



Capitolo 4

Spiegare la salute dei giovani e gli stili di vita ad essa collegati

Introduzione – Oddrun Samdal and Leslie Alexander

Il Capitolo 2 presenta i quattro contesti principali della vita dei giovani presi in esame nella ricerca HBSC del 2001/2002: la condizione socioeconomica, la famiglia, il gruppo dei pari e la scuola. Perché è importante analizzare tali contesti in rapporto alla salute dei giovani e agli stili di vita ad essa collegati? La domanda è rilevante soprattutto per chi svolge un lavoro che non tiene conto di una componente contestuale.

Anche se in questo capitolo non si affronta l'argomento della dieta, si può comunque dare un esempio pratico. Se misurare il consumo di zucchero tra gli adolescenti e presentare i dati raccolti in base all'età e al sesso può rivelarsi per certi aspetti efficace, nella pratica l'utilità di tali dati può essere limitata. Se lo scopo è quello di migliorare il benessere psicofisico e di promuovere una dieta più equilibrata e salutare, l'assenza di variabili contestuali rende tale azione molto più difficile.

Le preferenze alimentari variano geograficamente, culturalmente e in base alle opportunità socioeconomiche e della disponibilità di cibo. I contesti strutturali e sociali dell'ambiente

scolastico, della famiglia e del gruppo dei pari possono rafforzare e cheminare questi modelli nutrizionali. Capire il contesto, come nell'esempio del consumo di zucchero, può garantire interventi più sensibili, appropriati ed efficaci. Inoltre può aiutare a ridurre una generalizzazione durante la stesura di un rapporto su un particolare conseguenza per la salute. Molti potrebbero mettere in discussione che il contesto in sé possa esercitare un impatto maggiore rispetto ai comportamenti individuali.

Il Capitolo 4 presenta alcune indagini preliminari su come il contesto può influire sulla salute dei giovani e sugli stili di vita ad essa collegati. Oltre alle quattro aree contestuali, il Capitolo 4 introduce il momento della pubertà per le femmine come contesto di sviluppo in grado di influire sulla loro salute e sugli stili di vita ad essa collegati.

Mentre questo capitolo analizza separatamente ogni contesto e il rapporto con determinate conseguenze per la salute, successive analisi dei dati dello studio HBSC prendono in esame una serie di variabili contestuali. La sfida dello studio HBSC in futuro sarà quella di costruire dei modelli che possano considerare un'ampia gamma completa di contesti sociali e di sviluppo e di descrivere, attraverso l'analisi, come questi interagiscono e influiscono sulla salute dei giovani. Il Capitolo 4 sottolinea la caratteristica di unicità dello studio HBSC che lo differenzia da altre indagini il cui scopo principale è, per esempio, monitorare i comportamenti a rischio e i problemi di salute. La forza principale dello studio HBSC, - oltre a quella di fornire l'opportunità di analisi transnazionali e di trend dei rischi e dei comportamenti per la promozione della salute e degli indicatori di salute e di benessere psicofisico - sta nell'attenzione che rivolge ai diversi contesti di riferimento dei giovani. La comprensione del contesto è vitale per migliorare la salute, come è sottolineato nel Capitolo 2 (pagg. 9-12).

Questo lavoro è in fase di realizzazione: diversi rapporti sono già stati pubblicati sulla base dei precedenti dati dello studio HBSC. In Internet è disponibile una panoramica globale³. Tuttavia, si sono appena iniziati ad analizzare in modo dettagliato i dati emersi dall'indagine del 2001/2002.

Il Capitolo 4 è diviso in sezioni che trattano ciascun elemento contestuale, vale a dire l'ineguaglianza socioeconomica, la famiglia, il gruppo dei pari, la scuola e il contesto evolutivo della pubertà, analizzato in rapporto alle conseguenze che esso ha sulla salute e sugli stili di vita ad essa collegati. Ogni sezione si basa su un approccio analitico leggermente diverso a seconda dei problemi concettuali o teorici esposti.

³ Studio sullo stato di salute e sugli stili di vita dei giovani in età scolare (HBSC): studio transnazionale in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità [sito web]. Edimburgo, Child and Adolescent Health Research Unit, Università di Edimburgo, 2002 (<http://www.hbsc.org/publications.html>, accesso del 27 gennaio 2004).

Ineguaglianza socioeconomica e salute – Bjørn Holstein, Nina Parry-Langdon, Alessio Zambon, Candace Currie and Chris Roberts

Introduzione

Il Capitolo 2 (pagg. 13–25) mette in evidenza l'impatto dell'ineguaglianza sociale sulla salute dei giovani definendola una questione prioritaria sia nel campo della ricerca che delle decisioni politiche. Affinché la ricerca possa essere in grado di capire l'influenza che la condizione socioeconomica ha sulla salute degli adolescenti e sugli stili di vita ad essa collegati, si devono sviluppare degli indicatori da utilizzare a livello transnazionale. Lo studio HBSC ha contribuito agli aspetti metodologici descritti nel Capitolo 2. Questa parte mira a estendere la comprensione delle ineguaglianze sociali nel campo della salute dei giovani prendendo in esame le associazioni tra l'agiatezza familiare, utilizzando la scala FAS (scala dell'agiatezza familiare) come descritto nel Capitolo 2 e determinate misure di valutazione della salute e degli stili di vita ad essa collegati.

Precedenti ricerche HBSC hanno stabilito che il rapporto tra la condizione socioeconomica e le conseguenze sulla salute varia a seconda dell'indicatore utilizzato e delle conseguenze valutate (1, 2). L'ampia letteratura in questo campo riferisce tale eterogeneità nei risultati, con variazioni tra le conseguenze sulla salute, per sesso, fasce d'età e paese.

Numerosi studi su bambine e adolescenti hanno evidenziato che coloro che appartengono a famiglie con un basso livello socioeconomico hanno più problemi di salute di coloro che appartengono a famiglie con alti livelli socioeconomici (3–6). Questo riguarda la mortalità (4, 6–8), gli infortuni (9), le malattie diagnostiche (10–12), il peso e il BMI (indice di massa corporea) (6), i disturbi di salute percepiti (2, 13–16) e i comportamenti a rischio (8, 17, 18). Nel Regno Unito, Reading (3) conclude che quasi tutti gli aspetti relativi alla salute presentano condizioni peggiori tra i giovani che vivono in povertà rispetto a quelli appartenenti a famiglie agiate. Una rassegna della letteratura internazionale e l'analisi dei dati degli Stati Uniti hanno rivelato gradienti di classe sociale in relazione a: soddisfazione della propria salute, resilienza ai rischi per la salute e migliori condizioni generali di salute (5). Alcuni studi svolti in altri paesi hanno evidenziato una mancanza di prove per quanto riguarda le ineguaglianze nella salute nel periodo centrale dell'adolescenza (19, 20). Come risultato, si è proposta un'ipotesi di livellamento della salute dei giovani nella società postmoderna, mettendo in discussione il fatto che le subculture che influenzano i giovani sono più importanti per le conseguenze sulla salute che la condizione socioeconomica familiare (21).

Chiaramente, si rendono necessarie ulteriori prove empiriche a sostegno di questa ipotesi. Le informazioni contenute in questa sezione possono contribuire a una comprensione più profonda della natura delle ineguaglianze nella salute degli adolescenti. Si utilizzano misure standard di valutazione della condizione socioeconomica nei 35 paesi e regioni dello studio HBSC del 2001/2002 e si prendono in esame le diverse conseguenze sulla salute e sugli stili di vita ad essa collegati.

Metodi

Questa sezione prende in considerazione le associazioni bivariate tra i punteggi composti FAS e quattro conseguenze sulla salute e sul comportamento nei maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni in ogni paese e regione. Come nel Capitolo 2, si utilizza una scala ordinale FAS strutturata in tre livelli di punteggio: la FAS 1 (punteggio = 0, 1, 2, 3) indica un livello di agiatezza basso; la FAS 2 (punteggio = 4, 5) indica un livello di agiatezza medio, e la FAS 3 (punteggio = 6, 7) indica un livello di agiatezza alto.

Le misure di valutazione dei risultati comprendono due indicatori di salute: l'autovalutazione della propria salute e i disturbi di salute percepiti, come descritto nel Capitolo 3 (pagg. 55–56). Gli otto sintomi più diffusi in questa fascia di età sono: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, depressione,

irritabilità o cattivo umore, nervosismo, difficoltà ad addormentarsi e giramenti di testa (22). Si sono presi in considerazione due stili di vita collegati alla salute: l'attività fisica, come indicatore di uno stile di vita a difesa della salute (come descritto nel Capitolo 3, pagg. 94–101), e il fumo come indicatore di uno stile di vita dannoso per la salute (come descritto nel Capitolo 3, pagg. 64–72).

Per ogni indicatore, il significato statistico del gradiente nei punteggi FAS per paese e regione e per sesso è stato valutato utilizzando il test del χ^2 per i trend (χ^2 per i trend): questo test risulta appropriato quando una delle variabili inserite esprime un ordinale (cioè dai punteggi di FAS bassi fino a quelli alti). Le note indicano dove il gradiente FAS per l'indicatore in questione non è statisticamente significativo, cioè con un livello di $P < 0.05$.

Risultati

La Fig. 4.1 indica la percentuale di giovani che valutano la loro salute come discreta o scadente (in contrapposizione con buona o eccellente) suddivisi per paese e regione, per sesso e in base al punteggio FAS. Sia tra i maschi che le femmine esiste un gradiente relativamente chiaro nella maggior parte dei paesi e regioni, che evidenzia una percentuale decrescente di coloro che hanno una percezione più scadente della propria salute in rapporto a una maggiore agiatezza familiare. Non esiste un gradiente statisticamente significativo solo per un numero limitato di paesi: Groenlandia, Norvegia, Spagna, Svizzera ed Ex Repubblica Jugoslava di Macedonia per i maschi, Danimarca, Groenlandia e Lettonia per le femmine. Come descritto nel Capitolo 3, in tutti i paesi è maggiore la percentuale di femmine che hanno una percezione più scadente della propria salute rispetto ai maschi.

La Fig. 4.2 riporta le percentuali di giovani che dichiarano di avere almeno un disturbo di salute al giorno, per paese, per sesso e in base alla FAS. La prevalenza di disturbi giornalieri è collegata alla FAS per i maschi e le femmine in molti paesi e regioni, ma non in tutti. Questa associazione è statisticamente significativa nella maggior parte dei paesi e delle regioni per le femmine, ma solo nella metà per i maschi. Per i seguenti paesi: Austria, Malta, Federazione Russa e Ex Repubblica Jugoslava di Macedonia, non esiste un gradiente chiaro per quanto riguarda il calo dei disturbi giornalieri in rapporto all'aumento del benessere familiare sia per i maschi che per le femmine.

La Fig. 4.3 evidenzia l'associazione tra la FAS e l'attività fisica: svolgere attività fisica per almeno un'ora al giorno per quattro o più giorni durante la settimana. Nella maggior parte dei paesi e delle regioni, la percentuale di giovani che raggiunge questo livello aumenta con l'aumento della FAS per entrambi i sessi, ma in particolare per le femmine. In alcuni casi, tuttavia, il gradiente non è statisticamente significativo come nel caso di Austria, Malta e Polonia per i maschi, e nel caso di Groenlandia e Svizzera per le femmine. Come descritto nel Capitolo 3, le femmine, in linea di massima, sembrano essere meno attive dei maschi.

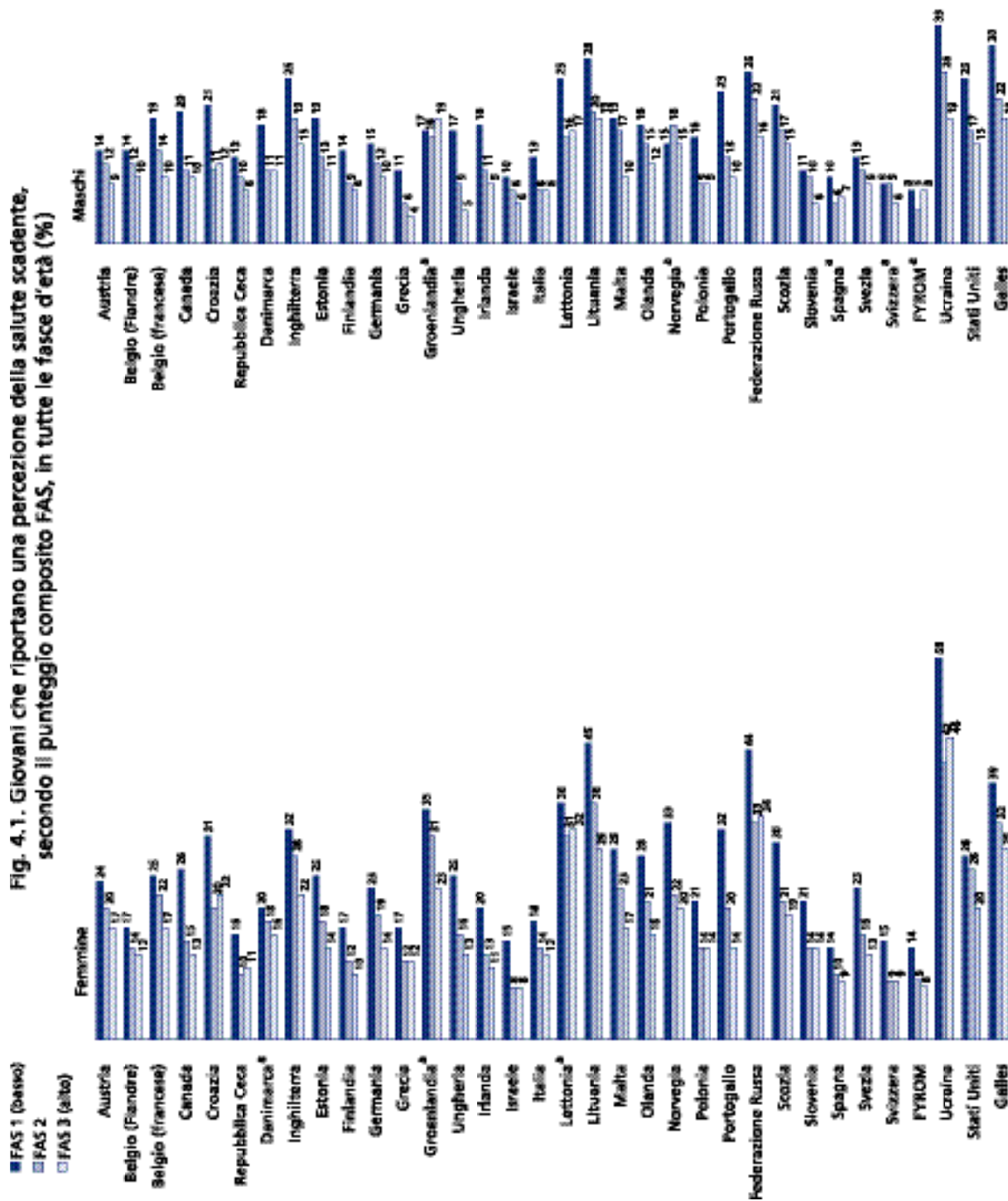
Infine, la Fig. 4.4 riporta la percentuale dei fumatori settimanali per paese e regione, per sesso e in base alla FAS. L'associazione tra la FAS e i fumatori settimanali è meno uniforme di quella indicata nelle Figg. 4.1–4.3. Nel caso delle femmine, fumare settimanalmente è chiaramente associato con la FAS in 13 paesi e regioni. Allo stesso modo, la diminuzione del fumo insieme a percentuali elevate di FAS si può riscontrare nel caso dei maschi, sebbene l'associazione sia statisticamente significativa solo in sette paesi e regioni.

