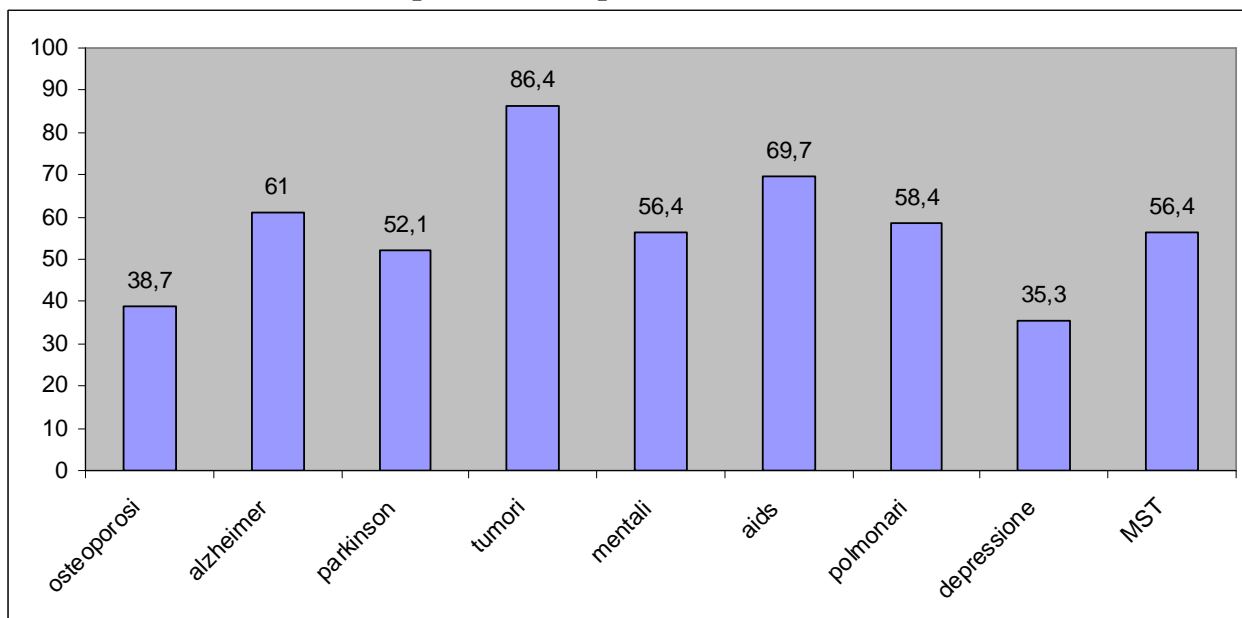
Se è vero che questi dati riguardano la popolazione generale, negli adolescenti ferraresi tuttavia si confermano alcune tendenze rispetto alla conduzione di uno stile di vita poco improntato all'attività fisica (soprattutto le ragazze) e all'alimentazione sana (soprattutto per i ragazzi). Ed esattamente come sottolineato dalla sopracitata ricerca internazionale, anche i giovanissimi confermano lo scollamento tra comportamenti e atteggiamento: si conduce uno stile di vita non sempre corretto (bere alcolici, fumare, muoversi poco) e contemporaneamente si è molto spaventati dalle malattie.

Analizzando le risposte dei giovanissimi del nostro campione si evidenzia il parallelismo con la popolazione adulta nel dichiarare (graf. 4.1 bis) di avere maggiormente timore dei tumori (86,4%).

Graf. 4.1 – Malattie che ti spaventano di più...(1)



Graf. 4.1 bis - Malattie che ti spaventano di più...(2)



Gli adolescenti ferraresi sono spaventati anche dall'imprevedibilità di subire traumi o essere coinvolti in incidenti (67,7% graf. 4.1) oltre che dall'AIDS (69,7% graf. 4.1 bis), malattia della quale non si parla più moltissimo ma che evidentemente è ancora molto presente nel pensiero dei giovani. È importante notare che il campione dichiara timori per patologie che, in realtà, sembrerebbero molto lontane dal loro vissuto quotidiano come l'alzheimer (61% graf. 4. 1 bis).

Una più bassa percentuale, pari al 58,4% (graf. 4.1 bis) di ragazzi manifesta la propria paura per le malattie polmonari, nonostante queste siano estremamente pericolose, colpendo in modo mortale 40 mila italiani all'anno.

Nell'ottobre 2013 sono stati presentati i dati relativi all'incidenza delle patologie respiratorie nel congresso nazionale AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) a Verona, connotandosi come terza causa mortale in Italia, dopo le malattie cardiovascolari e i tumori. Secondo il Ministero della Salute le morti per malattie polmonari è pari al 7% - in valori assoluti 40 mila decessi l'anno - e colpiscono con una frequenza simile uomini e donne.

“La salute respiratoria dei cittadini viene sottoposta a sfide continue e crescenti abitudini individuali come erronei stili di vita (fumo, sedentarietà, etc.) e per condizioni ambientali come l’inquinamento atmosferico urbano, dei luoghi di lavoro, delle abitazioni, e come i nuovi flussi di spostamenti di masse sempre maggiori di popolazione. Il nostro congresso vuole lanciare un messaggio positivo per la possibilità di continua trasmissione tra la ricerca scientifica e l’applicazione sanitaria in un modello che vede la scienza e l’organizzazione sanitaria al servizio dei cittadini per migliorarne la qualità di vita, incoraggiandoli nel tempo stesso ad una partecipazione attiva nella difesa della propria salute mediante l’adozione di stili di vita più sani. L’invecchiamento della popolazione nei paesi occidentali può diventare in questa prospettiva un’opportunità invece di un mero “carico assistenziale”.

(...) Smettere di fumare, avere un’alimentazione equilibrata e svolgere attività fisica regolare sono i principi da seguire secondo l’OMS per prevenire le malattie cardiovascolari, respiratorie, ma anche i tumori. L’attività fisica regolare è sicuramente il “farmaco più potente” perché durante l’esercizio i polmoni portano ossigeno al sangue favorendo l’ossigenazione di tutti i tessuti” [intervista ad Andrea Rossi, Presidente AIPO su www.quotidianosanità.it].

“Ogni giorno siamo letteralmente bombardati da informazioni apocalittiche su ciò che avviene nel mondo. La novità però, è che queste informazioni vengano ricevute e interiorizzate dall’opinione pubblica esattamente come viene recepita la crisi. In altri termini: veniamo a conoscenza delle catastrofi e delle minacce attraverso una serie di informazioni diffuse dai media; e regolarmente l’opinione pubblica si inquieta e grida allo scandalo, facendo aumentare la paura, che diventa sempre più generalizzata. Ma, a poco a poco, anche se continua a costituire una minaccia, la catastrofe smette di essere “attualità”, o passa in secondo piano grazie all’arrivo di una nuova minaccia... E’ così che le nuove minacce vengono accettate, diventando parte integrante dell’orizzonte normale, o perlomeno normalizzato, della nostra quotidianità.

(...) Questo significa semplicemente che il divenire del mondo e della vita, a partire dalla sua esteriorità assoluta, tesse la trama interiore delle nostre vite del nostro inconscio. Per tale ragione immaginare dei bambini o degli adolescenti astratti che sviluppano i loro conflitti psicologici indipendentemente da qualsiasi influenza esterna, immaginare cioè degli esseri umani “impermeabili” che si preoccupano dei loro piccoli segreti e non del divenire della vita, significa pensare in termini poco razionali, ma soprattutto non farsi carico fino in fondo del compito che ci siamo assunti”

[M. Benasayag - G. Schmit, L’epoca delle passioni tristi, Feltrinelli, 2013]

Una ancora più piccola parte del campione, rispetto a coloro che si sono dichiarati spaventati dalle malattie polmonari, pari al 51,6% (graf. 4.1), sottolinea il timore per le patologie cardiovascolari, allineandosi ai dati nazionali.

In uno studio del 2002 si evinceva che gli adolescenti italiani non conoscono le malattie del cuore. Nella fattispecie, si è trattato di un sondaggio realizzato nelle scuole medie superiori italiane in occasione della campagna “Alla scoperta del corpo umano”, promossa da quattro società scientifiche e patrocinata dal ministero della Pubblica Istruzione con il contributo Pfizer Italia.

L’edizione del 2002 della campagna, con il titolo di “Una questione di cuore” ha coinvolto circa 10 mila studenti di età compresa fra i 13 e i 19 anni, mettendo in luce le conoscenze degli adolescenti relative ad argomenti che riguardano il sistema cardiovascolare, il suo funzionamento, le patologie ad esso connesse e gli stili di vita corretti ed errati.

“Malgrado le malattie cardiache siano attualmente la prima causa di morte e invalidità nei paesi occidentali (solo in Italia circa 250 mila persone all’anno muoiono a causa di problemi cardiocircolatori), i giovani che hanno partecipato all’indagine, condotta da GPF&Associati, dichiarano di temere prevalentemente il cancro (54%) e l’AIDS (24%). Solo l’1% degli intervistati dichiara di aver paura delle malattie cardiovascolari come l’infarto e l’angina pectoris. Il 59% non

conosce la definizione di infarto; il 67% non ha mai sentito parlare di coronaropatia; il 63% non conosce l'angine pectoris.

Questa scarsa attenzione alle malattie del sistema cardiovascolare dimostra come sia necessario lavorare con passione per educare i giovani a conoscere le reali dimensioni del problema, i fattori di rischio di queste malattie e per stimolarli ad adottare stili di vita appropriati sin dalla giovane età". [Rodolfo Paoletti, Presidente della Fondazione Italiana per il Cuore, su www.staibene.it]

Nelle risposte alla domanda di quale malattie intimoriscono maggiormente, le differenze di genere, che abbiamo già più volte sottolineato essere un filo conduttore dell'indagine, sono significative su alcune patologie: i disturbi alimentari (è preoccupato il 40,3% delle femmine contro il 26,9% dei maschi), l'obesità (49% delle ragazze contro il 36,4% dei ragazzi) e la depressione (42,6% femmine vs. 29,5% maschi).

L'OMS ha avvertito e affrontato la situazione di allarme rappresentata dalla depressione che è una patologia molto diffusa nella popolazione e cui effetti in termini di costi soggettivi e sociali (abuso di farmaci, ricoveri, assenze dal lavoro e dalla scuola, interruzione di attività produttive, suicidio, etc.) sono molto alti.

In una capillare ricerca della Regione Campania, curata da Elvira Reale dal titolo "Maschio e femmina: i principali fattori di rischio nell'adolescenza", si trova un excursus molto puntuale, anche se datato, sui fattori di rischio della depressione, nel quale si evidenzia la significatività della variabile "appartenenza di genere". L'analisi della letteratura sull'argomento parte dal documento "Psychosocial and Mental Health Aspect of Women's Health" elaborato dall'OMS in collaborazione con il "Key Centre of Women's Health in Society" di Melbourne, nel quale si evidenzia che il numero di donne con disturbi mentali è maggiore di quello degli uomini, affermando, inoltre, che quello della salute mentale è uno dei problemi d'area più importanti per esse e, all'interno di quest'area, la depressione è la patologia di maggior rilievo.

Gli studi epidemiologici, svolti a fine anni '90 – inizio 2000, mettono in evidenza che la percentuale di donne che hanno sofferto di depressione in periodi della loro vita varia dal 2% al 25% e la differenza dell'incidenza della depressione tra uomini e donne si rende evidente già nell'adolescenza.

"Conferme, sull'alta prevalenza della depressione delle donne adulte e adolescenti, provengono anche da numerosi ricercatori che si sono occupati delle differenze di genere nelle sindromi psichiatriche.

Tra questi citiamo Susan Nolen Hoeksema che ha analizzato uno studio condotto nell'80 dal National Institute of Mental Health su 9453 persone in tre città degli Stati Uniti alle quali era stata somministrata la "Diagnostic Interview Schedule".

Dai dati risulta che la percentuale di donne, con una diagnosi di depressione emessa nei sei mesi precedenti la somministrazione dell'intervista, è più alta (4%) di quella degli uomini (1,7%) al di là dei soggetti intervistati. La Nolen aggiunge che la differenza rispetto al sesso, per quanto riguarda i sintomi depressivi, non emerge nell'infanzia e nella preadolescenza.

Nell'adolescenza, invece, la variazione di genere diventa significativa: la percentuale di ragazze con depressione risulta più alta rispetto a quella dei coetanei maschi. Da altre ricerche su campioni di preadolescenti la percentuale dei maschi rispetto a quella delle femmine risulta più alta, in relazione ai disturbi depressivi. I risultati di una ricerca condotta da Anderson e colleghi nell'87 su 792 ragazzi (maschi e femmine) di undici anni mostrano che al 2% dei maschi e solo allo 0,5% delle femmine corrispondeva una diagnosi di depressione. Questa proporzione cambiava in senso inverso per i soggetti adolescenti: su un campione di 150 ragazzi dai 14 ai 16 anni gli stessi ricercatori rilevarono solo il 2,7% dei maschi depressi contro il 13,3% delle femmine.

L'anno precedente queste ricerche, Kandel e Davies (1986) in uno studio su 762 adolescenti dai 15 ai 16 anni, avevano trovato che il 23% delle ragazze e solo il 10% dei ragazzi riportava sintomi depressivi a livello moderato e/o severo.

Ripartiamo altri dati sulla prevalenza della depressione nell'adolescenza, forniti dal Report 1999 on Mental Health della direzione del Servizio Sanitario Pubblico degli USA (Surgeon General, 1999):

Depressione Maggiore: si arriva ad una prevalenza in un anno dell'8,3%

Disordine Distimico: la prevalenza è stata stimata del circa 3%.

Nel rapporto si segnala, inoltre, una eguale distribuzione di frequenze sia per i maschi che per le femmine durante l'infanzia fino alla preadolescenza mentre si raddoppia per le ragazze a partire dai 15 anni di età.

Risultano in linea con quest'affermazione gli studi di Hawkin e Abramson (1999) del Dipartimento di Psicologia dell'Università del Wisconsin (USA). Essi sottolineano uno sviluppo delle differenze di genere nella depressione dei bambini e degli adolescenti e affermano che la differenza di genere (più ragazze che ragazzi depressi) appare emergere distintamente con la pubertà.

In un recentissimo lavoro condotto presso il Dipartimento di Psichiatria dell'università Pittsburg (USA) sui tassi di Depressione Maggiore in fasi diverse dell'adolescenza si afferma che i ragazzi in età prepuberale sono più inclini alla depressione rispetto alle loro coetanee. Durante l'adolescenza avviene invece un marcato cambiamento: tra gli 11 e i 13 anni questa tendenza si inverte. Intorno ai 15 anni d'età le ragazze che hanno avuto un episodio di Depressione Maggiore sono circa il doppio rispetto ai maschi e questo "gap di genere" persiste per successivi 35 - 40 anni.

Altri studi epidemiologici condotti di recente in Norvegia sulla prevalenza e l'età di esordio dei disordini psichiatrici confermano che la depressione e l'ansia prevalgono nelle donne (donne 21.5% - maschi 11.5%) e che l'età di esordio si è abbassata. Pancheri nel suo volume "Depressione: cento domande cento risposte" riporta dati di studi epidemiologici sulla depressione che indicano una maggiore frequenza della patologia nelle donne rispetto agli uomini. Questa distribuzione riguarda le due forme di depressione più comuni: la Distimia e la Depressione Maggiore.

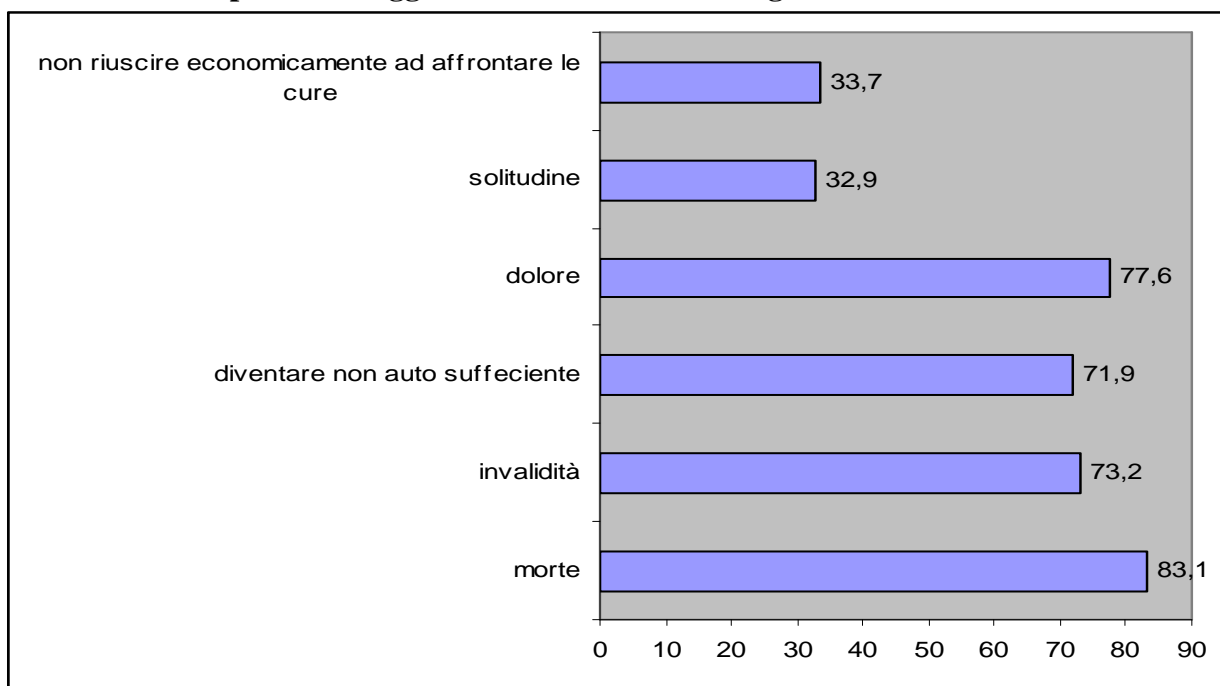
In particolare risulta che la Distimia compare nelle donne con una frequenza due o tre volte superiore rispetto a quello degli uomini e che la Depressione Maggiore si manifesta con un rapporto donne - uomini pari a 2:1.

Questi dati concordano con quelli forniti dalla *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV) in cui si afferma che "le donne hanno probabilità doppia rispetto agli uomini di sviluppare un Disturbo Distimico" e che "la prevalenza del Disturbo Depressivo Maggiore in campioni di comunità varia dal 5 al 9% per le donne e dal 2 al 3% per gli uomini.

Da questi studi risulta inoltre che l'adolescenza è in generale una fase di vita in cui un soggetto ha maggiore probabilità di sviluppare un disturbo depressivo e che il primato in relazione alla frequenza dei disturbi depressivi spetta alle donne non solo in età adulta ma anche in età adolescenziale.

Nel DSM IV si legge in fatti che il "Disturbo Depressivo Maggiore" (singolo o ricorrente) è due volte più comune nelle femmine adolescenti e adulte che nei maschi adolescenti e adulti" [articolo di Vittoria Sardelli in E.Reale (a cura di), Maschio e femmina: i principali fattori di rischio nell'adolescenza, Regione Campania]

Graf.4.2 – Cosa spaventa maggiormente in una malattia grave



La morte (83.1%) e il dolore(77.6%) sono gli aspetti in una grave malattia (Graf.4.2) che fanno più paura ai ragazzi, a prescindere dal genere, mentre la solitudine (32.9%) e l'impossibilità di affrontare dal punto di vista economico le cure (33.7%) sono percepite come eventualità lontane. È probabile che i quindicenni intervistati abbiano avuto occasione di misurarsi con la malattia di qualche parente e che quindi abbiano vissuto da vicino quelli che sono gli ultimi passaggi fino alla morte, mentre siano rimasti più all'oscuro di tutto quello che entra nel decorso, ovvero il senso di solitudine, le cure, talvolta la progressiva invalidità che così spesso fanno parte del corollario di patologie molto gravi.