Conclusioni

Sono stati rilevati dei gradienti costanti per quanto riguarda la valutazione della propria salute in rapporto alla FAS nella maggior parte dei paesi e delle regioni e ciò conferma i risultati delle precedenti ricerche HBSC (23). Tranne poche eccezioni, una salute più scadente è quindi associata ai livelli di agiatezza familiare più bassi. Diversamente, per i disturbi di salute percepiti è stato rilevato un gradiente uniforme della FAS nella maggior parte di paesi e regioni nel caso delle femmine, ma solo per la metà dei maschi.

La maggior parte dei paesi e delle regioni riporta gradienti costanti dell'attività fisica in rapporto alla percentuale di FAS sia per i maschi che per le femmine, dove una maggiore agiatezza è associata a una

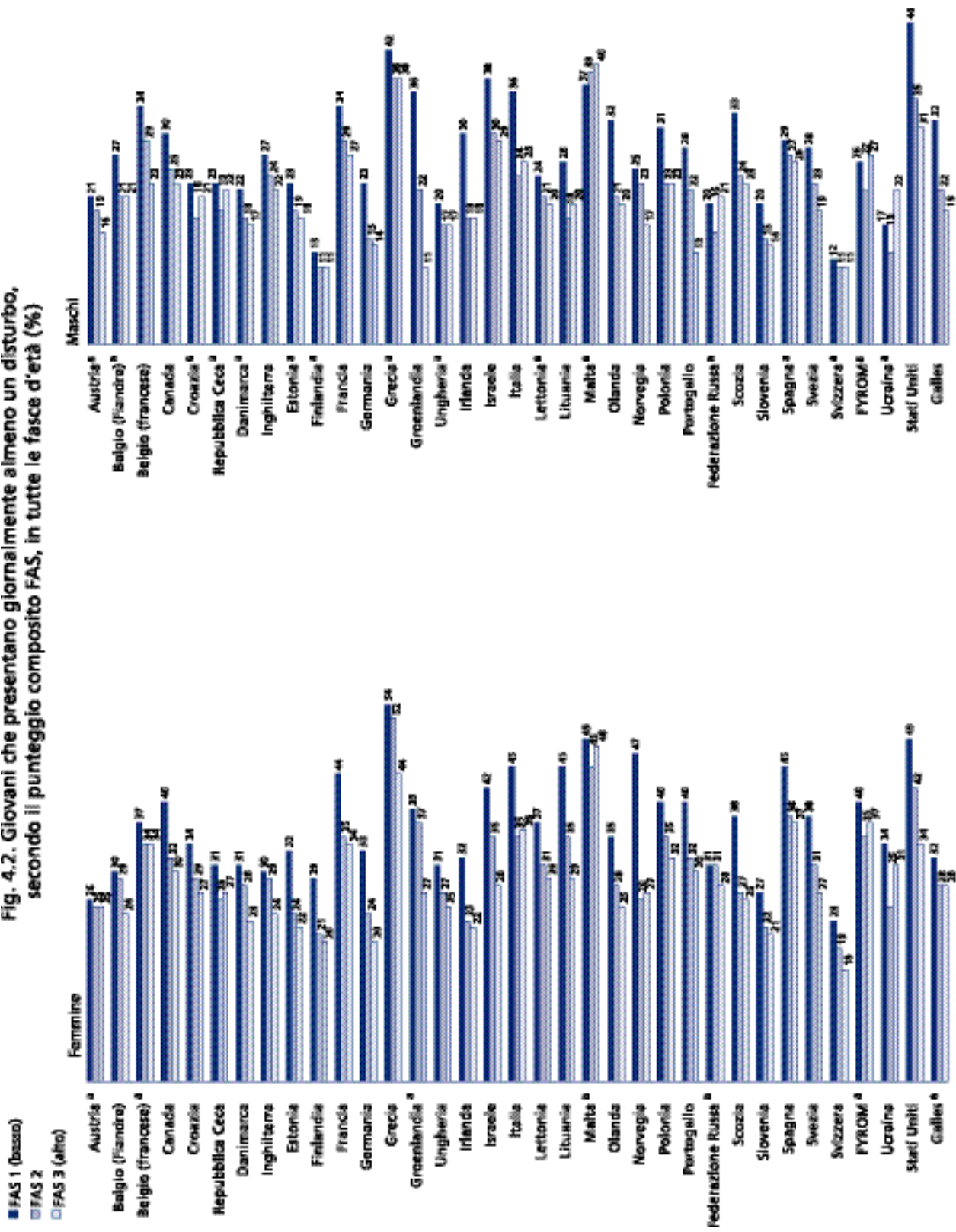
Fig. 4.1. Giovani che riportano una percezione della salute scadente, secondo il punteggio composto FAS, in tutte le fasce d'età (%)



* Il calo FAS non è statisticamente significativo con un livello $P < 0.05$.

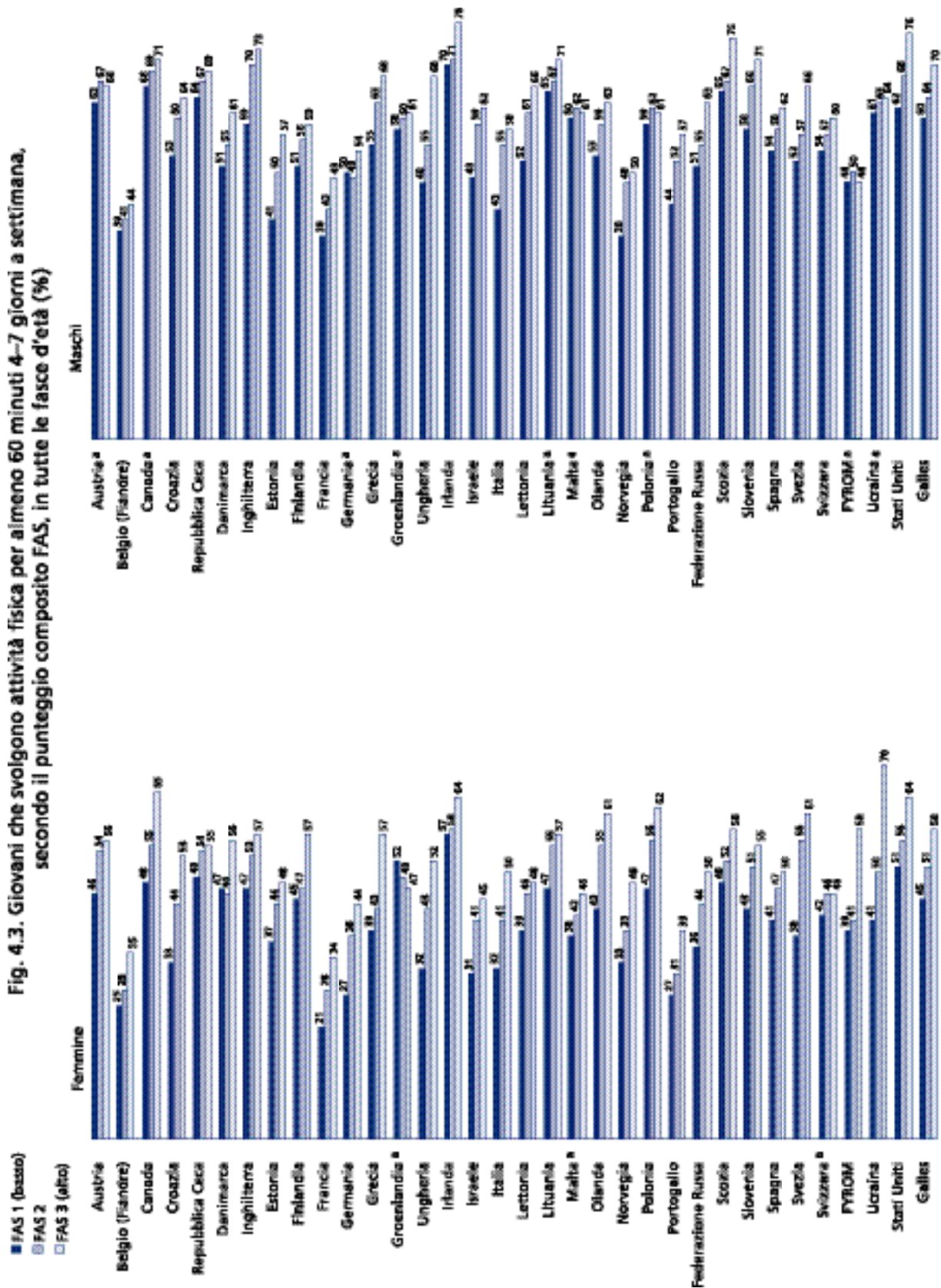
Nota: Dati non disponibili per la Francia

Fig. 4.2. Giovani che presentano giornalmente almeno un disturbo, secondo il punteggio composto FAS, in tutte le fasce d'età (%)



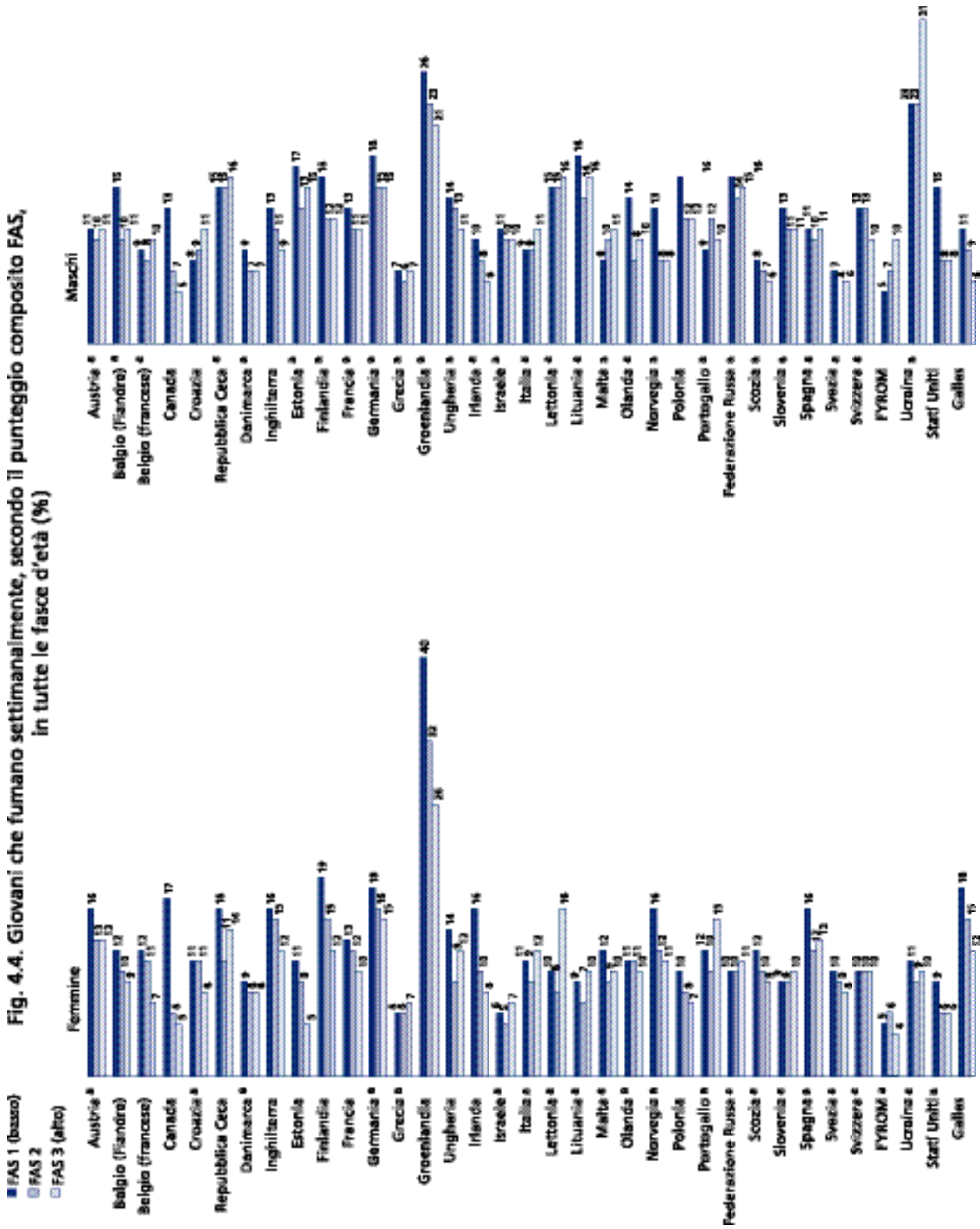
^a Il caso FAS non è statisticamente significativo con un livello P < 0.05.

Fig. 4.3. Giovani che svolgono attività fisica per almeno 60 minuti 4-7 giorni a settimana, secondo il punteggio composto FAS, in tutte le fasce d'età (%)



^a Il calo FAS non è statisticamente significativo con un livello P < 0.05. Nota: Dati non disponibili per il Belgio (francese).

Fig. 4.4. Giovani che fumano settimanalmente, secondo il punteggio composto FAS, in tutte le fasce d'età (%)



* il caso FAS non è statisticamente significativo con un livello P < 0.05.

maggior partecipazione all'attività fisica. Il risultato sul fumo in rapporto alla FAS, tuttavia, mostrano pochissima coerenza.