Il professor Gustavo Pietropolli Charmet, psichiatra e docente universitario, profondo conoscitore ed esperto del pianeta adolescenza, in una conversazione nell'ambito del convegno "La parola e la cura" del 2013, organizzato dall'Istituto di counselling sistemico Change, ha analizzato le modalità degli adulti nell'affrontare il tema della morte con gli adolescenti.

Domanda: come parlano della morte gli adolescenti con gli adulti?

Charmet: nonostante il pensiero della morte sia un appuntamento presso che ineludibile del processo di crescita adolescenziale, il contesto educativo e socioculturale attuale non consente agli adolescenti di parlare della morte con gli adulti.

In base a ricerche eseguite con questionari distribuiti nelle scuole e deputati proprio ad intercettare fantasie, ideazioni suicidarie o comunque propensione alla morte rispetto alla propensione alla vita, circa 20 ragazzi su 100 dichiarano che nel corso dell'ultimo anno hanno frequentato il regno della morte con fantasie, progetti o addirittura con comportamenti di tipo suicidario passati inosservati dal mondo degli adulti, con i quali non ne hanno mai fatto parola.

Domanda: da cosa può dipendere una simile totale mancanza di comunicazione tra adolescenti e adulti su di un argomento così importante coinvolgente?

Charmet: sono in gioco due diversi fattori innanzi tutto in adolescenza l'ideazione relativa alla morte ha delle caratteristiche drasticamente narcisistiche e avviene dentro lo spazio privato e segreto del sé; in secondo luogo gli adulti hanno una straordinaria difficoltà a identificarsi col dolore degli adolescenti e quindi non danno cittadinanza di parola ai pensieri relativi alla morte, perché hanno l'impressione che parlare della morte e in particolare della morte volontaria sia rischioso in quanto può istigare al suicidio

Domanda: quando avviene che gli adulti riescano a parlare di morte con gli adolescenti, sono poi preparati a rispondere alle loro fantasie di morte?

Charmet: no, assolutamente no: perché l'idea che prevale è che non sia il caso di affrontare davvero un tema come la morte, che pure in adolescenza è all'ordine del giorno. Gli adolescenti si chiedono: "perché si nasce se poi si deve morire?" oppure: "che senso ha la vita dal momento che si muore?"; qui si parla del senso della vita dopo la catastrofe della scoperta della propria mortalità. Sono questioni che riguardano da vicino i genitori, eppure per gli adulti è difficile accettare di parlare o ipotizzare che se ne possa parlare, proprio perché prevale il pregiudizio che parlarne significa istigare.

Domanda: ma quando i ragazzi si trovano davanti a una morte reale, per esempio un parente o coetaneo, quando insomma vedono la morte, come la affrontano, visto che gli adulti non riescono a parlarne?

Charmet: in realtà la vedono molto poco: l'occultamento della morte nella nostra società è drastico. Io sono cresciuto direi quasi vegliando cadaveri, perché da ragazzino si moriva in casa e il cadavere veniva vegliato per un po'...

Domanda: ..i nonni morti sono i primi cadaveri che abbiamo visto tutti noi della nostra generazione...

Charmet: ... e anche zii, prozii...

Domanda: morire in casa era la norma...

Charmet: si moriva a casa, e il cadavere veniva vegliato giorno e notte, e quindi il cadavere lo si vedeva.

Adesso non è più così: di cadavere non ne vedono molti. Quando muore qualcuno, soprattutto se si tratta di un coetaneo, c'è una passione, un accaparramento della morte coetaneo vissuto come un lutto molto personale, molto ravvicinato. Quindi con un'intensità di cordoglio elevatissima.

Domanda: e quando la morte dell'adolescente è dovuta a suicidio?

Charmet: sono sempre situazioni eccezionali quelle relative al suicidio. Io ho una convenzione con il Ministero dell'Istruzione in base alla quale quando si suicida un ragazzo vado nella scuola al fine di favorire la rielaborazione del lutto per la morte del compagno di scuola, di classe o di banco. L'obiettivo è che venga esecrato il suicidio come soluzione ai problemi della vita.

La situazione è molto complessa, perché in realtà siccome quello che si suicida è sempre "il più bravo, il più bello, il migliore" i ragazzi sono portati a ritenere che il suicidio sia un gesto di coraggio. C'è veramente un grosso lavoro da fare...

Domanda: secondo lei, i comportamenti a rischio tipo le dipendenze, le corse clandestine in auto e altri comportamenti estremi, hanno in qualche modo a che fare con l'immagine della morte dei giovani, degli adolescenti?

Charmet: ci sono ragazzi che sono in grado di simboleggiare la morte, di pensarci, di costruirsi sopra religioni, filosofie significati, nichilismi, ecc. altri invece la agiscono e cioè pensano alla morte attraverso azioni, attraverso sfide, ordalie, offrendo le grandi chance, grandi possibilità che possono batterla.

Domanda: sfidano la morte ma contemporaneamente la temono... è molto diffusa tra gli adolescenti la paura della morte?

Charmet: gli adolescenti si sentono in obbligo di essere audaci e coraggiosi per segnalare la differenza con la paura dei bambini e con la prudenza degli adulti, quindi c'è tutta una fase della vita in cui bisogna dare prove di coraggio, in sostanza sfidare la morte. Apparentemente la sfidano perché si ritengono immortali: in realtà è proprio perché hanno scoperto di essere mortali che hanno bisogno di dimostrare di essere immortali...

Domanda: i mezzi di comunicazione di massa parlano di morte e di morti, però nella vita quotidiana, a casa, a scuola, non se ne parla affatto; si potrebbe fare qualcosa in ambito educativo per rendere questo tema reale e non fittizio tra i ragazzi?

Charmet: sarebbe assolutamente necessario, auspicabilissimo...è un'educazione monca quella che non riesce a parlare della morte. Tutta la dimensione del sacro si apre proprio nell'incontro con la morte, ma anche tutta una serie di comportamenti estremamente gravi e preoccupanti è strettamente legata alla solitudine nella quale sono relegati i ragazzi in occasione dei pensieri sulla morte. Devono proprio vedersela da soli. Inoltre i grandi contenitori culturali che una volta

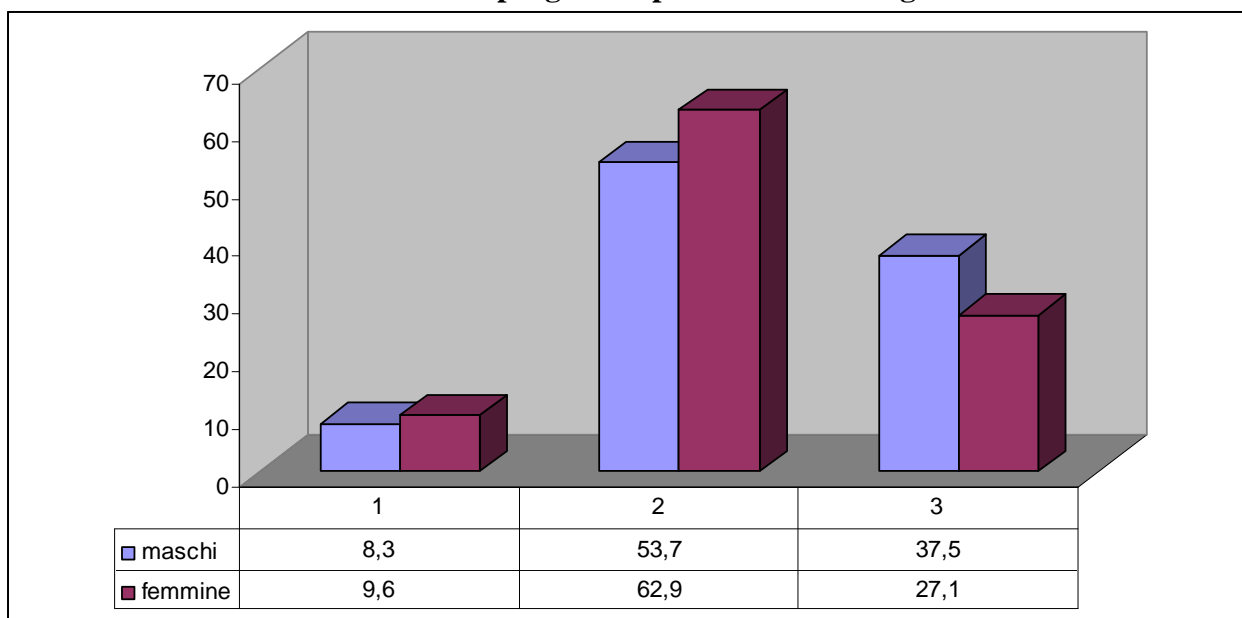
organizzavano la speranza, davano un senso al rito, sono in grandissima crisi: dal marxismo al liberismo; Dio non si è svelato, c'è la crisi del sacro.... Sarebbe quanto mai saggio che l'educazione familiare e scolastica prendessero in seria considerazione l'idea che c'è la morte, c'è il dolore, c'è la malattia e la sofferenza. Ma nella società del narcisismo sarà difficile che questo succeda.

Domanda: molti operatori che lavorano con gli adolescenti che qui a CHANGE incontriamo in occasione di momenti formativi, usano il pericolo della morte come deterrente per convincere gli adolescenti a desistere dai comportamenti a rischio: i risultati sono di solito pessimi. Lei cosa pensa di questa abitudine di usare la minaccia di morte come intervento preventivo?

Charmet: io ho fatto molte esperienze di prevenzione, soprattutto per l'AIDS. Perché quando ho capito che era una minaccia serissima per i ragazzi e la sessualità, ho pensato che davvero dovessimo capire bene come si poteva aiutarli a evitare di contagiarsi nello stadio del piacere e dell'intimità erotica. E quindi sono andato in tantissimi posti per parlare con i ragazzi, e mi sembrava importante dar loro informazioni. Le informazioni riguardavano in genere proprio il rischio di morte; però ho capito che in realtà bisognava battere la strada opposta: quella cioè di arruolarli in una grande campagna ideale in difesa del territorio dell'amore e dell'eros e della salute, e che fargli balenare davanti la morte era un invito a sfidarla.

[www.counselling.it]

Graf.4.3 – Fiducia nella medicina di progredire per combattere le gravi malattie



A fronte delle paure per le gravi malattie, gli adolescenti mostrano di avere buona fiducia nel progresso della medicina (graf.4.3): il 91,2% dei maschi e il 90% delle femmine risponde alla domanda con “abbastanza” e “molta”. Sono più caute le ragazze nell’ottimismo per la capacità medica di migliorare le diagnosi e le cure delle patologie, ma sono tuttavia piuttosto allineate con le risposte date dai coetanei.

Miguel Benasayag e Gérard Schmit nel loro saggio L’epoca delle passioni tristi (Feltrinelli, 2013) definiscono molto bene questo paradosso che l’uomo, e quindi anche il giovane, moderno vive rispetto al progresso della scienza che crea speranza e nel contempo la sfiducia e la delusione verso la stessa, che sembra non contribuire alla felicità.

“Assistiamo, nella civiltà occidentale contemporanea, al passaggio da una fiducia smisurata a una diffidenza altrettanto estrema nei confronti del futuro. Ma si tratta davvero dello stesso futuro? Sicuramente no. Il futuro non è semplicemente ciò che ci capiterà domani o dopodomani, ma ciò che ci distacca dal presente ponendoci, contemporaneamente, in una prospettiva, in un pensiero, in una proiezione... . In sintesi, il futuro è un concetto. Proviamo a chiarire con un semplice esempio. Non più di 40 anni fa tutti pensavamo che, prima o poi, saremmo riusciti a guarire malattie gravi come il cancro. Credevamo con forza che saremo riusciti a “spiegare le leggi della natura”, e quindi a modificare quel che ci sembrava difettoso. Ciò che si ignorava riguardo la malattia era considerato in biologia non ancora conosciuto... . In questa sfumatura del “non ancora” risuonava la speranza e la promessa di una realizzazione futura, di un avvicinamento progressivo alla conoscenza.

(...) L’Occidente ha fondato i suoi sogni di avvenire sulla convinzione che la storia dell’umanità sia inevitabilmente una storia di progresso.

(...) Oggi c’è un clima diffuso di pessimismo che evoca un domani molto meno luminoso, per non dire oscuro... . Inquinamenti di ogni tipo, disuguaglianze sociali, disastri economici, comparsa di nuove malattie: la lunga litania delle minacce ha fatto precipitare il futuro dell’estrema positività a una cupa e altrettanto estrema negatività.

Il futuro, l’idea stessa di futuro, reca ormai il segno opposto, la positività pura si trasforma in negatività, la promessa diventa minaccia. Certo, le conoscenze si sono sviluppate in modo incredibile ma, incapaci di sopprimere la sofferenza umana, alimentano la tristezza e il pessimismo dilaganti. È un paradosso infernale. Le tecnoscienze progrediscono nella conoscenza del reale, gettandoci contemporaneamente in una forma di ignoranza molto diversa, ma forse più temibile, ci rende incapaci di far fronte alle nostre infelicità e ai problemi che ci minacciano”. (p.20)

QUALE PREVENZIONE?

Dal Report 2009 sull'indagine "Attività di ricognizione dei progetti ed interventi di Prevenzione e Promozione della Salute negli adolescenti nelle Regioni italiane", finanziato dal Ministero della Salute, è confortante constatare che in Italia per la salute degli adolescenti si fa molto, in modo forse disomogeneo rispetto alle aree territoriali e con un livello di qualità migliorabile, ma certamente con una ferma determinazione nella ricerca dell'efficacia degli interventi.

In maniera più dettagliata, si è trattato di una sorta di censimento dei progetti in tutte le realtà pubbliche e del privato sociale nelle regioni italiane svolti sotto l'egida della promozione della salute, e con l'obiettivo di *guadagnare salute in adolescenza*.

Questa finalità è anche il titolo del rapporto, coordinato dal DoRS (Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute) della Regione Piemonte, che raccoglie un elenco ragionato di buone prassi di interventi e progetti sulla salute in adolescenza e, in particolare, negli ambiti di: comportamenti alimentari, attività motoria, consumo di droghe e alcol, salute mentale e incidenti stradali. Tali settori sono stati enucleati grazie a uno studio approfondito sullo stato dell'arte relativamente alle teorie e agli approcci interpretativi dell'età evolutiva, che li ha evidenziati come aree prioritarie dove si possono sviluppare comportamenti a rischio.

Negli anni '70 l'adolescenza veniva ritenuta, in letteratura, un periodo di crisi *tout court*, mentre dalla fine degli anni '90 si è venuta a connotare per gli esperti come la fase transitoria in cui si pongono, agli individui, problemi e situazioni nuove alle quali ci si adatta con diverse strategie.

I compiti che i giovanissimi, dai 13 anni in poi, si trovano ad assolvere sono: la ricerca dell'autonomia dalla famiglia e i conflitti che inevitabilmente ne derivano, l'affiliazione alla nuova famiglia sociale costituita dal gruppo dei pari, la scoperta della sessualità e la definizione della propria, la percezione corporea spesso difficile anche per il continuo cambiamento fisico, la sperimentazione della propria immagine di sé.

Queste peculiarità del periodo adolescenziale implicano nuove esigenze alle quali si cerca di rispondere con successo in modo tale da evitare un fallimento con inevitabili malessere e disapprovazione che ne deriverebbero. Tra le possibili risposte ai nuovi bisogni viene compresa anche la sperimentazione del rischio come sfida per il nuovo sé in costruzione, per scoprire anche competenze e potenzialità fino a quel momento, sconosciute. Gli esperti delle tematiche giovanili sono attualmente abbastanza concordi nel ritenere che esistono sostanzialmente due modalità di sperimentazione dei comportamenti a rischio: **sensation seeking** (Zucherman) ovvero l'esplorazione di sensazioni emotive e fisiche in modo autonomo e individualizzato confacente alla propria percezione identitaria e **risk taking** (Jessor) ovvero la ricerca di sensazioni in relazione alle dinamiche interpersonali e quindi nel gruppo.

Dai numerosi studi che si sono succeduti in questi anni nel tentativo di teorizzare i fattori protettivi e i fattori di rischi che potessero fungere da predittori di eventuali comportamenti devianti, si sono raggruppate alcune interessanti indicazioni che hanno costituito la base teorica ed empirica della maggior parte degli interventi di prevenzione in adolescenza.

FENOMENO	FATTORI PROTETTIVI	FATTORI DI RISCHIO
Incidenti stradali	<ul style="list-style-type: none"> ottimismo nei confronti della propria salute attese di una vita familiare serena sostegno dei genitori e controllo degli orari 	<ul style="list-style-type: none"> attitudine al rischio assunzione di alcol e sostanze bassa percezione del rischio di assunzione pressione dal gruppo dei pari
Dipendenze	<ul style="list-style-type: none"> buoni risultati scolastici impegno in attività extrascolastiche solidi legami familiari 	<ul style="list-style-type: none"> uso di sostanze nel gruppo di appartenenza tendenza alla ribellione
Disordini alimentari	<ul style="list-style-type: none"> genitori e parenti attivi dal punto di vista motorio disponibilità di cibi salutari abitudini alimentari corrette in famiglia 	<ul style="list-style-type: none"> mancanza di tempo libero, orari irregolari e assenza di motivazione fanno sì che la pratica dello sport diminuisca tra i 16 e i 20 anni massiccio utilizzo dei veicoli a motore, strutture sportive inadeguate, orari difficili che facilitano la sedentarietà scarsa conoscenza del rapporto tra attività fisica e salute presenza di familiari in sovrappeso

“Famiglia, esperienza scolastica, amici e uso del tempo libero possono essere sia fattori protettivi sia fattori di rischio, in base alle loro caratteristiche e peculiarità” (Bonino, 2005). Questo enunciato che appare così generale, spinge in realtà a considerare i comportamenti degli adolescenti non solo nelle loro specificità (tipo di comportamento) ma anche nelle loro similarità, e a riflettere sull’esistenza di fattori comuni.

Per quanto riguarda la vasta area tematica della **salute mentale**, lo studio svizzero SMASH - 02 evidenzia che la maggioranza dei ragazzi generalmente si sente in buona salute, ma una proporzione importante (più elevata rispetto a dieci anni fa) ha delle difficoltà che manifesterebbe attraverso l’utilizzo della droga, una vita sessuale mal gestita, la violenza auto o etero aggressiva; l’ipotesi dello studio è che molti disturbi comportamentali siano in realtà una sorta di rilevatori del funzionamento psicologico degli adolescenti, e segnali di malessere.

I fattori che favoriscono l’emergere di comportamenti rischiosi sarebbero (studio HBSC, 2006, progetto Mindmatters di Louise Rowling, SMASH - 02):

- l’abbandono precoce della scuola
- sintomi depressivi iniziali (una proporzione importante di ragazzi – 35% delle ragazze e 20% dei ragazzi secondo lo studio SMASH - 02 – si sente depressa al punto da avere bisogno di un sostegno)
- l’auto-percezione relativa alle immagini corporee (ancora secondo lo studio SMASH - 02, il 40% delle ragazze e il 18% dei ragazzi si dichiara insoddisfatti del proprio aspetto e del proprio corpo indipendentemente dall’età dalla formazione).