Ricapitolando, i risultati qui presentati confermano la principale osservazione della ricerca esistente sull'ineguaglianza sociale nella salute dei giovani, ovvero che il rapporto tra condizione socioeconomica e salute varia a seconda delle valutazioni dei risultati sulla salute, per sesso e per paese. Sebbene dai dati trasversali non si possano dedurre relazioni causali, alcune valutazioni sulla salute e sugli stili di vita ad essa collegati (come la salute percepita e l'attività fisica) sembrano essere più sensibili rispetto alle condizioni socioeconomiche della famiglia piuttosto che ad altre. I fattori sociali e individuali, piuttosto che l'agiatezza familiare, sembrano avere più influenza sul fumo sia per i maschi che per le femmine in molti paesi e regioni. Per esempio, un'precedente ricerca HBSC ha dimostrato che fumare è strettamente correlato con la quantità di denaro disponibile, che potrebbe provenire da una serie di fonti al di fuori della famiglia (17).

Questa sezione permette di fare dei confronti dei gradienti socioeconomici della salute, tra i sessi e tra paesi rispettivamente, utilizzando un indicatore comune della condizione socioeconomica. In questa sezione si mette altresì in discussione che la FAS sia uno strumento di studio delle ineguaglianze sociali per quanto riguarda le conseguenze sulla salute dei paesi che mostrano differenze significative in termini di agiatezza generale e di struttura occupazionale.

Il meccanismo che stanno dietro le ineguaglianze sociali nella salute sono complessi e possono derivare da vari processi strettamente correlati. Alcuni ribadiscono energicamente che la ricchezza materiale gioca un ruolo chiave nella formazione delle ineguaglianze nella salute (4,15), e la FAS prova ad affrontare questa questione fornendo dei dati sulla ricchezza. Un'altra ipotesi suggerisce che i processi psico-sociali possono essere rilevanti e le percezioni di ineguaglianza possono svolgere un ruolo importante nella salute e nel comportamento dei giovani. Rahkonen e Lahelma (19) suggeriscono che le aspirazioni dei giovani sono un importante fattore psico-sociale. West (20) suggerisce che il gruppo dei pari rappresenta un fattore sociale importante per la salute. Infine, i giovani provenienti da famiglie con basse condizioni socioeconomiche possono instaurare delle relazioni sociali più deboli con la scuola (21,24), e ciò può mediare l'effetto della posizione socioeconomica sulla salute.

Lo studio HBSC fornisce un'opportunità per esaminare i livelli di ineguaglianza sociale nella salute in relazione ai fattori contestuali come la promozione della salute, le politiche economiche e di intervento sociale e i macrofattori economici. Quest'ultimo fattore può comprendere l'agiatezza generale, l'ineguaglianza di reddito e l'investimento per la salute e per l'istruzione. È possibile approfondire l'argomento sull'impatto di questi fattori negli studi di paesi con un grado relativamente basso di ineguaglianza sociale nella salute dei giovani.

Bibliografia

1. Currie C et al., eds. Health and health behaviour among young people. International report from the HBSC 1997/98 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf, accessed 27 January 2004).
2. Currie CE et al. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children survey. *Health Education Research*, 1997, 12:385–397.
3. Reading R. Poverty and the health of children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 1997, 76:463–467.
4. Spencer NJ. Poverty and child health. Oxford, Radcliffe Medical Press, 1996.
5. Starfield B et al. Social class gradients in health during adolescence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:354–361.
6. Woodroffe C et al. Children, teenagers and health. The key data. Buckingham, Open University Press, 1993.
7. Bremberg S. [Social inequalities in ill health among children and young people in Sweden – A review]. Stockholm,

- National Institute of Public Health, 2002 (in Swedish).
8. Olsen O, Madsen M. Effects of maternal education on infant mortality and stillbirths in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1999, 22:128–136.
 9. Laflamme L, Engstrom K. Socioeconomic differences in Swedish children and adolescents injured in road traffic incidents: cross sectional study. *BMJ*, 2002, 324:396–397.
 10. Burr ML, Verrall C, Kaur B. Social deprivation and asthma. *Respiratory Medicine*, 1997, 91:603–608.
 11. Mielck A, Reitmeir P, Wjst M. Severity of childhood asthma by socioeconomic status. *International Journal of Epidemiology*, 1996, 25:388–393.
 12. Petersen T et al. [Children's health by the end of compulsory school]. Copenhagen, National Institute of Public Health, 2000 (in Danish).
 13. Berntsson LT. Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996 [dissertation]. Gothenburg, Nordic School of Public Health, 2000.
 14. Halldorsson M et al. Socioeconomic differences in children's use of physician services in the Nordic countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:200–204.
 15. Lipman EL, Offord DR, Boyle MH. Relation between economic disadvantage and psychosocial morbidity in children. *Canadian Medical Journal*, 1994, 151:431–437.
 16. van der Lucht LF, Groothoff J. Social inequalities and health among children aged 10–11 in the Netherlands: causes and consequences. *Social Science and Medicine*, 1995, 40:1305–1311.
 17. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:41–52.
 18. Lowry R et al. The effect of socioeconomic status on chronic disease risk behaviors among US adolescents. *JAMA*, 1996, 276:792–797.
 19. Rahkonen O, Lahelma E. Gender, social class and illness among young people. *Social Science and Medicine*, 1992, 34:649–656.
 20. West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine*, 1997, 44:833–858.
 21. Vuille JC, Schenkel M. Social equalization in the health of youth. The role of the school. *European Journal of Public Health*, 2001, 11:287–293.
 22. Haugland S. School related stress, physical activity, and health complaints in adolescence [dissertation]. Bergen, University of Bergen, 2001.
 23. Torsheim T et al. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science and Medicine* (in press) (<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.032>, accessed 2 April 2004).
 24. Due P et al. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57(9):692–698.

Famiglia e salute – Michael Pedersen, Maria Carmen

Granado Alcón and Carmen Moreno Rodriguez

Introduzione

Lo studio HBSC rappresenta un'importante opportunità per iniziare ad esaminare le conseguenze sulla salute alla luce dei rapporti delle strutture familiari. Malgrado un continuo mutamento della definizione di famiglia e una crescente accettazione di strutture familiari alternative in alcune culture, la qualità dei rapporti all'interno del nucleo familiare ha un peso maggiore della struttura familiare. Il funzionamento della famiglia, piuttosto che la definizione dei ruoli all'interno di essa, è fondamentale per un sano sviluppo dei giovani.

I buoni rapporti con i propri familiari e con i genitori suggeriscono che vi possa essere un calo delle probabilità che i giovani adottino comportamenti a rischio, come ad esempio fumare (1) e sono stati collegati a esiti positivi per la salute, come il benessere psicofisico percepito (2–4). Inoltre, una comunicazione aperta tra genitori e figli è stata interpretata come sinonimo di rapporto efficace (2,5).

In questa parte si prendono in esame i diversi tipi di strutture familiari e di ambienti domestici presentati nel Capitolo 2 (pagg. 26–33). Molte persone che lavorano nell'ambito della salute, come per esempio quelli della ricerca o delle politiche sociali, sono interessate al possibile effetto che i cambiamenti della struttura familiare hanno sul benessere psicofisico dei suoi componenti e, in particolare, dei giovani. Per esempio, la struttura familiare può influire sui modelli di comunicazione, anche se qualunque effetto può essere multidimensionale. Altri ricercatori prestano più attenzione alle conseguenze sulla salute in relazione ai differenti tipi di ambiente domestico (2,6). Per esempio, vivere in un ambiente familiare nel quale vi sia una buona comunicazione può ridurre la possibilità di adottare comportamenti a rischio.

Questa sezione prende in esame la salute percepita e il fumo in rapporto alla percezione della facilità di comunicazione con i genitori all'interno della struttura familiare.

Metodi

Una buona comunicazione sia con la madre che con il padre è stata considerata come aspetto della relazione genitoriale di sostegno, che può influire positivamente sulla vita dei giovani. L'autovalutazione della salute si basa sulle percentuali ricavate dalle risposte di maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che percepiscono la loro salute come buona o eccellente. Abbiamo scelto queste categorie di risposta per mostrare le conseguenze positive sulla salute. Inoltre, abbiamo preso in esame i giovani che non fumano ed evitano, quindi, tale comportamento a rischio.

Abbiamo anche analizzato la struttura familiare. A causa delle variazioni tra i paesi, per l'analisi abbiamo scelto il seguente sottogruppo di paesi e regioni: Danimarca, Inghilterra, Norvegia, Svezia, Stati Uniti e Galles. In questi casi almeno il 10% degli intervistati dichiara di vivere in famiglia con entrambi i genitori, monoparentale o adottiva. L'analisi che seguono si basa su questi giovani, per i quali è disponibile un dataset considerevole ($n=24\,153$). Per scopi semplificativi e in alcuni casi a causa dell'esiguo numero degli intervistati in ogni categoria, abbiamo raggruppato le categorie delle famiglie monoparentali con quelle adottive.

I Capitoli 2 (pag. 27) e 3 (pagg. 56, 64–65) danno una descrizione completa delle variabili esaminate.

Risultati

Comunicazione e autovalutazione della salute

Il Capitolo 2 rivela che i giovani hanno una migliore comunicazione con la madre ed evidenzia notevoli differenze tra maschi e femmine per quanto riguarda una buona comunicazione con il padre.

Un'analisi aggregata dei dati (utilizzando il test del chi-quadrato e testando le differenze nelle

Table 4.1. Maschi che considerano la propria salute buona o eccellente, per paese e con facilità di comunicazione percepita con i genitori (%)

Paese	Maschi in buona salute (%)			
	Comunicazione con la madre		Comunicazione con il padre	
	Facile	Difficile	Facile	Difficile
Danimarca	90.5	81.9	91.3	83.4
Inghilterra	83.6	74.1	84.9	74.7
Norvegia	86.7	76.6	88.3	76.3
Svezia	91.2	80.0	91.7	82.5
Stati Uniti	86.6	78.0	87.9	77.7
Galles	81.5	70.3	81.6	74.2

Table 4.2. Femmine che considerano la propria salute buona o eccellente, per paese e con facilità di comunicazione percepita con i genitori (%)

Paese	Femmine in buona salute (%)			
	Comunicazione con la madre		Comunicazione con il padre	
	Facile	Difficile	Facile	Difficile
Danimarca	86.1	74.2	88.4	78.3
Inghilterra	75.9	65.2	77.8	70.2
Norvegia	81.6	67.3	84.1	73.5
Svezia	87.0	69.9	90.1	75.8
Stati Uniti	80.8	67.7	84.4	71.9
Galles	72.2	58.3	75.3	64.0

percentuali) dei sei paesi del sottogruppo (non indicato) e l'analisi separata per sesso e per paese (Tabelle 4.1 e 4.2) rivela che una buona comunicazione sia con la madre che con il padre è strettamente correlata al fatto di percepire la propria salute come buona o eccellente.

Guardando i paesi e le regioni uno per uno, la Tabella 4.1 evidenzia range di valori molto simili (percentuali con salute buona o eccellente) per i maschi che considerano facile o molto facile parlare con la madre e il padre. Si nota solo una leggera sovrapposizione dei valori per quelli che considerano difficile la comunicazione con i genitori. Le femmine che comunicano facilmente con entrambi i genitori mostrano dei risultati con un range di valori molto simili riguardo alla salute percepita (Tabella 4.2). Tali valori si sovrappongono con quelli delle femmine che considerano difficile la comunicazione con il padre e la madre.

Per concludere, i paesi e le regioni mostrano un andamento uniforme di miglior benessere psicofisico in rapporto a una migliore comunicazione.

Comunicazione e non fumatori

Un'analisi aggregata dei dati di sei membri del sottogruppo (non indicato) e l'analisi separata per sesso e per paese (Tabelle 4.3 e 4.4) rivela che la facilità di comunicazione con entrambi i genitori è in maniera significativa associata al fatto di non fumare.

Le Tabelle 4.3 e 4.4 indicano che, come nel caso dell'autovalutazione della propria salute, si sono

Table 4.3. Maschi che non fumano, per paese e con facilità di comunicazione percepita con i genitori (%)

Paese	Maschi non fumatori (%)			
	Comunicazione con la madre		Comunicazione con il padre	
	Facile	Difficile	Facile	Difficile
Danimarca	89.1	82.4	89.9	83.4
Inghilterra	87.1	76.5	86.9	81.4
Norvegia	88.0	75.8	88.6	79.0
Svezia	92.4	77.5	93.4	79.5
Stati Uniti	87.7	82.7	88.2	82.9
Galles	90.9	80.5	90.7	84.7

Table 4.4. Femmine che non fumano, per paese e con facilità di comunicazione percepita con i genitori (%)

Paese	Femmine non fumatrici (%)			
	Comunicazione con la madre		Comunicazione con il padre	
	Facile	Difficile	Facile	Difficile
Danimarca	88.8	82.3	90.1	84.6
Inghilterra	83.1	66.6	85.4	75.1
Norvegia	84.4	68.2	88.4	73.3
Svezia	89.4	77.0	91.1	82.3
Stati Uniti	92.2	83.8	94.1	86.9
Galles	86.8	69.3	89.2	77.9

osservati rangedivalorimoltosimilidi percentualidinonfumatoritramaschichecomunicanofacilmente o molto facilmente con i genitori. Non si è osservata alcuna sovrapposizione di valori fra coloro che consideranodifficilela comunicazione. Tralefemminela facilitàdicomunicazione conentrambiigenitori mostradeirisultati con un rangedivalorisimiliche coincidono leggermente con quelle che considerano difficile la comunicazione con la madre e il padre.

Struttura della famiglia

ComeabbiamospiegatonelCapitolo3,sonomoltiifattorichepossonoinfluire sulla salute deigiovani è fra questi la struttura familiare può essere uno di quelli da considerare quando si esaminano le differenze.

Nei sei paesi e regioni del sottogruppo, il 74% dei giovani (n = 17 105) vive con entrambi i genitori e il 26% (n = 5964) vive o con un solo genitore o con genitori adottivi.

Comunicazione

Cisonodelledifferenzeminime, mastatisticamentesignificativeriguardo alla facilità di comunicazione con la madre a seconda della struttura della famiglia. I giovani nelle famiglie con due genitori hanno modelli di comunicazione leggermente più semplici (83%) di quelli nelle categoria che racchiude le famiglie monoparentali o adottive (79%). Si può dire lo stesso riguardo alla comunicazione con il padre (il 64%) nelle famiglie con due genitori contro il 59% nelle famiglie monoparentali o adottive.