Tra i fattori protettivi vengono individuati (progetto Mindmatters, progetto SMASH - 02):

- l'effettivo coinvolgimento dei genitori nelle dinamiche scolastiche
- avere una cerchia familiare, scolastica, professionale e sociale ricca

Spostando l'attenzione dalla prevenzione del malessere psichico alla promozione della salute mentale in termini di benessere psico-fisico, scopriamo come la letteratura enfatizzi l'importanza di realizzare interventi volti a cambiare gli atteggiamenti, a promuovere le competenze sociali e il senso di auto-efficacia negli adolescenti e nei giovani (Slater, 1989; Maibach & Flora, 1993; Kelly et al., 1990).

Le ricerche degli ultimi anni (Caprara et al., 2000; Bandura, 1996; Fuligni, 2002), hanno infatti messo in luce l'effetto benefico di capacità di autoregolazione e percezione di auto-efficacia, capacità di affrontare e risolvere i problemi, le abilità socio-relazionali ed empatiche (le cosiddette life skills), e l'effetto protettivo del sostegno sociale – abilità e situazioni che fornirebbero una sorta di “substrato protettivo ad ampio raggio” rispetto al coinvolgimento in più tipologie di condotte rischiose da parte degli adolescenti; in questo senso, la promozione della salute mentale attraverso il potenziamento di competenze e abilità potrebbe essere una base da cui partire per poi proseguire con successivi o concomitanti interventi specifici preventivo – educativi.

Le evidenze ad oggi disponibili sull'efficacia degli interventi di promozione della salute mentale spingono gli operatori a rivolgere gli interventi preventivo-educativi ai fattori comuni sottostanti i diversi comportamenti a rischio (Greenber et al., 2001), soprattutto nel contesto scolastico (Jane-Llopis E, Mittelmark MB, 2005)”.
[Longo e Scarponi, in Guadagnare salute in adolescenza, Regione Piemonte, 2009]

In particolare, la Regione Emilia Romagna, nella quale Comuni e Aziende Sanitarie hanno implementato moltissimi progetti di promozione della salute e di prevenzione delle dipendenze, degli incidenti stradali, dell'abuso di alcol, del disagio in senso lato, vanta il primato, quanto meno quantitativo, in Italia a livello di progettazioni: 140, seguita dal Veneto con 122.

Dal censimento svolto nell'ambito del piano generale ministeriale *Guadagnare salute in adolescenza* emergono alcuni elementi comuni a chi lavora nel campo della prevenzione:

- il target è prevalentemente costituito da ragazzi di età compresa tra i 14 e i 18 anni
- il setting più utilizzato è quello della scuola
- il target intermedio maggiormente coinvolto è quello dei docenti

Tuttavia, dalla ricchezza del patrimonio progettuale degli enti territoriali, si rivelano però delle aree importanti di salute sotto rappresentate – e abbiamo visto nei capitoli precedenti quanto siano ambiti significativi per lo sviluppo di stili di vita sani – che sono l'attività fisica e l'alimentazione.

Tab. 5.1 – Su quali temi è più urgente fare prevenzione?

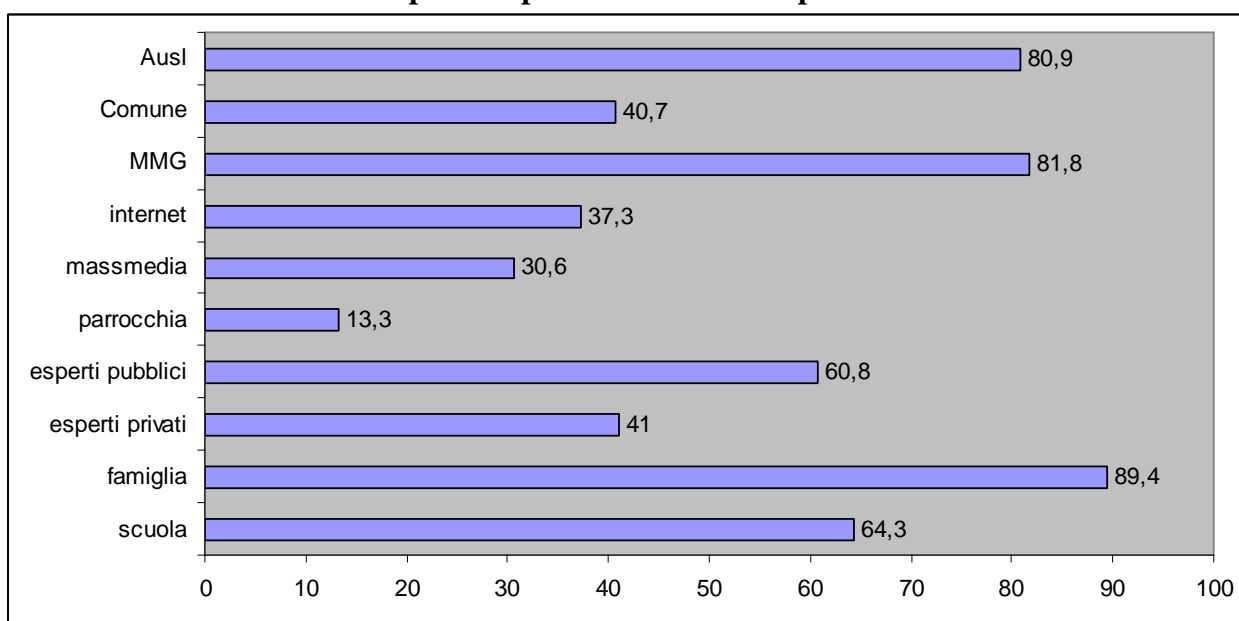
TEMI	Per niente/poco	Abbastanza	Molto
Malattie sessualmente trasmesse	14.2	40	44.8
Alimentazione scorretta	23	49.5	26.5
Controlli medici per la diagnosi	33.7	46.3	18.9
Fumo da tabacco	12.9	31.4	54.1
Consumo e abuso di alcol	8.9	30.7	59.4
Uso scorretto di farmaci	16.2	36.2	46.6
Uso di sostanze stupefacenti	6.5	22.6	70
sedentarietà	44.5	39.5	15.1

Nonostante l'ampia gamma di interventi fatti nel nostro territorio, di prevenzione e di promozione della salute soprattutto negli ambiti delle sostanze stupefacenti e delle dipendenze da alcol e da tabacco, i giovanissimi ferraresi intervistati percepiscono questi temi come passibili di ulteriore progettazione e iniziative. Infatti, le sostanze vengono al primo posto nell'elenco degli argomenti più urgenti da prevenire dal 70% del campione, l'alcol dal 59,4% e il fumo da tabacco del 54,1% dei ragazzi. Per contro, i settori di intervento in cui si ritiene meno utile svolgere delle iniziative sono quelle che paradossalmente emergono dalla ricognizione fatta dal DoRS, più lacunose: sedentarietà (15.1% dichiara "molto" urgente intervenire) e alimentazione scorretta (dice "molto" il 26.5% del campione).

Su quest'ultimo argomento però si registra una differenza significativa tra maschi e femmine: il 21.7% dei primi vede l'alimentazione scorretta come area prioritaria contro il 32.6% delle femmine.

Anche le malattie sessualmente trasmesse sono considerate un importantissimo oggetto di prevenzione (nel complesso dal 44.8% del campione), e soprattutto dalle ragazze (54.5% contro il 38.7% dei ragazzi).

Graf. 5.2 – Chi dovrebbe occuparsi di prevenzione sui comportamenti a rischio?



Gli adolescenti ferraresi sono molto determinati nell'individuazione dei principali attori della prevenzione: famiglia innanzitutto (89.4%), medici di famiglia (81.8%) e Azienda Sanitaria (80.9%). Da questi dati, sembra chiara una connotazione prettamente sanitaria data dagli adolescenti alla prevenzione e alla promozione della salute, quindi bypassando tutti i risvolti sociali sui quali si è puntato molto nei progetti negli ultimi anni. È molto probabile d'altro canto che tutti gli interventi che si sono fatti e si fanno nelle scuole e nel territorio con finalità preventiva e che hanno come condizione sine qua non la non esplicitazione delle motivazioni e dei riferimenti teorici, siano percepiti dai ragazzi come iniziative di "supporto" alla crescita in senso lato. Dopo aver svolto accurate valutazioni di efficacia degli interventi che a vario titolo si sono svolti nell'ultimo ventennio, gli operatori sociosanitari sono convenuti sulla necessità di fare programmi di promozione più che di prevenzione, puntando quindi sul potenziamento dei fattori protettivi piuttosto che sull'allarmismo sui fattori di rischio, cosa che peraltro è stata verificata come assolutamente inefficace.

Queste risposte potrebbero quindi essere interpretate sotto due punti di vista: per gli adolescenti si svolgono molti progetti di prevenzione che non trattano direttamente del problema ma di tutti gli aspetti che possono fungere da protezione rispetto all'instaurarsi di una qualche forma di disagio oppure i ragazzi ferraresi ritengono che ancora molto ci sia da fare su tutti gli argomenti afferenti alla salute.

Tab. 5.3 – Quali sono i metodi più efficaci per fare prevenzione?

TEMI	Per niente/poco	Abbastanza	Molto
Incontri con esperti	28.8	50.2	20.1
Gruppi di discussione sulla salute	41.9	42.5	14.5
Incontri con testimoni diretti	14	34.4	50.4
Distribuire materiale informativo	72.7	19.7	6.5
Ne dovrebbero parlare i genitori	32.3	44.1	22.4
Eventi artistici di sensibilizzazione	64.1	27	7.7
Visite guidate negli ospedali	40.8	39.2	18.9
Volontariato con i malati	31.3	39.9	27.7
Inserire questi temi nei programmi scolastici	32.3	42.6	24
Sportello di ascolto nelle scuole	41	36.7	21.1

I ragazzi ferraresi non hanno dubbi: l'efficacia dei progetti di prevenzione sta nel livello di scambio e di discussione che creano. Se analizziamo tutte le metodologie proposte, vediamo chiaramente come siano preferite quelle in cui presumibilmente c'è uno scambio reciproco di esperienze raccontate e ascoltate: testimoni diretti (50.4% delle preferenze), volontariato con malati (27.7%) ma anche ascolto nelle scuole (21.1%), l'inserimento nei programmi scolastici e quindi l'idea di parlarne in modo continuativo(24%), la discussione con i genitori (22.4%). Il filo conduttore, nonostante siano diversi i soggetti chiamati in causa dai ragazzi (scuola, esperti, testimoni diretti, famiglia), sembra essere proprio la *parola* e quindi l'opportunità di ascoltare qualcuno di competente ed essere parimenti ascoltati.