Struttura della famiglia e autovalutazione della propria salute

I maschi tendono a valutare la propria salute come buona o eccellente rispetto alle femmine, a prescindere dalla struttura della famiglia.

In generale, la percezione della salute è notevolmente associata alla struttura familiare. Infatti, i giovani che considerano la loro salute buona o eccellente e che vivono con entrambi i genitori sono più numerosi rispetto a quelli che vivono con un solo genitore o con una famiglia adottiva (l'83% e il 78%, rispettivamente). L'associazione vale anche per l'analisi in base al sesso (Tabella 4.5). Le eccezioni sono rappresentate dai maschi in Danimarca e dalle femmine in Svezia e Norvegia. Tuttavia, le differenze nelle percentuali di coloro che si considerano in condizioni di salute buona o eccellente sono relativamente minime rispetto alla struttura della famiglia e uniformemente inferiori al 10% in entrambi i sessi.

Table 4.5. Maschi che considerano la propria salute buona o eccellente, secondo il paese e la struttura familiare (%)

Paese	Maschi in buona salute (%)		Femmine in buona salute (%)	
	Entrambi i genitori	Famiglia monoparentale o adottiva	Entrambi i genitori	Famiglia monoparentale o adottiva
Svezia	90.8	87.4	86.0	82.3
Danimarca	89.3	86.0	84.9	79.8
Norvegia	86.4	82.2	80.8	77.0
Stati Uniti	85.8	81.8	79.6	72.1
Inghilterra	83.4	78.9	76.1	69.0
Galles	81.5	73.5	70.9	64.3

Struttura della famiglia e non fumatori

Le femmine sono più inclini a fumare, a prescindere dalla struttura familiare.

In generale, la condizione di non fumatore è fortemente associata con la struttura della famiglia: sono meno numerosi i giovani non fumatori che vivono con un solo genitore o con la famiglia adottiva rispetto a quelli che vivono con entrambi i genitori (l'88% e l'81%, rispettivamente). Per entrambi i sessi sono significative le associazioni tra la struttura familiare e il fatto di non fumare, ad eccezione delle femmine in Danimarca e dei maschi in Svezia (Tabella 4.6).

Table 4.6. Giovani che non fumano, secondo il paese e la struttura familiare (%)

Paese	Maschi non fumatori (%)		Femmine non fumatrici (%)	
	Entrambi i genitori	Famiglia monoparentale o adottiva	Entrambi i genitori	Famiglia monoparentale o adottiva
Danimarca	89.4	82.6	87.9	85.1
Inghilterra	87.5	79.6	84.2	71.1
Norvegia	87.9	81.3	83.9	75.7
Svezia	91.5	89.1	90.7	81.3
Stati Uniti	88.0	83.2	92.0	85.3
Galles	90.2	84.0	86.3	74.2

Conclusioni

Un'indagine preliminare di un sottoinsieme di dati dimostra che il contesto della famiglia è collegato sia alla percezione della salute che al consumo di tabacco. Si può tuttavia mettere in discussione il fatto che tali risultati anziché fornire delle risposte, sollevino invece altre domande.

Uno dei punti di forza dello studio HBSC è quello di esaminare il comportamento in rapporto a una serie di fattori che influiscono sulla salute e sul benessere psicofisico di bambini e adolescenti. Questa sezione sottolinea l'importanza della protezione svolta dalla comunicazione e dalla struttura familiare. Questo non vuol dire che i maschi che vivono in famiglie dove la comunicazione è scadente sono destinati a fumare e nemmeno che tutti i giovani appartenenti a famiglie monoparentali o adottive avranno una salute scadente. Infatti, ciò che si può dedurre da questi risultati è che, sia la comunicazione sia la struttura familiare sembrano influire sulla salute. Questi non sono gli unici determinanti delle conseguenze sulla salute, poiché è risaputo che vi sono altri fattori sociali e individuali.

In altre parti del libro gli Autori hanno espresso argomentazioni convincenti riguardo al fatto che la condizione socioeconomica, l'ambiente scolastico e validi modelli nutrizionali e di attività fisica, per esempio, contribuiscono alla salute e al benessere psicofisico dei giovani. Successive analisi della struttura familiare e della comunicazione richiederanno un approccio più vasto.

Uno dei limiti delle analisi presentate in questa sezione è che si riferiscono solo a un sottogruppo di intervistati. Come spiegato, questo succede perché le analisi includono la struttura familiare. In alcuni paesi la struttura familiare non è ancora cambiata in sostanza e predomina la famiglia tipica (con entrambi i genitori). Un altro limite è dato dal fatto che il questionario standard HBSC contiene poche domande che riguardano la famiglia e l'eventuale influenza che essa ha sulle variabili delle conseguenze sulla salute. Malgrado ciò, molti paesi e regioni che hanno partecipato allo studio HBSC hanno ampliato il loro interesse sulla famiglia, e quindi le prossime pubblicazioni analizzeranno in modo più approfondito queste relazioni e interazioni.

Bibliografia

1. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:41–52.
2. King A et al. *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, No. 69; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53, accessed 28 January 2004).
3. Garnefski N, Diekstra R. Adolescents from one parent, stepparent, and intact families: emotional problems and suicide attempts. *Journal of Adolescence*, 1997, 20:201–208.
4. Swarr AE, Richards M. Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perception of pubertal timing, and parental relations on eating problems. *Developmental Psychology*, 1996, 32(4):636–646.
5. Field T et al. Adolescents' intimacy with parents and friends. *Adolescence*, 1995, 30(117):133–140.
6. Furstenberg FF. Coming of age in a changing family system. In: Feldman SS, Elliott GR, eds. *At the threshold: the developing adolescent*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1993:147–170.

Gruppo dei pari e salute – Wolfgang Settertobulte and Margarida Gaspar de Matos

Introduzione

Il Capitolo 2 (pagg. 34–41) introduce l'importanza del ruolo del gruppo dei pari durante l'adolescenza e in questa sezione, si analizza il modo in cui esso influisce sulla salute.

Il gruppo dei pari è visto come uno dei fattori che possono influire sugli stili di vita collegati alla salute dei giovani. L'influenza dei pari è stata spiegata in vari modi. Si è riscontrato, per esempio, che la pressione esercitata dal gruppo dei pari è responsabile dell'assunzione e del mantenimento di comportamenti a rischio (1,2). Non sempre risulta chiaro se gli adolescenti cerchino gli amici con modelli di comportamenti simili ai loro o se il conformismo sia uno degli effetti prodotti dal gruppo, facendo così adottare ai membri appartenenti modelli di comportamenti simili. Alcune teorie sottolineano l'importanza del conformismo come parte del processo di comunicazione all'interno del gruppo (3), esigenza che può portare a un calo o a un aumento dell'assunzione di comportamenti a rischio. Fra i predittori del comportamento legato al fumo tra le femmine, per esempio, le percentuali più elevate sono collegate alla socievolezza e al fatto di avere amici che fumano (4,5). Il comportamento a rischio e in particolare il consumo di tabacco, può essere l'esibizione dei valori tipici di un determinato gruppo di amici. Tale comportamento a rischio aiuta a mantenere il gruppo unito, diventando un modo di interagire attraverso rituali condivisi. Tale modello concettuale indica che adottare comportamenti a rischio fa parte del comportamento collettivo, stabilito da determinate norme da un gruppo di amici che talora i valori derivano dal bisogno di integrazione sociale e di distinzione del gruppo (6).

I giovani con un elevato grado di socievolezza hanno buone probabilità di avere tanti amici e di mostrare più attaccamento sociale (7,8). Quelli con abilità sociali hanno la possibilità di migliorare la loro socievolezza e la capacità di risolvere i problemi attraverso l'interazione con il gruppo dei pari. Gli effetti si possono osservare al momento di prendere decisioni, stabilire delle priorità, resistere all'influenza del gruppo e nella leadership (9). Infatti, buone capacità di comunicazione e un alto grado di attaccamento sociale hanno dimostrato di avere un effetto di protezione contro le influenze negative del gruppo dei pari, per esempio rispetto al consumo di alcol e droga (10, 11).

La maggior parte delle ricerche sull'influenza esercitata dal gruppo dei pari si concentra sui rischi derivanti dall'appartenenza a un gruppo, anche se il contatto con gli amici è altresì importante per lo sviluppo di fattori di protezione. Berndt (12) afferma che esistono entrambi i tipi di influenza, a seconda dei bisogni sociali e personali del giovane che devono essere tenuti in considerazione per comprendere le complessive dinamiche delle influenze esercitate dai pari. I giovani esercitano o migliorano le loro capacità di socializzare e di affrontare episodi di stress per mezzo dell'interazione con gli amici (13). Avere molti amici veri denota la capacità di instaurare dei rapporti solidi con gli altri. Un sostegno significativo dal punto di vista sociale è correlato alla percezione della propria salute e degli stili di vita ad essa collegati (14–16).

Questa sezione presenta alcune analisi preliminari delle relazioni tra le valutazioni di appartenenza al gruppo dei pari (numero di amici veri e frequenza degli incontri) e diverse valutazioni sul rischio per la salute e sul comportamento per quanto riguarda la promozione della salute.

Metodi

Ascopo illustrativo, sono presentati i dati per la sola fascia di età dei tredicenni. Per l'analisi delle relazioni tra il numero di amici veri e le conseguenze sulla salute, il campione è stato diviso in due gruppi: maschi e femmine con uno o due amici veri e quelli con tre o più amici.

Sono stati presi in considerazione anche i risultati in base al sesso e alla frequenza degli incontri con gli amici (una o due volte a settimana e tre o più volte a settimana). Il Capitolo 2 (pag. 34) descrive le

questioni rilevanti dell'indagine.

Sono state selezionate le seguenti variabili come tipici comportamenti a rischio: il consumo di tabacco giornaliero, il consumo di alcol più di due volte alla settimana e l'ubriacarsi due o più volte alla settimana.

Il Capitolo 3 (pagg. 64–65, 75–76,) fornisce dettagli sulle relative domande.

L'attività fisica (Capitolo 3, pag. 95) è stata scelta come esempio di comportamento per promuovere la salute. Sono stati presi in considerazione sia il numero che il sesso degli amici di quelli che hanno dichiarato di fare attività fisica.

Risultati

Dimensione del gruppo dei pari

Alcuni risultati emersi da una precedente ricerca HBSC hanno dimostrato che fumare regolarmente è strettamente associato al fatto di frequentare i propri pari e ad altri comportamenti a rischio (2, 17).

Tra i maschi e le femmine di 13 anni, la percentuale dei fumatori giornalieri è piccola. Tuttavia, la Fig. 4.5 indica che sia i maschi che le femmine che dichiarano di avere tre o più amici veri, hanno anche più probabilità di essere fumatori giornalieri. Tale associazione sembra essere influenzata anche dal sesso degli amici. Per le femmine di 13 anni con tre o più amici, la probabilità di essere delle fumatrici giornaliere è più del doppio se nel gruppo di amici ci sono dei maschi. È stata esaminata anche l'influenza degli amici sui modelli di attività fisica. L'attività fisica viene svolta con più frequenza dagli intervistati che hanno un maggior numero di amici (Fig. 4.6). Per i maschi di 13 anni la percentuale riferita all'attività fisica è del 10% in più se hanno tre o più amici, siano essi maschi o femmine. Anche le ragazze con tre o più amici svolgono più attività fisica.

Quantità e frequenza dei contatti con gli amici

Lo studio HBSC del 2001/2002 conferma i risultati delle precedenti indagini HBSC: la frequenza dei contatti con gli amici è associata ai comportamenti a rischio (1, 2). Tutti i tipi di contatto, siano essi

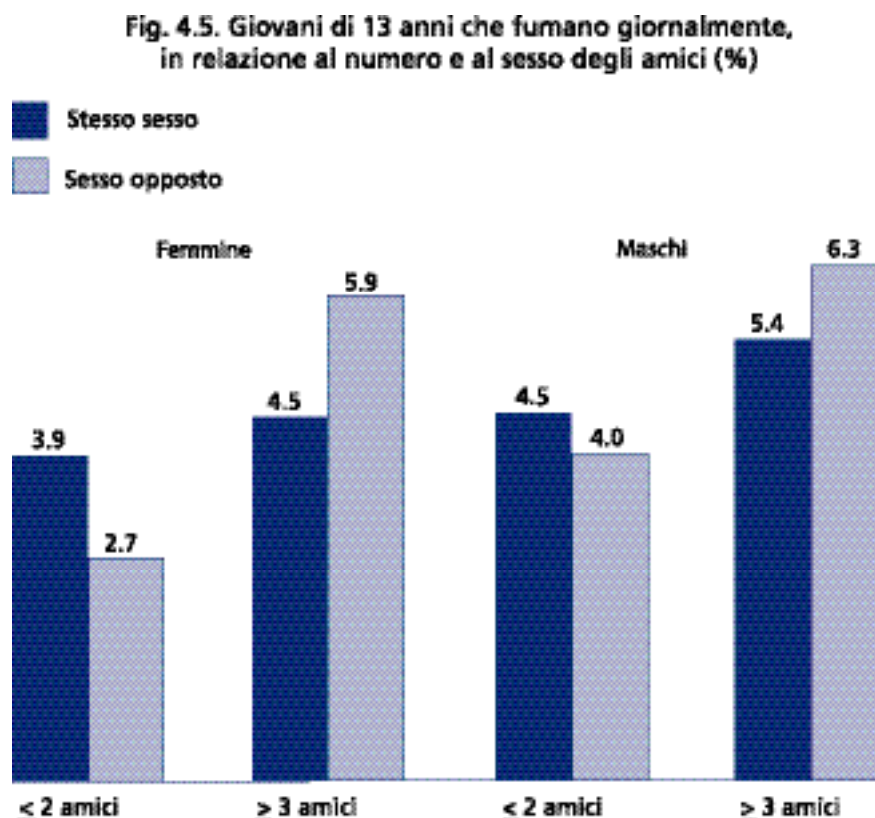


Fig. 4.6. Giovani di 13 anni che svolgono attività fisica per almeno 60 minuti 4-7 giorni a settimana, in relazione al numero e al sesso degli amici (%)

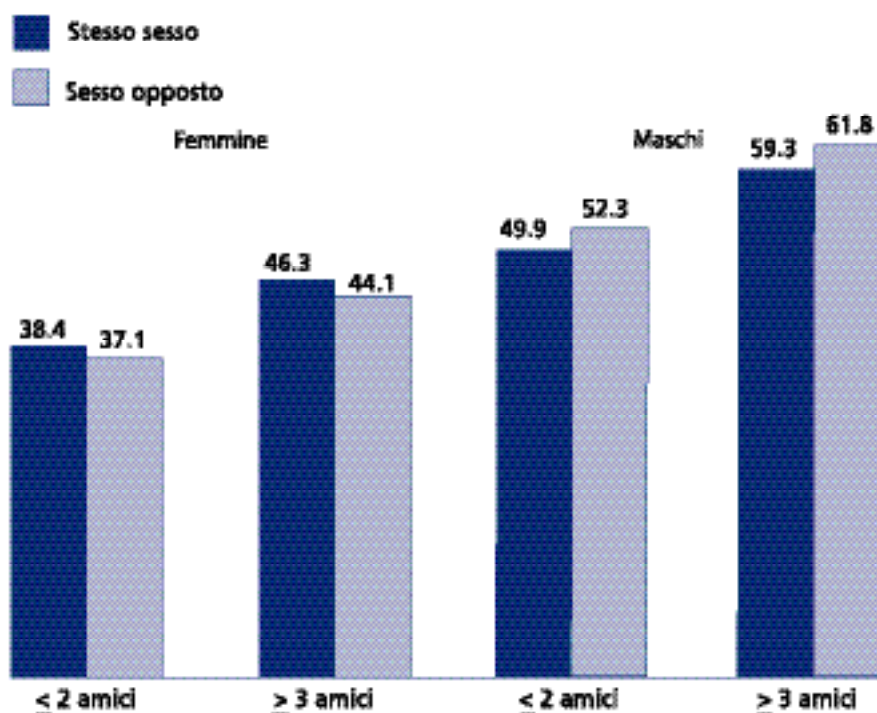
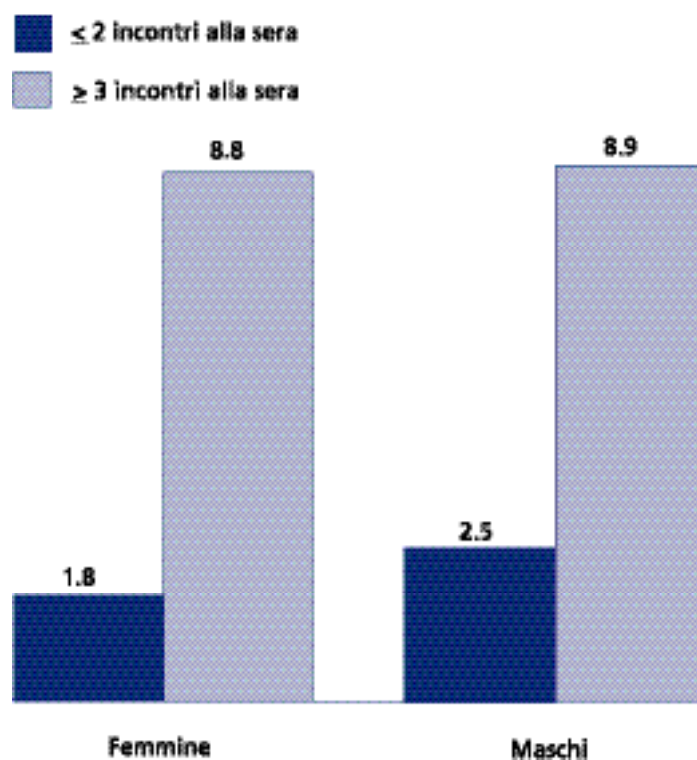


Fig. 4.7. Giovani di 13 anni che fumano giornalmente, in relazione al numero di incontri con amici la sera (%)



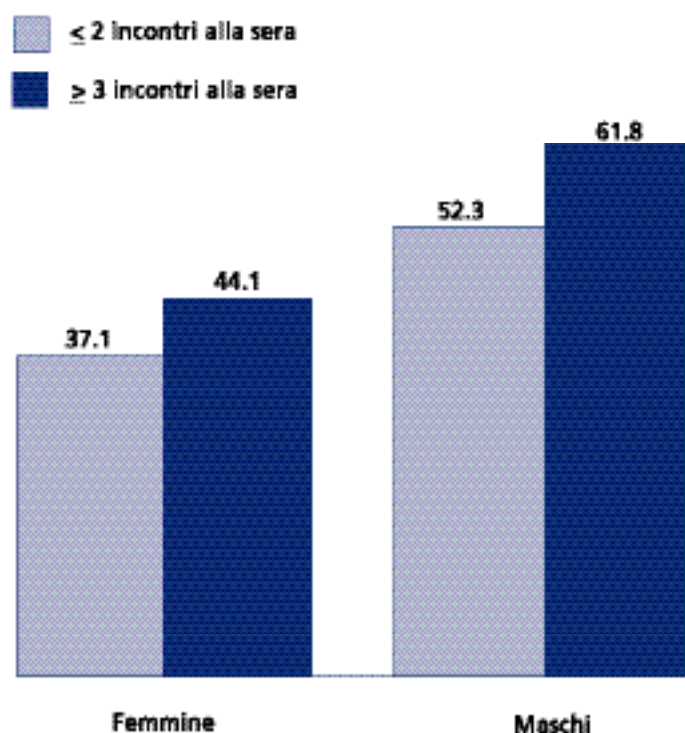
appuntamenti nel pomeriggio dopo la scuola, alla sera o per mezzo di mezzi di comunicazione elettronica, possono incidere sui comportamenti a rischio. Mentre l'effetto dell'incontro pomeridiano e il contatto per telefono o per e-mail è in confronto debole (dati non indicati), i frequenti incontri serali sono più fortemente associati all'uso di sostanze. La Fig. 4.7 evidenzia le percentuali di fumatori giornalieri in relazione alla frequenza degli incontri serali con gli amici. Il rischio di consumo di tabacco giornaliero è più elevato tra i maschi e le femmine che incontrano gli amici la sera per tre o più volte in settimana. Effetti simili si possono notare per il consumo di alcol (Tabella 4.7). La frequenza degli incontri serali con gli amici è fortemente associata al rischio di un regolare consumo di alcol. Tra i maschi di 13 anni la probabilità di consumare alcolici più di due volte in settimana aumenta di 2,6 volte con una frequenza di 3 o più incontri serali con gli amici. Per le femmine il relativo indice di rischio è 3,9. La frequenza nell'ubriacarsi è solo debolmente associata a un regolare consumo di alcol a livello individuale, ma si notano simili modelli di associazione con la frequenza del contatto con i pari: la probabilità per gli adolescenti di ubriacarsi triplica o quadruplica se si incontrano la sera con gli amici tre o più volte in

Table 4.7. Associazioni tra il consumo di alcol e gli incontri con gli amici ≥ 3 sere a settimana, per i giovani di 13 anni

Consumo di alcol	Rapporto di probabilità	
	Maschi	Femmine
Consumo regolare (≥ 2 due volte la settimana)	2.6	3.9
Episodi di ubriachezza ≥ 2 volte	3.4	4.0

Nota: Il rapporto di probabilità è stato calcolato utilizzando la regressione logistica. Tutte le associazioni sono statisticamente significative ($P \geq 0.001$).

Fig. 4.8. Giovani di 13 anni che svolgono attività fisica per almeno 60 minuti 4-7 giorni alla settimana, in relazione al numero di incontri con gli amici la sera (%)



settimana. La frequenza del contatto con i compagni alla sera è anche associata all'attività fisica (Fig. 4.8). Le femmine di 13 anni che dichiarano di incontrare i compagni più di tre volte a settimana svolgono il 7% in più di attività fisica di quelle che escono quattro volte in settimana. Tra i maschi di 13 anni la differenza è di circa il 10%. Tali dati indicano che il contatto con i pari con questa frequenza può essere un'occasione per assumere comportamenti a rischio, ma anche un'occasione per svolgere attività fisica e sport utili per un sano sviluppo della persona.

Conclusioni

Alcune evidenze indicano che le femmine che hanno contatti con coetanei maschi sono più inclini a fumare. Sebbene tutti gli incontri fra amici, a dispetto della modalità, possano fornire l'opportunità e l'incentivo per assumere comportamenti a rischio, gli incontri la sera sono associati a un rischio maggiore. Precedenti ricerche HBSC confermano questo risultato.

I risultati dimostrano che gli incontri con gli amici non sono solo associati a comportamenti a rischio (come il consumo di sostanze), ma anche a comportamenti di protezione della salute (come l'attività fisica), sottolineando il fatto che, durante l'adolescenza, questi comportamenti assumono principalmente l'aspetto di attività sociali svolte in gruppo. Gli adolescenti raramente fumano o bevono da soli e solitamente svolgono attività fisica, come lo sport in compagnia di altri amici. Le caratteristiche del gruppo determinano le attività condivise piuttosto che la dimensione del gruppo e la frequenza degli incontri. Sebbene in questa sede non si è presentato al cuneo di riguardo questo argomento, le analisi dei dati futuri rivolgeranno alcune domande opzionali su questi argomenti.

Le strategie di prevenzione che si concentrano sul comportamento a rischio e sulla resistenza all'influenza del gruppo dei pari devono prendere in considerazione i bisogni evolutivi dei giovani. L'adolescenza non è forse il periodo più appropriato per introdurre sforzi di prevenzione mirati semplicemente a evitare il comportamento a rischio riducendo il contatto con il gruppo. Sembrano essere più promettenti le strategie che si concentrano su questioni come la comunicazione interpersonale, la risoluzione dei problemi, la consapevolezza emotiva e le prospettive per il futuro dell'individuo, attraverso la discussione e il gioco di ruolo (18,19).

Bibliografia

1. King AJC, Boyce WF, King MA. Trends in the health of Canadian youth. Ottawa, Health Canada, 1999.
2. Settertobulte W. Family and peer relations. In: Currie C et al., eds. Health and health behaviour among young people. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:39–48 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf, accessed 27 January 2004).
3. Hopkins N. Peer group processes and adolescent health related behaviour: more than 'peer group pressure'? *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1994, 4:329–345.
4. Killen JD et al. Prospective study of risk factors for the initiation of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, 65(6):1011–1016.
5. Paavola M, Vartiainen E, Puska P. Predicting adult smoking: the influence of smoking during adolescence and smoking among friends and family. *Health Education Research*, 1996, 11(3):309–315.
6. Connop H, King A, Boyce W. Youth smoking and the role of the peer group. Toronto, Ontario Tobacco Research Unit, 1999 (Working Paper Series, No. 47).
7. Bell NJ et al. Family relationships and social competence during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 1985, 14(5):109–119.
8. Decovic M, Meeus W. Peer relations in adolescence: effects of parenting and adolescents' self concept. *Journal of Adolescence*, 1997, 20(2):163–176.
9. Erwin P. Friendship and peer relations in children. Chichester, Wiley, 1993.
10. Ardel M, Day L. Parents, siblings, and peers: close social relationships and adolescent deviance. *Journal of Early Adolescence*, 2002, 22(3):310–349.

11. Brody G, Ge X. Linking parenting process and self-regulation to psychological functioning and alcohol use during early adolescence. *Journal of Family Psychology*, 2001, 16(3):351–362.
12. Berndt T. Friendship and friends' influence in adolescence. In: Muuss R, Porton H, eds. *Adolescent behaviour and society*. Boston, MacGraw-Hill, 1999.
13. Berndt T. Friendship and friends influence in adolescence. *Current directions in psychological science*, 1992, 1(5):156–159.
14. Cohen SW. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985, 98:310–357.
15. Taylor A, Sylvestre J, Botschner J. Social support is something you do, not something you provide: implications for linking formal and informal support. *Journal of Leisureability*, 1998, 25(4).
16. Muuss R, Porton H. *Adolescent behaviour and society*. Boston, MacGraw-Hill, 1999.
17. Nic Gabhainn S, François Y. Substance use. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:97–114 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
18. Matos M. Body, movement, social behaviour and social learning theory. *Portuguese Journal of Human Performance Studies*, 1995, 11(1):45–52.
19. Matos M, Simões C, Carvalhosa S. *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social* [Development of life skills for the prevention of social maladjustment]. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Instituto de Reinserção Social – Ministério da Justiça, 2000 (in Portuguese).

Scuola e salute – Ulrike Ravens-Sieberer, Gyöngyi Kökönyei and Christiane Thomas

Introduzione

Il Capitolo 2 (pagg. 42–51) prende in esame la scuola come luogo di lavoro dei giovani e considera come essi percepiscano i vari aspetti ad essa collegati, vale a dire il sostegno e la tensione, in relazione all'età e al sesso. Questa sezione si concentra sugli effetti che la scuola ha sulla salute, analizzando principalmente la relazione tra la percezione che i giovani hanno dell'ambiente scolastico e le relative conseguenze sulla loro salute.

Le esperienze dei giovani a scuola possono essere considerate come un percorso cruciale per lo sviluppo della loro autostima, della percezione di sé e del comportamento collegato alla salute. Tali fattori influenzano il modo di percepire la propria salute e la soddisfazione per la propria vita, sia presente che futura. Durante l'adolescenza, i giovani non solo vivono dei cambiamenti nel loro corpo, ma anche nell'ambito dei loro sistemi di sostegno sociale, come la famiglia, la scuola e i compagni (1). L'identità delle persone si afferma quando esse raggiungono la fiducia in sé stesse e conquistano delle competenze in ambito sociale e scolastico (2). Il rendimento è uno dei più importanti determinanti del concetto di sé nell'ambito scolastico, mentre l'accettazione e il sostegno da parte dei compagni – soprattutto dei compagni di classe – influenzano lo sviluppo del concetto di sé nel contesto sociale. La scuola è un luogo di cruciale importanza per lo sviluppo durante l'adolescenza dato che è il contesto in cui avviene la maggior parte delle interazioni con i compagni e in cui si valuta il rendimento scolastico.