Tutti gli altri interventi preventivi, "freddi" come la distribuzione di materiale informativo (6.5%) oppure eventi artistici di sensibilizzazione (7.7%) si collocano agli ultimi posti nella scala dell'efficacia percepita dai ragazzi.

Infine, considerando che i gruppi di discussione sulla salute sono indicati come possibile strategia preventiva dal 14,5% del campione, possiamo supporre che sia ricercata la presenza degli adulti su questi temi e non lasciati al confronto libero tra pari (che è la principale caratteristica dei gruppi di discussione meglio noti come focus group).

“Quando gli psicologici della prevenzione stradale si sono interrogati sul fallimento delle loro campagne d’informazione, si sono resi conto che messaggi del tipo “La velocità è la morte” o, peggio ancora, “Se acceleri ti schianti”, potevano costituire inconsciamente una tentazione. Infatti, il godimento provocato dalla velocità è attivato da significanti quali “schiantarsi” o “uccidersi”. Ogni enunciato che pone la minaccia in primo piano può provocare paradossalmente un aumento del pericolo e degli incidenti. I professionisti che lavorano sulla prevenzione dell’Aids riscontrano la medesima difficoltà: qualunque messaggio (per quanto nasca dalle migliori intenzioni) che colleghi la morte al piacere sessuale è, nel migliore dei casi, un’arma a doppio taglio. Dire ai giovani “Se fai l’amore, muori” ha come conseguenza immediata un sovrappiù di non - prevenzione, perché qualsiasi idea di assoluto che, con una sfumatura di romanticismo, colleghi la morte all’atto sessuale rende questo atto molto più desiderabile e intenso.

I responsabili della prevenzione conservano una fiducia kantiana nella ragione come strumento per evitare la morte, il dolore e la sofferenza. Ma le persone a cui si rivolgono possono agire – e di fatto agiscono – contro il loro stesso interesse vitale o, appunto, contro il loro interesse razionale”

[M. Benasayag – G. Schmit, L’epoca delle passioni tristi, Feltrinelli, 2013]

Tab. 5.4 – Quali sono i mezzi di comunicazione per avere informazione?

TEMI	Per niente/poco	Abbastanza	Molto
Internet	38.1	32.9	22.2
Televisione	40.6	36.4	22.1
Libri	70	19.5	8.6
Riviste specializzate	75.5	16.6	5.9
Chiedo ai genitori	29.6	41.3	27.1
Partecipo ad attività a scuola	47.5	38.3	12.2
Chiedo agli insegnanti	74.2	16.6	7.2

“I media accompagnano quotidianamente, per molte ore della giornata, una parte considerevole delle attività svolte dai giovani, nel tempo libero ma non solo. La fruizione della televisione non è stata sostituita, bensì affiancata, dall’uso dei cellulari e di internet”. Questi sono alcuni dei risultati della ricerca svolta nel 2013 dal Corecom Emilia Romagna insieme all’Università di Bologna dal titolo *Stili di vita online e offline degli adolescenti in Emilia Romagna*.

E questi esiti confermerebbero il fatto che 1 ragazzo ferrarese su 5 ricerca informazioni anche sulla salute in Internet (22,2%) e mediandole dalla televisione (22,1%).

“Diversi studi dimostrano che attualmente i bambini vengono in contatto con un ampio spettro di strumenti tecnologici e mezzi di comunicazione fin dalla prima infanzia; con l’ingresso nell’adolescenza, le ore trascorse soprattutto navigando in rete aumentano (Livingston, Haddon, Gorzig e Olafsson, 2011).

L’abitudine ad essere perennemente “connessi” è favorita dalla diffusione del computer come strumento portatile e personale, spesso collocato nella camera da letto, e dalla possibilità di effettuare l’accesso da dispositivi sempre più diversificati e portatili, quali smartphone e tablet.

(...) Si può comunque sostenere che, anche in Italia, la maggior parte dei ragazzi vede la propria giornata scandita dall’utilizzo costante dei media. A tale proposito, i dati di ricerche come quella condotta sul territorio nazionale da Eurispes e Telefono Azzurro su giovani tra i 12 e i 18 anni sono significativi. Colpisce non solo la molteplicità di strumenti utilizzati quotidianamente (televisione, computer, internet, cellulare, console...), ma anche la considerevole quantità di tempo giornaliero ad essi dedicato (Eurispes, 2012).

[Guarini – Brighi – Genta, Stili di vita online e offline degli adolescenti in Emilia Romagna, 2013]

È importante comunque segnalare, a prescindere dalla fruizione massiccia da parte degli adolescenti di internet e televisione, che il 27,1% del campione ottiene informazioni dai genitori. Su un tema così sensibile e così delicato come quello della salute, i quindicenni ferraresi prediligono ancora il supporto dei genitori.

Il dato così basso di uso di libri (8,6%) e riviste specializzate (5,9%) è da riportare probabilmente alla tendenza più generale di diminuzione della lettura su materiale cartaceo nella popolazione italiana.

“Se definiamo “lettori deboli” coloro che hanno letto al massimo 3 libri nell’ultimo anno e “lettori forti” coloro che hanno letto 12 o più libri nello stesso arco temporale, i lettori di libri si confermano fundamentalmente deboli: infatti il 44,3% ha dichiarato di aver letto fino a 3 libri nell’ultimo anno, mentre solo il 15,1% ne ha letti 12 o più.

I lettori deboli sono soprattutto maschi (47,2%), bambini e ragazzi tra gli 11 e i 14 anni (48,5%), persone con 75 anni e più (48,7%), persone con licenza media (più del 50%)”.

[Rapporto Istat, 2001]

Tab. 5.5 – Di cosa si parla troppo o troppo poco?

TEMI	Si parla troppo	Si parla a sufficienza	Si parla troppo poco	Non si parla per niente
Medicina estetica	53.4	28	11.6	5
Piccoli disturbi	9.6	48.1	30.3	10.2
Episodi di malasanità	15.9	42.6	35.4	4
Epidemie	12.1	37.6	37	11.3
Gravi malattie	20.4	43.2	30.1	4.2
Farmaci	18.5	43.2	29.6	6.7
Mantenersi sani	22.1	46.1	26.7	3.2
Sessualità	17.9	45.6	27.3	7.2
Terapie alternative	6.2	25.1	43.9	22.7
Malattie rare	6.7	24.8	44.3	22.1
Prevenzione	13.1	46.2	32.3	6.3
Diventare genitori	11.6	28	29.6	17.8

In questa tabella ci sono alcuni dati interessanti che vale la pena evidenziare che riguardano la percezione che gli adolescenti ferraresi hanno della risonanza di alcuni argomenti. Per il campione si parla eccessivamente di medicina estetica (53,4%) e di gravi malattie (63,6%) tra chi ritiene che se ne parli troppo e chi a sufficienza). Gli intervistati vorrebbero invece più informazione su episodi di malasanità (35,4%), malattie rare (44,3%) e terapie alternative (66,6%) tra chi dice “si parla troppo poco” e chi dice “non se ne parla per niente”).

Balzano agli occhi i dati che riguardano le modalità per avere stili di vita ottimali: si parla a sufficienza di come mantenersi sani (46,1%). Se pensiamo ai dati sugli stili di vita agiti (cap. 3), dichiarati dai ragazzi (sedentarietà e alimentazione scorretta), sicuramente è bene riflettere sullo scollamento tra atteggiamenti e comportamenti, così tipica dell’adolescenza.

Infine, nonostante i giovanissimi siano così articolati nelle risposte alle domande su contenuti, metodi e strumenti per la prevenzione, in questo caso dichiarano che se ne parla a sufficienza (46,2%), non ritenendo quindi di dover approfondire e promuovere ulteriormente la conoscenza sulle strategie inventive.

“Se gli adulti si esprimono in termini di minaccia o di prevenzione – predizione, è senza dubbio perché pensano che quella attuale non siano un’epoca propizia al desiderio e che occorre innanzitutto occuparsi della sopravvivenza. E poi, si dicono, “per quel che riguarda il desiderio e la vita, si vedrà dopo, quando tutto andrà meglio”. Ma è una trappola fatale, perché solo un mondo di desiderio, di pensiero e di creazione, è in grado di sviluppare dei legami e di comporre la vita in modo da produrre qualcosa di diverso dal disastro. La nostra società non fa l’apologia del desiderio, al massimo sono desideri formattati e normalizzati. Come dice Guy Debord in La società dello spettacolo, se le persone non trovano quel che desiderano si accontentano di desiderare quello che trovano.

La grande sfida lanciata dalla nostra civiltà è quindi quella di promuovere spazi e forme di socializzazione animati dal desiderio, pratiche concrete che riescano ad avere la meglio sugli appetiti individualistici e sulle minacce che ne derivano. Educare alla cultura e alla civiltà significava – e significa ancora – creare legami sociali e legami di pensiero. La minaccia invece è iatrogena, perché tende a rompere tutti i legami che uniscono le persone. “Armare” i giovani affinché affrontino il mondo che li aspetta non significa proteggerli, ma significa al contrario appoggiare e sviluppare quel mondo da cui si pretende di metterli al riparo”.