Un ambiente scolastico positivo (per esempio, un clima sociale e il sostegno da parte dei compagni) e una buona integrazione dal punto di vista scolastico (come dimostrato dal rendimento scolastico e da bassi livelli di stress derivanti dalla scuola) possono aumentare il rendimento e le capacità. A sua volta, questo porta a un maggiore benessere psicofisico, a essere soddisfatti della propria vita e ad accusare meno disturbi di salute percepiti. Al contrario, uno scarso rendimento scolastico e poca accettazione da parte dei compagni può provocare una diminuzione degli effetti positivi sulla salute e aumentare i comportamenti a rischio (3). Di conseguenza, il contesto scolastico sembra essere sia un fattore di rischio che una risorsa per il benessere fisico, emotivo e sociale (4–6). I risultati di uno studio longitudinale svolto da Jessor et al. (7) mostrano che alcuni fattori come il buon rendimento scolastico (indicato dalla media scolastica dei voti) e un atteggiamento positivo verso la scuola e gli amici (nessun atto di bullismo compiuto o subito) prevengono l'insorgere di comportamenti problematici. Infatti, sia i bulli che le vittime del bullismo sono respinti dalla classe, hanno una salute più scadente e hanno più probabilità di adottare dei comportamenti a rischio. Inoltre, il bullismo e la vittimizzazione sono stati associati a un' inadeguata integrazione psicosociale (8,9). La vittimizzazione dei compagni porta a problemi interiorizzati (come depressione, ansia, e disturbi somatici) a problemi esteriorizzati (come l'aggressione) e a una minore autostima delle vittime (10).

L'età e il sesso giocano un ruolo importante nella determinazione dei fattori dell'ambiente scolastico che si ripercuotono negativamente sulla salute. Il fatto di concentrarsi sui propri progetti per il futuro che dipendono dal rendimento scolastico può essere causa di stress tra gli studenti delle scuole medie superiori, mentre un fattore come il rifiuto da parte dei compagni può fortemente influenzare la salute di chi frequenta la scuola elementare o media inferiore (11). Gli studenti più grandi sembrano anche essere meno soddisfatti della scuola rispetto a quelli più piccoli (12).

Per quanto riguarda le differenze tra i sessi, nell'arco della loro vita, sembra che le femmine nei momenti di stress facciano più affidamento alla loro rete sociale rispetto ai maschi (13); quindi, una mancanza percepita di tale sostegno può causare nelle femmine una salute percepita più scadente e meno soddisfazione per la propria vita durante l'adolescenza (11). Inoltre, i principali determinanti di autostima nelle femmine durante l'adolescenza sono la bellezza fisica e l'accettazione sociale. Il fallimento

percepito in uno di questi ambiti può provocare degli effetti negativi sulla salute in generale (14,15). Le femmine, inoltre, sono potenzialmente più esposte a disturbi emotivi e fisici rispetto ai maschi (16,17). Apparentemente queste differenze tra i sessi iniziano a svilupparsi molto presto con l'età (18).

Si ipotizza che i disturbi di salute percepiti possano essere responsabili dello stress. L'ambiente scolastico rappresenta una potenziale fonte di stress nei bambini e negli adolescenti: vale a dire, l'attività scolastica e il clima in classe (insegnanti, compagni). L'insoddisfazione per l'ambiente scolastico e una scarsa soddisfazione per la propria vita possono riflettere in parte i problemi di adattamento alle richieste della scuola, come quella relativa al rendimento scolastico (19,20). Al contrario, una percezione complessivamente positiva del clima in classe o a scuola è associata alla presenza di meno problemi emotivi e comportamentali (21). Secondo precedenti studi HBSC, i giovani che riferiscono una qualità di vita più elevata e che si sentono più in salute sono soddisfatti della scuola, si sentono sostenuti dai compagni di classe e dichiarano di avere aspettative non troppo elevate (12). Alcuni sintomi psicosomatici persistenti durante l'adolescenza possono derivare da scarse capacità scolastiche e sociali (22) e possono aumentare la possibilità di sviluppare problemi nell'età adulta. Per esempio, soffrire spesso di dolori addominali da bambini, preannuncia ansia e una scarsa socializzazione durante l'età adulta (23).

Inoltre, l'autostima riveste un ruolo significativo per le conseguenze sulla salute. Una bassa autostima preannuncia conseguenze sfavorevoli, mentre un'elevata autostima ne preannuncia di positive, come il buon umore e la mancanza di disturbi somatici e psicologici (24).

In conclusione, esistono molte prove che indicano che la forza e il sostegno delle relazioni sviluppate nel contesto sociale della scuola possono almeno in parte determinare lo stato di salute di una persona. Il Capitolo 2 evidenzia che agli studenti più grandi, in generale ai maschi, la scuola piace meno e che considerano il loro rendimento scolastico più scarso. La discussione e le analisi della relazione tra i fattori legati alla scuola e la salute devono considerare le diverse esperienze scolastiche vissute dai giovani e il ruolo dell'età e del sesso in tali differenze. Le analisi presentate nel Capitolo 3 (pagg. 55–62) concludono che le femmine di 15 anni sono particolarmente a rischio di salute scadente percepita. Per tale ragione, si presentano due serie di dati: una che prende in considerazione l'intera popolazione dei giovani intervistati e l'altra solamente i giovani di 15 anni. Ancora una volta, per mezzo dei dati trasversali, come quelli dell'indagine HBSC, si possono descrivere le relazioni tra i fattori della scuola e le conseguenze sulla salute, anche se non si possono dedurre i meccanismi causali.

Metodi

Nell'analisi presentata in questa sezione sono state prese in considerazione quattro domande: il gradimento scolastico, il rendimento scolastico, il sostegno dei compagni e lo stress scolastico (descritti nel Capitolo 2, pag. 43). Le domande sono utilizzate separatamente e come parte di una valutazione complessiva dell'esperienza scolastica. Per ogni giovane è stato calcolato un punteggio dell'esperienza scolastica a seconda delle risposte date alle quattro domande. I giovani sono stati classificati a seconda dell'esperienza che hanno della scuola: positiva, né positiva né negativa, negativa.

Ai giovani con un'esperienza scolastica positiva, piace molto la scuola, hanno rendimenti scolastici buoni o molto buoni, non si sentono stressati a causa dei compiti e sono d'accordo o molto d'accordo con tre affermazioni riguardo ai compagni di classe:

- molti dei miei compagni sono gentili e disponibili
- i miei compagni mi accettano così come sono
- alla maggior parte dei compagni piace stare assieme.

Ai giovani che hanno esperienze scolastiche prevalentemente negative, non piace la scuola, hanno un rendimento scolastico al di sotto della media, si sentono molto stressati a causa dei compiti e non sono d'accordo con almeno due delle tre affermazioni riguardanti i compagni di classe. I giovani che si posizionano nel gruppo di mezzo giudicano il loro rendimento scolastico né positivo né negativo, si

sentono un po' stressati a causa dei compiti e non sono d'accordo con una delle tre affermazioni riguardo i compagni di classe.

Questa sezione analizza il bullismo nella scuola e la sua relazione con le conseguenze sulla salute. È stata usata una frequenza degli atti di bullismo compiuti o subiti di due o più volte al mese. Il Capitolo 3 (pagg. 138–139) descrive le domande sul bullismo in maniera più dettagliata.

In questa sezione si esaminano le seguenti conseguenze sulla salute: salute percepita (salute buona o eccellente), soddisfazione per la propria vita (un punteggio di 6 o superiore a 6 della scala di Cantril), disturbi di salute percepiti (due o più disturbi sia giornalieri che più volte a settimana) e il consumo di tabacco (almeno una volta alla settimana). Il Capitolo 3 introduce le tre domande sulla salute percepita (pag. 56) e la domanda sul consumo di tabacco (pag. 64).

L'analisi presentata in questa sezione utilizza sia i dati aggregati per entrambi i sessi dei 35 paesi e regioni che hanno partecipato complessivamente allo studio HBSC sia i dati presi da ciascun paese. Le Tabelle 4.8 e 4.10 presentano l'analisi dei dati aggregati dei giovani di 15 anni, come il coefficiente di correlazione di Spearman. Le Figg. 4.9 e 4.12 presentano i dati dei singoli paesi di tutti i giovani di 11, 13 e 15 anni, di nuovo separatamente per maschi e femmine.

Risultati

Determinanti della scuola e conseguenze sulla salute

Per prima cosa sono stati analizzati e inseriti i dati sui giovani di 15 anni di tutti i paesi e regioni. Le analisi sono state condotte separatamente per i maschi e per le femmine, dal momento che la letteratura sull'argomento evidenzia che le associazioni tra le variabili scolastiche e le conseguenze sulla salute sono strettamente collegate al sesso. Per esempio, le femmine hanno più probabilità dei maschi di sviluppare disturbi di salute percepiti a causa dello stress scolastico. La Tabella 4.8 evidenzia i fattori dei risultati sulla salute e le loro associazioni con l'ambiente scolastico e le variabili riferite all'integrazione scolastica, utilizzando i dati aggregati di tutti i paesi e le regioni.

I determinati sono scarsamente correlati con i disturbi di salute percepiti e vi sono poche evidenze riguardo alle differenze tra sessi nell'andamento dell'associazione riscontrata. Il rendimento scolastico è associato a meno disturbi di salute percepiti, a una buona valutazione della salute in generale, a una maggiore soddisfazione per la propria vita e a un basso rischio di fumare. Lo stesso andamento si può riscontrare nei giovani a cui piace la scuola. I giovani che non si sentono molto stressati dai compiti sono molto più soddisfatti della loro vita e hanno meno disturbi di salute percepiti. Anche il sostegno da parte dei compagni sembra influire moderatamente sulla percezione della salute da parte dei giovani.

Tabella 4.8. Associazioni tra variabili scolastiche e risultati in termini salute nei giovani di 15 anni.

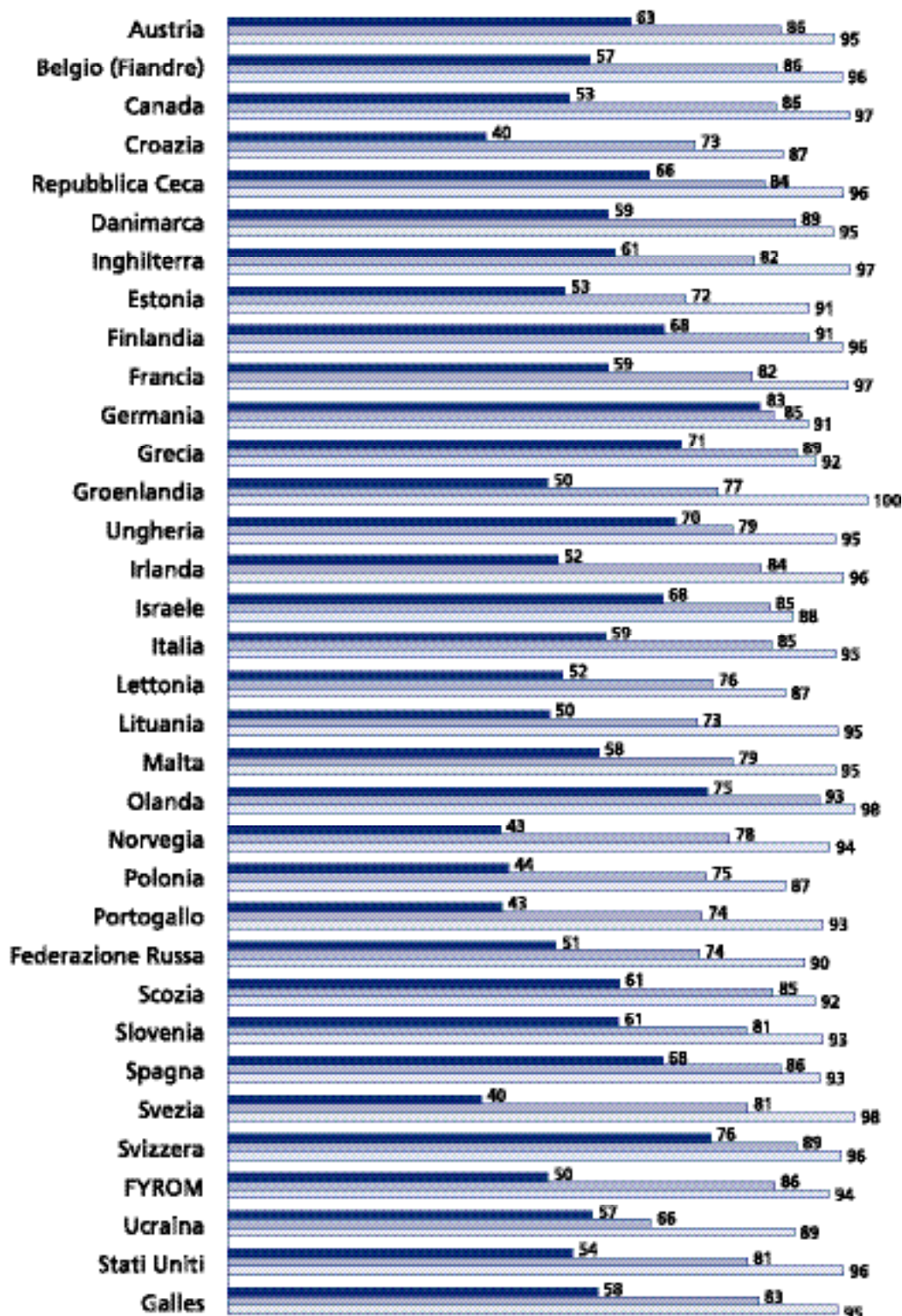
Conseguenze sulla salute	Alto rendimento scolastico		Alto gradimento della scuola		Forte stress a causa dei compiti		Alto sostegno dei compagni	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Multiple subjective health complaints	-0.13	-0.10	-0.22	-0.18	0.25	0.21	-0.16	-0.16
Good or excellent self-rated health	0.21	0.18	0.18	0.15	-0.13	-0.11	0.20	0.20
High life satisfaction	0.23	0.19	0.25	0.19	-0.16	-0.15	0.24	0.21
Frequent smoking	-0.25	-0.22	-0.18	-0.16	0.02	0.02	-0.01	-0.04

Forza dell'associazione statistica ^a		
Debole (< 0.1)	Media (0.1–0.25)	Forte (> 0.25)

^a Rho di Spearman

- Esperienza negativa
- Esperienza né positiva né negativa
- Esperienza positiva

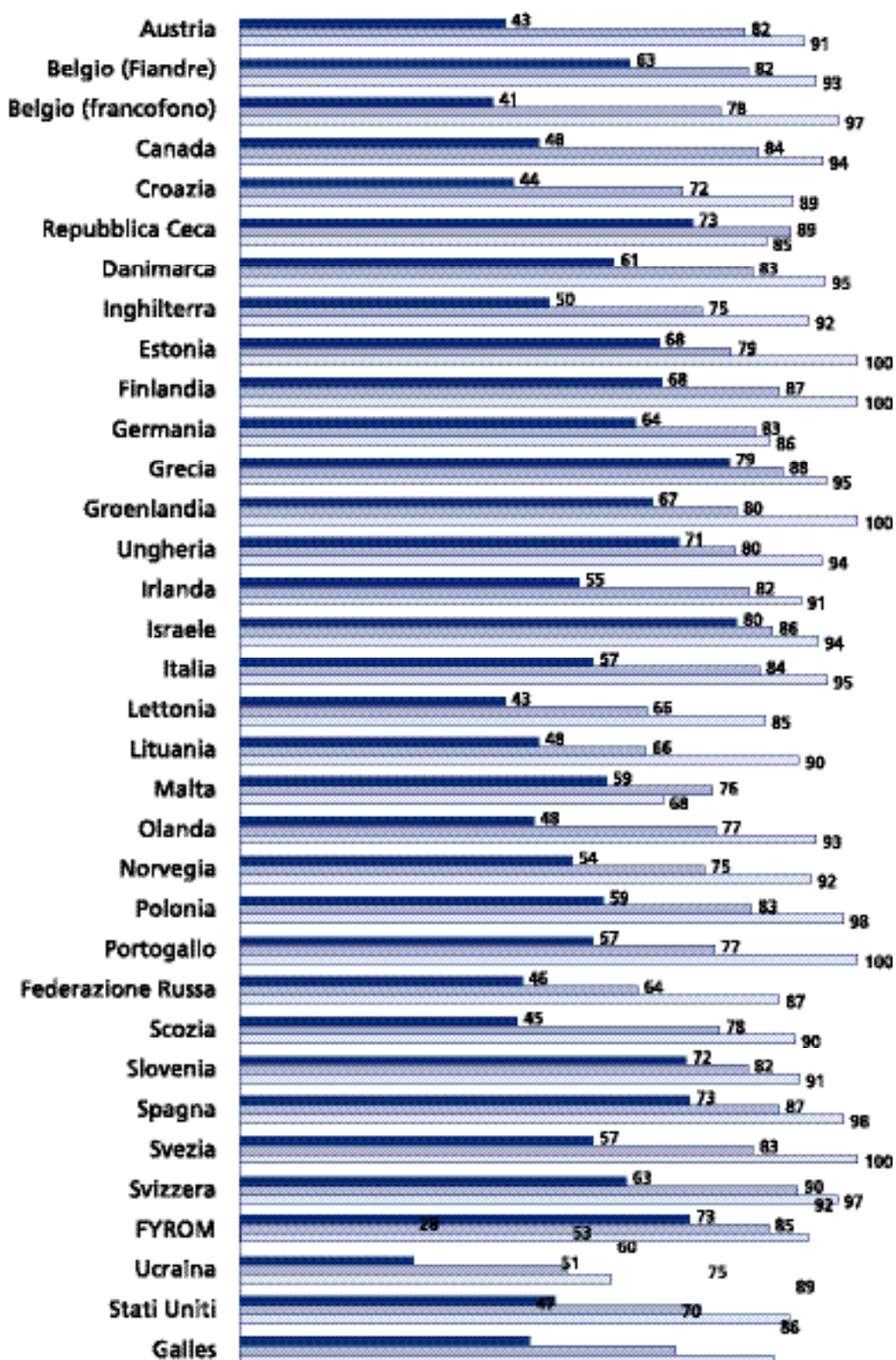
Fig. 4.9. Giovani con un alto livello di soddisfazione per la propria vita, in base all'esperienza della scuola, in tutte e tre le fasce d'età (%)



Nota: Dati non disponibili per il Belgio (francofono).

- Esperienza negativa
- Esperienza né positiva né negativa
- Esperienza positiva

Fig. 4.10. Giovani con una salute buona/eccellente, in base all'esperienza della scuola, in tutte e tre le fasce d'età (%)



Nota: Dati non disponibili per la Francia.

Esperienze scolastiche percepite e conseguenze sulla salute

Le analisi che seguono si basano sui dati raccolti fra i giovani di 11 e 15 anni di ciascun paese.

Nello studio HBSC del 2001/2002, la soddisfazione per la propria vita è stata misurata con la scala di Cantril a 10 punti, partendo dalla peggior vita possibile alla migliore. Un punteggio pari a 6 o superiore indica la soddisfazione per la propria vita. I giovani che hanno un'esperienza positiva della scuola mostrano maggiore soddisfazione per la loro vita, con percentuali che vanno dall'87% in Croazia, Lettonia e Polonia al 98% in Svezia e Olanda (Fig. 4.9). Al contrario, quelli che hanno un'esperienza negativa della scuola sono meno soddisfatti della loro vita, con percentuali che vanno dal 40% in Croazia e Svezia all'83% in Germania. Tutti i paesi e regioni evidenziano questo andamento.

Lo studio del 2001/2002 chiedeva ai giovani di valutare la propria salute sulla base di una scala di valutazione che andava da eccellente, a buona, discreta o scadente. Quest'analisi si limita ai dati di chi giudica la propria salute eccellente o buona. Come indicato dalla Fig. 4.10, la percezione della salute segue lo stesso andamento della soddisfazione per la propria vita. Dal 60% (Ucraina) al 100% (Estonia, Finlandia, Groenlandia, Portogallo e Svezia) dei giovani che hanno un'esperienza positiva della scuola valutano la propria salute come buona o eccellente: fino al doppio delle percentuali indicate per il gruppo con esperienza negativa della scuola (dal 28% in Ucraina all'80% in Israele). Questo profilo è comune a tutti i paesi e regioni che hanno partecipato allo studio HBSC, sebbene con variazioni dei livelli di salute percepita come evidenziato nel Capitolo 3.

Fra i disturbi di salute percepiti si riscontrano il mal di testa, il mal di schiena, la depressione, l'irritabilità o cattivo umore, il nervosismo, la difficoltà ad addormentarsi e i giramenti di testa. I giovani con esperienze positive a scuola avvertono di meno i numerosi e frequenti disturbi di salute percepiti rispetto a coloro che hanno esperienze scolastiche negative (Fig. 4.11). Le percentuali di coloro che appartengono al primo gruppo variano dall'8% (Finlandia) al 64% (Estonia) e per il secondo, dal 68% (Austria e Danimarca) al 93% (Belgio (francofono) e Italia). Questa disparità può essere osservata in tutti i paesi e regioni, senza tener conto delle differenze nella percentuale media dei giovani che riferiscono di avere numerosi e frequenti disturbi di salute percepiti.

Lo stesso andamento nella relazione è stato riscontrato tra il consumo frequente di tabacco e le esperienze scolastiche in tutti i paesi e regioni ad eccezione del Portogallo e della Groenlandia, sebbene la percentuale media dei fumatori frequenti vari notevolmente. I giovani con esperienze scolastiche negative hanno più probabilità di essere dei fumatori frequenti rispetto a quelli con esperienze scolastiche positive (Fig. 4.12). Le percentuali del primo gruppo (dal 21% in Grecia al 64% in Ungheria) sono fino a sei volte maggiori di quelle del secondo gruppo (dal 3% in Inghilterra al 27% in Finlandia). Solo la Groenlandia evidenzia un andamento opposto: sono di più i giovani con esperienze scolastiche positive quelli che fumano almeno settimanalmente. In Portogallo, entrambi i gruppi hanno la stessa percentuale di fumatori frequenti.

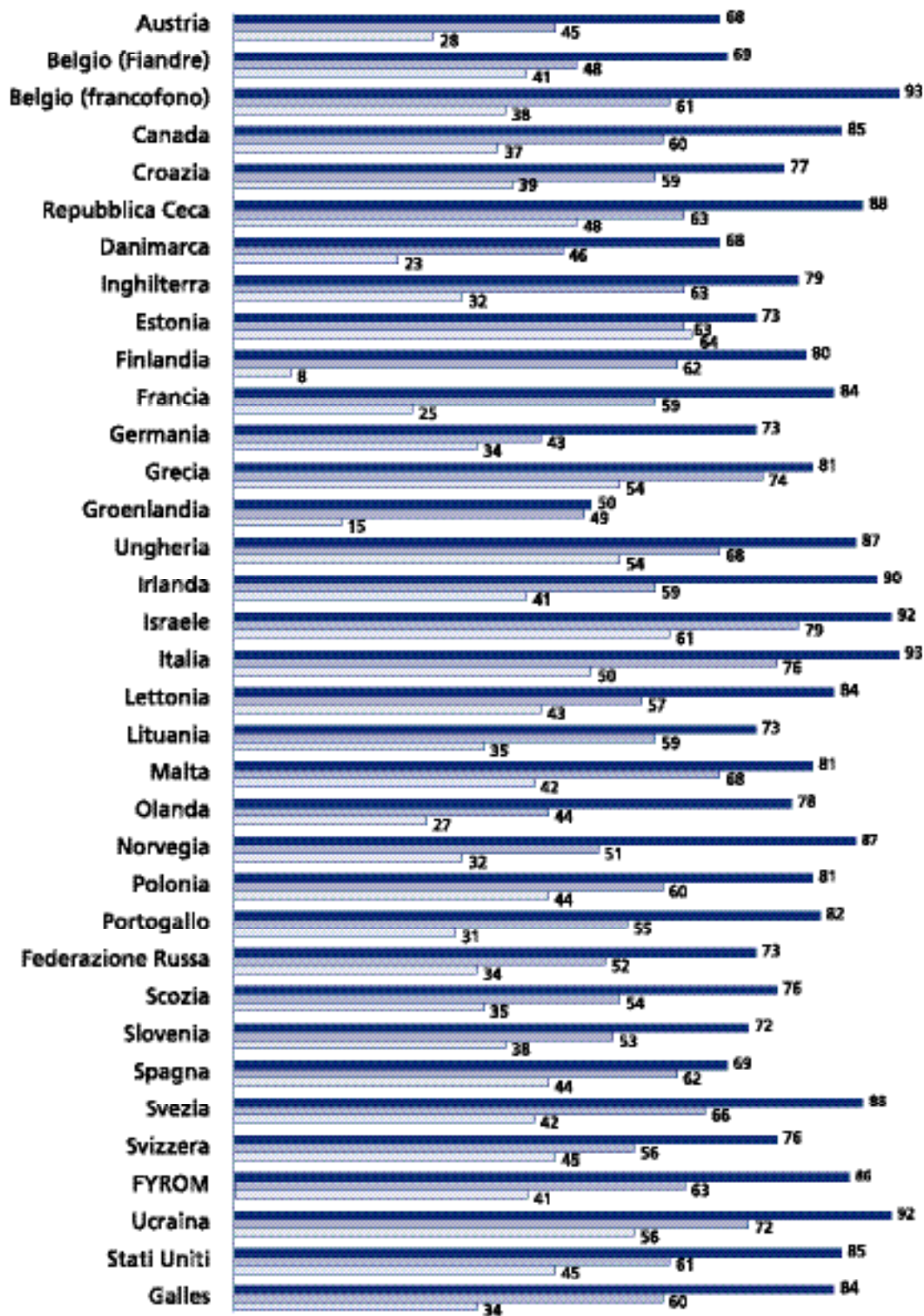
Differenze tra i sessi nelle esperienze scolastiche e le conseguenze sulla salute

Per indagare in che modo la soddisfazione per la propria vita, la salute percepita, i ricorrenti disturbi di salute percepiti e il consumo frequente di tabacco siano valutati da entrambi i sessi in rapporto all'esperienza scolastica, sono state effettuate delle analisi separate delle associazioni per le femmine e per i maschi utilizzando i dati della fascia d'età dei giovani di 15 anni.

Più del 90% del campione totale dei quindicenni che riferiscono esperienze scolastiche positive, dichiarano anche un'alta soddisfazione per la propria vita e una percezione della salute come molto buona (Tabella 4.9). Quasi l'80% di quelli che riferiscono esperienze scolastiche negative, avvertono numerosi e frequenti disturbi di salute e il 37% dichiara di fumare frequentemente. Dividendo il campione per sesso, le femmine con esperienze scolastiche negative riferiscono molto meno frequentemente un livello alto di soddisfazione per la propria vita e una salute buona o eccellente rispetto alle femmine con esperienze positive. Riferiscono inoltre un livello più alto di frequenti e numerosi disturbi di salute percepiti. Per i maschi, tuttavia, le differenze nella frequenza dei risultati raccolti non sono così marcate tra i gruppi

- Esperienza negativa
- Esperienza né positiva né negativa
- Esperienza positiva

Fig. 4.11. Giovani che manifestano uno o due disturbi di salute percepiti alla settimana, in base all'esperienza scolastica, in tutte le fasce di età (%)



- Esperienza negativa
- Esperienza né positiva né negativa
- Esperienza positiva

Fig. 4.12. Giovani che fumano almeno una volta a settimana, secondo l'esperienza scolastica, in tutte le fasce di età (%)