[M. Benasayag – G. Schmit, L’epoca delle passioni tristi, Feltrinelli, 2013]

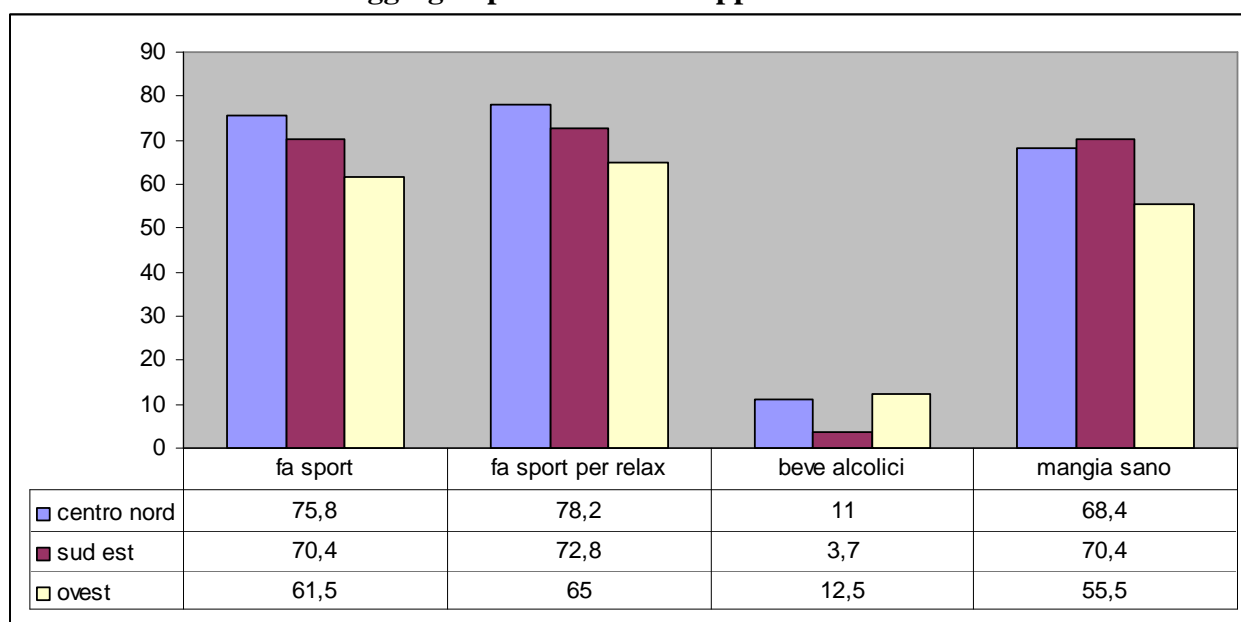
ALCUNI APPROFONDIMENTI NEL TERRITORIO

I dati della ricerca sono stati presentati con analisi di descrittiva avendo cura di evidenziare per ogni parte del questionario gli aspetti più interessanti e significativi.

Da tutta l'indagine sicuramente l'elemento più eclatante è la differenza di atteggiamento, percezione e comportamento tra il genere maschile e quello femminile negli adolescenti intervistati.

Abbiamo, però, rilevato alcune differenze che riguardano i territori di appartenenza e che possono essere probabilmente interpretati in virtù di diverse modalità da parte dei servizi sociosanitari di fare prevenzione, oppure di dissimili abitudini di vita in relazione alle opportunità esistenti.

Graf. 6.1 – Stili di vita disaggregati per distretto di appartenenza



I quindicenni del Distretto Ovest, e quindi residenti nei comuni dell'Alto Ferrarese (Cento, Bondeno, Sant'Agostino, Poggio Renatico, Mirabello, Vigarano Mainarda), dichiarano di avere uno stile di vita indubbiamente meno sano dei coetanei di Ferrara e del Basso Ferrarese. In minor misura, infatti, mangiano sano, fanno sport e contemporaneamente consumano più alcolici.

Dal punto di vista della pratica motoria, i ragazzi del Distretto Centro Nord sono più virtuosi (il 75,8% fa regolarmente sport contro il 70,4% del Sud Est e il 61,5% dell'Ovest), mentre relativamente all'alimentazione sono gli adolescenti del Distretto Sud Est a conquistare il podio (il 70,4% mangia sano, contro il 68,4% del Centro Nord e il 55,5% dell'Ovest).

Rispetto al consumo di bevande alcoliche, lo scarto tra i 3 distretti è ancora più evidente con un consumo molto alto nell'Ovest (12,5%) e molto inferiore nel Sud Est (3,7%).

Dalla Ricerca dell'Osservatorio Adolescenti del 2011 *Gli Adolescenti tra Essere e non Essere*, erano stati rilevati dei dati molto simili a quelli che si evincono dalla risposta del campione dell'attuale indagine.

“Se concordiamo con la letteratura che annovera, tra i comportamenti indicati come fattori protettivi di salute e benessere psicofisico, la pratica di una disciplina sportiva ma anche soltanto di attività motoria, il distretto più virtuoso sembra essere il Distretto Centro Nord (il 65,5% degli adolescenti fa sport contro il 61,8% del Sud Est e il 60,5% dell'Ovest). Nel contempo, considerando i principali fattori di rischio – fumo e alcol – i giovanissimi di Ferrara e Comuni del Copparese rimangono al primo posto (11% di fumatori contro il 4,9 del Basso Ferrarese e il 7,6% dell'Alto Ferrarese).

Quella dell'aperitivo con gli amici, soprattutto nel fine settimana, anche nel nostro territorio sembra essere diventata una pratica molto diffusa e quasi 1 adolescente su 4 nei Distretti Centro Nord e Ovest, vi aderisce. I ragazzi del Distretto Sud Est, invece, sembrano più lontani da questo trend, con uno scarto notevole di quasi 11 punti percentuali (9,8%).

In generale questi dati, a prescindere dal distretto di appartenenza, trovano conferma nello studio HBSC (studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa) che viene ripetuto ogni 4 anni e si rivolge ai ragazzi dagli 11 ai 15 anni.

Secondo questa analisi del 2010, l'acquisizione di modelli comportamentali attivi durante l'infanzia e l'adolescenza tende a rendere tali comportamenti abitudinari anche in età adulta.

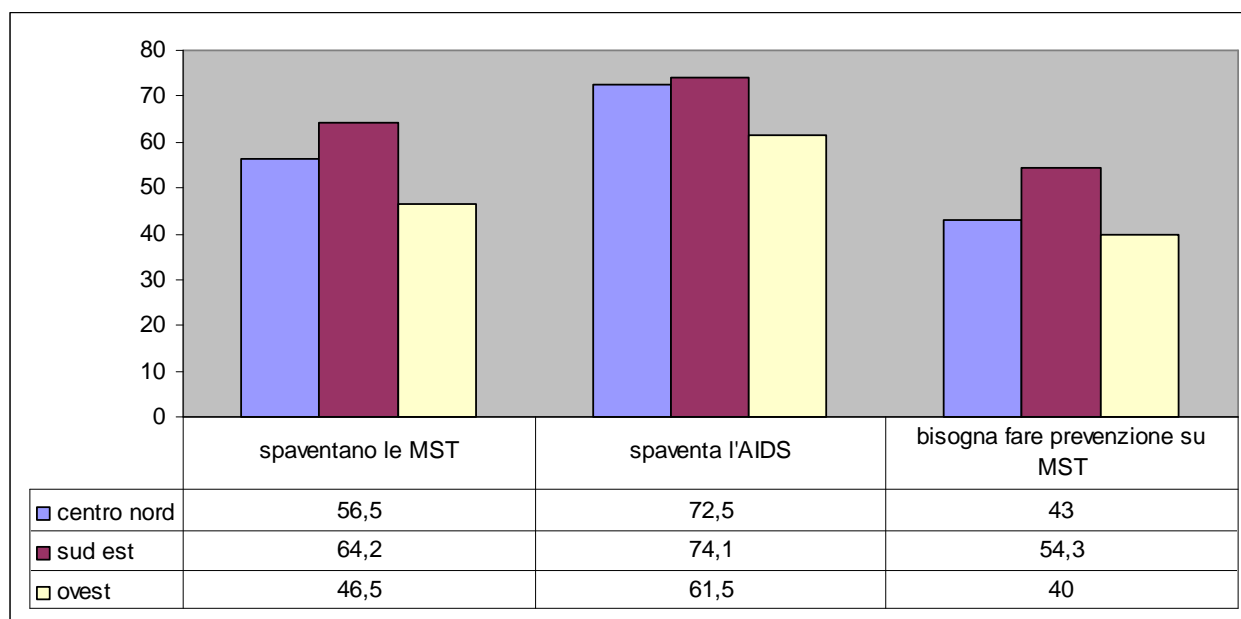
La partecipazione a varie tipologie di attività motoria non solo rappresenta un valore rilevante per l'adozione e il successivo mantenimento nel tempo di uno stile di vita sano e attivo ma consente di contrastare i rischi e i disturbi causati dalla sedentarietà, connotandosi quindi come fattori protettivi.

“Circa i 2/3 dei ragazzi appartenenti a ciascuna fascia di età [11,13 e 15 anni], per soli 2 – 4 giorni alla settimana, effettua almeno 1 ora di attività fisica al giorno. Questo dato farebbe pensare ad una attività svolta esclusivamente durante l'orario scolastico, eventualmente integrata con altre attività extra scolastiche di tipo sportivo organizzato. Solo il 6-7% dei ragazzi delle diverse fasce di età svolge attività fisica secondo quanto indicato nelle raccomandazioni internazionali. Il dato appare in drastica riduzione rispetto a quanto evidenziato nella precedente indagine HBSC del 2005 - 2006, pur in un campione non rappresentativo dell'intera realtà italiana. Infine nei quindicenni aumenta la percentuale, rispetto agli 11 e 13 enni, di coloro che svolgono attività fisica per meno di 2 giorni la settimana.

In generale le femmine svolgono meno attività fisica dei maschi.

Per quanto riguarda l'alcol lo studio HBSC sottolinea “la quota di quanti dichiarano di non farne uso diminuisce significativamente con l'età, passando da oltre il 64% negli undicenni a poco più del 41% fra i tredicenni e al 20.4% fra i giovani di 15 anni. Ad aumentare con l'età è invece soprattutto la frequenza del consumo settimanale che passa dal 4% a 11 anni ad oltre il 25 % a 15”.

Graf.6.2 – Malattie e prevenzione, disaggregati per distretto di appartenenza



Sono gli adolescenti del asso ferrarese ad essere maggiormente spaventati dalle malattie a trasmissione sessuale e ritengono per tanto sia necessario fare molta prevenzione sull'argomento. Il 64.2% dei ragazzi del Distretto Sud Est contro il 56.5% del distretto Centro Nord e il 46.5% del Distretto Ovest dichiara di avere molto timore di contrarre malattie sessualmente trasmesse e anche sull'AIDS troviamo valori molto alti (74.1% contro il 72.5 % morte e 61.5% Ovest). E quindi, con uno scarto di più 10 punti percentuali rispetto ai coetanei degli altri distretti, chiedono alle istituzioni una maggiore attenzione su questo tema negli interventi di prevenzione. Il 69 esimo Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria svoltosi a Bologna nel maggio 2013, ha messo in rilievo alcuni aspetti relativi alle malattie sessualmente trasmissibili tra i giovani.

Secondo OMS, dei 448 milioni di nuovi casi di MST che si registrano ogni anno nel mondo, 111 milioni interessano i minori di 25 anni. Il problema è che "di eventuali problemi non parlano ne con il medico ne con i genitori, al limite scambiano informazioni tra loro, il più delle volte sbagliate", ha spiegato Barbara Suligoj, Direttore del COA (Centro Operativo AIDS) dell'Istituto Superiore di Sanità che negli ultimi anni ha monitorato un aumento esponenziale delle MST che si ritenevano scomparse; "Una recrudescenza inaspettata che non si osservava dagli anni '70.

Dal 1991 al 2011 il Sistema di Sorveglianza basato sui centri sentinella italiani ha segnalato più di 85 mila nuovi casi circa il 20 % riguarda i giovani tra i 15 e i 24 anni".

Il primo sistema di sorveglianza è stato attivato dal COA nel 1991 per raccogliere dati sui pazienti sintomatici con MST. Nel 2009 con la collaborazione di AMCLI (Associazione Microbiologi CLinici Italiani), il COA è stato affiancato da un sistema di sorveglianza, che ha segnalato ben 64 mila campioni per approfondimento di tre delle più comuni MST batteriche: Clamidia, Trichomonas e gonorrea. La prevalenza Clamidia Trachomatis tra i soggetti di età compresa tra i 15 e i 24 anni risulta più elevata tra chi ha avuto più di un partner sessuale rispetto a chi ha riferito di averne avuto uno o nessuno (14,2% vs 2,3%). L'infezione ha mostrato un incremento lieve ma costante del numero di casi dal 1996 raggiungendo il picco massimo nel 2004, con un aumento dell'80% rispetto al '96 e un nuovo picco nel 2009. la prevalenza maggiore si registra tra le ragazze sotto i 25 anni di età (7%).

La gonorrea invece è un'infezione tipicamente maschile che avuto il suo punto più alto nel 2005: oggi colpisce il 2,2% dei maschi vs 0,1% delle ragazze, con una prevalenza più alta tra chi ha avuto partner multipli negli ultimi 6 mesi. Dati che confermano come la promiscuità, il numero di partner e soprattutto la mancanza di protezione siano i principali problemi che facilitano la diffusione delle infezioni attraverso i rapporti sessuali. Le infezioni sessuali spesso sono

scarsamente sintomatiche, e per lo più sono perfettamente curabili, in buona parte con una terapia antibiotica da somministrare a entrambi i partner, ma se trascurata possono determinare sterilità, tumori, problemi in gravidanza e parti prematuri.

La sifilide I e II è in aumento tra i giovani maschi, in particolare omosessuali (7585 casi, il 9,6% del totale), con un incremento che dal 1996 al 2008 ha raggiunto l'800%. In crescita costante dal 2004 anche i condilomi che attualmente rappresentano il 35,9% del totale del MST. Spesso le lesioni vengono ignorate ma l'infezione, causata dal virus dell'HPV, può evolvere in senso tumorale. "L'introduzione nel 2008 del vaccino HPV per le ragazzine ha sollecitato una maggiore attenzione nei confronti delle malattie correlate a questa infezione e il vaccino dovrebbe progressivamente eradicare il problema, ma saranno necessari ancora alcuni anni per poter osservare gli effetti in termini di una diminuzione dei casi di condilomatosi" [Barbara Suligo].

Un problema ancora poco noto è poi quello della comorbidità, ossia la presenza di una infezione non curata che porta all'instaurarsi di altri patogeni: il sistema di sorveglianza basato sui centri clinici che ha operato dal 1991 ha evidenziato che il 2,8% dei giovani ai quali era stata diagnosticata una MST è risultato positivo al test HIV, contro una prevalenza nella popolazione generale intorno al 0,1%. Ciononostante circa il 30% dei soggetti con MST non viene testato per l'HIV.

"È necessario che anche pediatri e medici di medicina generale possano diventare per i giovanissimi una fonte di informazione sulla salute sessuale, oltre alle campagne che prevedono controlli gratuiti nella popolazione giovanile. I pediatri sono il confine tra l'età infantile e quella adulta, tra le loro raccomandazioni vi è quella di educare all'uso del preservativo non solo come metodo per evitare gravidanze indesiderate nei giovanissimi ma anche come metodo per evitare queste temibili infezioni in soggetti più fragili come gli adolescenti e facilitare l'offerta di test gratuiti e controlli per le malattie sessualmente trasmesse" [Barbara Suligo].

CONCLUSIONI

Assessore a Cultura, Turismo e Giovani del Comune di Ferrara

Dr. Massimo Maisto

Nel mio mandato di Assessore ai Giovani, ho sempre impattato con alcune etichette che spesso molto superficialmente vengono date agli adolescenti. E il più delle volte si tratta di un processo di “inquadramento” fatto su una presunta base scientifica.

Nelle ricerche, nelle indagini, in letteratura, suona come un refrain la definizione dell’adolescenza come età della crisi e dei rapporti problematici con se stessi e con gli altri.

Indubbiamente, molte caratteristiche che contraddistinguono questa delicata fase della vita, sono generalizzate e generalizzabili ma è altrettanto vero che dare un’etichetta alla giovane generazione significa imprigionarla in una sorta di destino predeterminato. A volte , i giovani, sono vittime, proprio malgrado, di una forma di determinismo sociale e individuale in cui i desideri e le speranze di costruire la propria vita rischiano di entrare a far parte di un sapere e di una statistica prestabiliti.

Credo che con questa ricerca, che affronta il tema della salute negli adolescenti nella sua accezione più ampia di benessere, e, pertanto , con elementi soggettivi che vanno al di fuori della pratica strettamente sanitaria , costituisca una riflessione, a prescindere dai dati raccolti e dai contenuti affrontati, molto importante sul riconoscimento della molteplicità della persona in generale e del giovane in particolare. Ed è un riconoscimento che deve riguardare tutti i ragazzi “... affinché possano finalmente disfarsi, con grande sollievo, della terribile etichetta di normale“, per poter assumere e abitare le molteplici dimensioni della fragilità”. [M.Benasayag – G. Schmit, L’epoca delle passioni tristi, Feltrinelli, 2013].

In questi ultimi anni di ricerca a cura dell’Osservatorio Adolescenti, si è parlato molto di fattori di vulnerabilità dei giovani come più o meno naturali aspetti di personalità in formazione. Forse però, con questa indagine possiamo tentare una rilettura, in chiave costruttiva, della fragilità adolescenziale che, probabilmente, è ancora più preponderante nella società attuale che non consente di manifestare debolezza, premiando solo il trionfo.

“infatti è proprio la dove nessuno guarda, in quel “niente da segnalare” della norma, che una serie di esseri umani evolve nella paura permanente di dover “essere forti”, “all’altezza”. Ma “trionfare” nelle nostre società nella nostre società della tristezza è grave almeno quanto fallire, perché comporta un prezzo un prezzo da pagare, quello della tristezza , della durezza e dell’angoscia di essere inclusi, un giorno nel novero delle persone che rivelano una “falla”. Il “trionfo” presuppone che si recida ogni legame con le dimensioni della propria fragilità e complessità. E “fallire” significa naufragare nell’acredine dei sentimenti dell’invidia e del desiderio di rivincita, che sono due facce della stessa medaglia” [ibidem].

I giovani, vivendo intrisi di questa cultura del trionfo e del rifiuto di ogni forma di debolezza, che non accettino i limiti, che pensano che tutto sia possibile e che sia soltanto una questione di mezzi, sono davvero in sintonia con la società, molto più di noi adulti, educatori, genitori, insegnanti, amministratori. Ecco perché non possiamo pretendere di occuparci delle giovani generazioni senza definire prima di tutto in modo chiaro la nostra posizione nei confronti delle tendenze della nostra società.

Con i progetti per i giovani e per la cultura, spesso ambiti legati in maniera molto stretta, i servizi e gli uffici del mio Assessorato hanno cercato di offrire la più ampia e varia gamma di opportunità di espressione e di protagonismo. E di questo sono assolutamente fiero, in quanto frutto della volontà di valorizzare la libertà di scelta e decisione. Una libertà che necessariamente fa entrare in una dimensione di fragilità. E questa fragilità non è né una forza né una debolezza, ma rappresenta una molteplicità complessa e talvolta contraddittoria, da assumere nel suo insieme.

Essere fragili significa quindi vivere in una rete di legami con gli altri. Legami che, a seconda delle caratteristiche che assumono e delle controparti con cui si stringono, non devono essere visti come segni di fallimento o di successo, bensì come possibilità di una vita condivisa.

E credo che il compito della comunità adulta sia proprio quello di educare i giovani alla libertà, aiutandoli ad accettare e a prendersi cura della propria fragilità che è il motore di una crescita che possa diventare “di sana e robusta costituzione”.