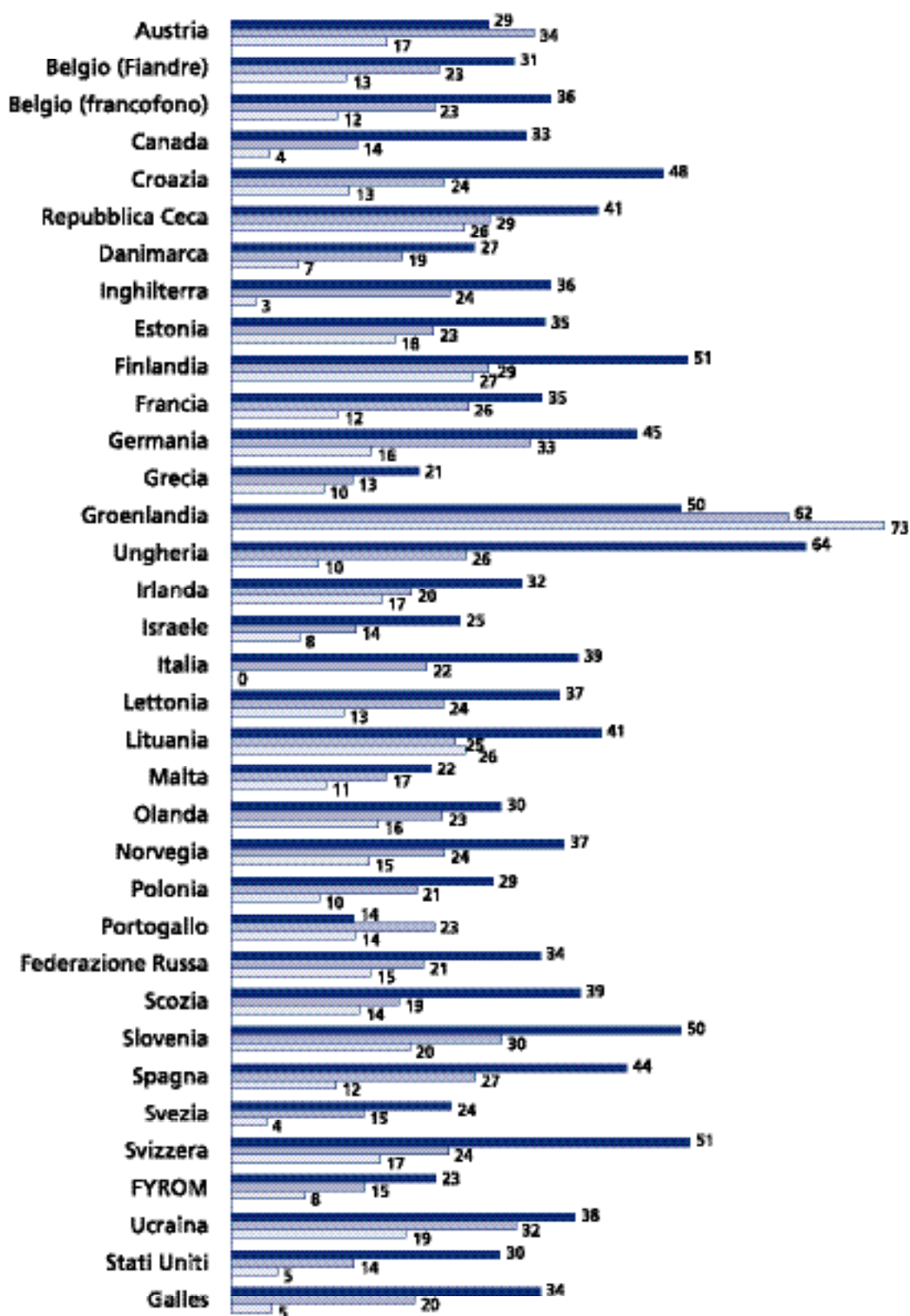


Tabella 4.9. Differenze tra i sessi per quanto riguarda le conseguenze sulla salute in relazione all'esperienza scolastica nei giovani di 15 anni (%)

Conseguenze sulla salute	Positive (%)			Né positive né negative (%)			Negative (%)		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Alta soddisfazione per la propria vita	93.4	94.7	94.0	78.2	85.4	81.6	53.0	63.4	57.6
Salute percepita buona o eccellente	89.3	95.0	91.8	73.4	84.6	78.6	49.1	65.1	56.3
Molteplici e frequenti disturbi di salute percepiti	45.7	30.3	38.9	68.1	49.1	59.1	86.5	71.7	79.9
Frequente consumo di tabacco	12.9	12.2	12.6	22.8	23.5	23.1	35.6	38.0	36.7

con esperienze scolastiche positive e negative⁴. Inoltre, le femmine riferiscono percentuali più basse di risultati positivi in termini di salute rispetto ai maschi in tutte le fasce di età. Questi risultati dimostrano decisamente che le ragazze di 15 anni sono un gruppo a rischio per quanto riguarda la percezione di una salute scadente in associazione con esperienze scolastiche negative.

Bullismo e conseguenze sulla salute

Come spiegato nel Capitolo 3, il bullismo è un grave fattore di rischio che porta a conseguenze negative sulla salute. Per analizzare l'impatto che esercita, le relazioni sono state calcolate in base alla somma totale dei dati dei giovani di 15 anni, divisi per sesso. La Tabella 4.10 indica la forte associazione tra i determinanti (subire o compiere atti di bullismo) e i risultati (disturbi di salute percepiti, autovalutazione della propria salute, soddisfazione per la propria vita e consumo di tabacco). Entrambi i determinanti sono moderatamente associati con i disturbi di salute percepiti sia tra le femmine che tra i maschi. Subire atti di bullismo è in qualche modo più fortemente associato ad una minore soddisfazione per la propria vita rispetto al fatto di compiere atti di bullismo verso altre persone, azione che è più fortemente associata con il fumo. Queste relazioni non mostrano differenze tra i sessi.

Dal momento che i rapporti e il sostegno degli altri svolgono un ruolo principale nello sviluppo dell'autostima, la sensazione di essere accettati e rispettati dagli amici contribuisce in modo sostanziale a una buona salute generale percepita sia tra i maschi che tra le femmine.

Tabella 4.10. Associazioni tra subire atti di bullismo/compiere atti di bullismo e conseguenze negative sulla salute, nei giovani di 15 anni

Conseguenze sulla salute	Essere vittime di bullismo		Compiere atti di bullismo	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Molteplici disturbi di salute percepiti	0.18	0.17	0.14	0.16
Salute percepita come buona o eccellente	-0.09	-0.12	-0.07	-0.05
Alta soddisfazione per la propria vita	-0.13	-0.15	-0.08	-0.07
Consumo di tabacco frequente	0.01	0.01	0.17	0.17
Forza dell'associazione statistica ^a				
	Debole (< 0.1)	Media (0.1-0.25)	Forte (> 0.25)	

^a Rho di Spearman.

⁴ È stata esaminata un'importante interazione tra i gruppi suddivisi per sesso ed esperienza scolastica utilizzando l'analisi di varianza (ANOVA). I risultati di un'analisi "sesso per esperienza scolastica" (sesso * esperienza scolastica) sono i seguenti: disturbi di salute percepiti: P = 0.019; autovalutazione della propria salute: P < 0.001; soddisfazione per la propria vita: P < 0.001; consumo di tabacco: P = 0.428.

Conclusioni

È stato dimostrato che le relazioni transnazionali costanti tra l'ambiente scolastico e l'integrazione scolastica da una parte e le conseguenze sulla salute dall'altra, indicano l'importanza che la scuola ha nell'influire sulla salute dei giovani. Tuttavia, la direzione della causalità non è chiara. Il gradimento scolastico e i componenti sociali correlati possono aumentare la soddisfazione per la propria vita e la percezione della propria salute, oppure un'alta soddisfazione per la propria vita e una buona percezione della salute può aumentare la soddisfazione per l'ambiente scolastico. Infatti, tra i fenomeni analizzati esistono possibili interazioni dinamiche. Per offrire un'argomentazione comprensibile, consideriamo la scuola come un determinante e la salute come un risultato, anche se è risaputo che le relazioni sono probabilmente più complesse e dinamiche.

Percezione della salute ed esperienza scolastica

Esaminare le relazioni tra i diversi elementi della vita scolastica e le conseguenze sulla salute mette in evidenza gli effetti sia sui maschi che sulle femmine: i migliori risultati in termini di salute si ottengono in coloro a cui piace la scuola, che ritengono di avere un buon rendimento scolastico, che valorizzano molto il sostegno da parte dei compagni e che non si sentono stressati a causa dei compiti. Quando si utilizza una valutazione complessiva dell'esperienza scolastica, l'ambiente scolastico sembra influire molto di più, sia nelle femmine che nei maschi, sulla salute generale percepita, sulla soddisfazione per la propria vita e sui disturbi di salute percepiti.

Durante l'adolescenza il sostegno dei compagni di scuola influisce sulla salute e sul benessere psicofisico. I rapporti con gli altri e il loro sostegno possono essere considerati come delle componenti cruciali della vita umana, poiché danno un senso generale di appartenenza e aiutano nelle varie situazioni o in casi specifici. I compiti e altre richieste legate alla scuola devono essere adattati ai livelli di sviluppo e di abilità degli studenti per prevenire problemi come la percezione dei disturbi di salute e l'insoddisfazione per la propria vita. Il rendimento scolastico ha un effetto immediato sull'autostima e sul benessere generale. Ai giovani che hanno un buon rendimento scolastico piace andare a scuola, mentre quelli che hanno un scarso rendimento tendono a sentirsi alienati dalla scuola stessa. Siamo convinti che la percezione del sostegno ricevuto dagli altri e il rendimento scolastico influiscano sullo sviluppo dell'autostima dei giovani, la percezione di sé e il comportamento legato alla salute, aspetti che, a loro volta, influiscono sulla vita presente e futura dei giovani e sulla soddisfazione per la vita stessa. La pianificazione di qualsiasi programma di intervento in materia di salute o di scuola richiede un'analisi accurata della complessa interazione fra questi fattori e il coinvolgimento di altri fattori importanti.

Percezione della salute e bullismo

I risultati suggeriscono che il bullismo è associato a esiti negativi per la salute e che le vittime ne risentono maggiormente rispetto ai bulli. Le vittime percepiscono i disturbi di salute con più frequenza, considerano la loro salute scadente e riportano percentuali basate sulla soddisfazione per la propria vita. Sebbene esistano differenze statistiche tra chi compie atti di bullismo e chi non li compie, queste non sono molto rilevanti e non hanno importanza pratica per i medici e per i responsabili delle decisioni politiche. I bulli e le vittime possono essere entrambi soggetti a rischio di conseguenze negative sulla salute.

Per questo motivo deve crescere la consapevolezza riguardo al bullismo a scuola, sia per proteggere i giovani dalla violenza che per migliorare la loro qualità di vita: a tal fine sono stati messi in atto dei programmi di prevenzione in alcuni paesi (25–27). Il Capitolo 3 (pagg. 147–148) approfondisce la discussione in tema di prevenzione del bullismo.

Risultati nei vari paesi

Le descrizioni delle relazioni tra gli aspetti legati all'esperienza scolastica e le varie conseguenze sulla salute nei paesi nelle regioni indicano in modo più dettagliato la presenza di andamenti chiare e uniformi. Questi saranno sottoposti ad analisi più approfondite nei futuri rapporti.

L'analisi che qui presentiamo sostiene che vi sia una relazione tra una migliore percezione della scuola e una migliore percezione della propria salute nella maggior parte dei paesi e regioni. Questa prospettiva può essere di grande aiuto nel comprendere le differenze per quanto riguarda la percezione della salute e la soddisfazione per la propria vita, i disturbi di salute e i comportamenti a rischio. Per spiegare queste differenze può rendersi necessario concentrarsi sulle differenze nelle scuole e nell'ambiente scolastico che vi sono tra un paese e l'altro.

Implicazioni per le politiche

Quanto sono rilevanti le associazioni tra la percezione della propria salute e l'esperienza scolastica per i responsabili delle decisioni politiche e per i medici? Si deve prestare maggiore attenzione alle ragazze nel corso della loro carriera scolastica? Vista la forza modesta delle associazioni e la rilevanza del loro impatto sulla salute dei giovani, ciò non è giustificato. Malgrado le differenze osservate tra i sessi, il fatto di sentirsi stressato dai compiti, avere un scarso rendimento scolastico, non gradire la scuola e non avere un sostegno adeguato da parte dei compagni sono delle preoccupazioni praticamente uguali per entrambi i sessi e possono portare a una scarsa qualità di vita, a una percezione della propria salute come scadente, a molti disturbi di salute percepiti e a un maggiore rischio di consumo di tabacco.

Conclusioni

Un ambiente scolastico sano deve essere considerato un vantaggio per la salute e si devono compiere tutti gli sforzi necessari per migliorare le condizioni scolastiche di tutti i giovani, senza tener conto dell'età e del sesso. Riconoscere l'importanza di un ambiente scolastico sano è stato il primo passo nella Carta di Ottawa per la Promozione della Salute (28). The European Network of Health Promoting Schools (La Rete Europea delle Scuole che promuovono la salute) (29) è impegnata nella promozione della salute nelle scuole allo scopo di renderle luoghi fisici e sociali in grado di promuovere la salute.

Bibliografia

1. Garnefski N. Aged differences in depressive symptoms, antisocial behaviour, and the negative perception of family, schools, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry*, 2000, 39:1175–1181.
2. Erikson EH, Erikson, JM. *The life cycle completed*. New York, Norton, 1998.
3. Seiffge-Krenke et al. Coping with school-related stress in healthy and clinically referred adolescents. *European Psychologist*, 2001, 6:123–132.
4. Lerner RM, Galambos NL. Adolescent development: challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology*, 1998, 49:413–446.
5. Roeser RW, Midgley C, Urdan TC. Perceptions of the school psychological environment and early adolescents' psychological and behavioural functioning in school: the mediating role of goals and belonging. *Journal of Educational Psychology*, 1996, 88:408–422.
6. King A. School as a healthy environment. In: Currie C et al. *Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO cross-national survey (HBSC). Research protocol for the 1997/98 survey*. Edinburgh, Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh, 1998:60–63.
7. Jessor R et al. Protective factors in adolescent problem behaviour: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 1995, 31:923–933.
8. Nansel TR et al. Bullying behaviours among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*, 2001, 285:2094–2100.
9. Spivak H, Prothrow-Stith D. The need to address bullying – An important component of violence prevention. *JAMA*, 2001, 285(16):2131–2132.
10. Steinberg L, Morris AS. Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 2001, 52:83–110.
11. Wagner BM, Compas BE. Gender, instrumentality and expressivity: moderators of adjustment to stress during adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 1990, 18:383–406.

12. Samdal O, Dür W. The school environment and the health of adolescents. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:49–64 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
13. Taylor SE et al. Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-flight. *Psychological Review*, 2000, 107:411–429.
14. Cole M, Cole SR. *The development of children*, 3rd ed. New York, W.H. Freeman and Company, 1996.
15. Hankin BL, Ambranson LY. Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 2001, 127:773–796.
16. Kolip P, Schmidt B. *Gender and health in adolescence*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999.
17. Scheidt P, Overpack MD. Adolescents' general health and wellbeing. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. WHO Regional Office for Europe, 2000:24–38 (Health Policy for Children and Adolescence, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
18. Hankin BL et al. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 1998, 107:128–140.
19. Torsheim T, Wold B. School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence*, 2001, 24:701–713.
20. Torsheim T, Aarø LE, Wold B. Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships? *Social Science and Medicine*, 2001, 53: 603–614.
21. Kuperminc GP et al. Perceived school climate and difficulties in the social adjustment of middle school students. *Applied Developmental Science*, 1997, 1(2):76–88.
22. Walker LS, Claar RL, Garber J. Social consequences of children's pain: when do they encourage symptom maintenance? *Journal of Paediatric Psychology*, 2002, 27:689–698.
23. Campo JV et al. Adult outcomes of paediatric recurrent abdominal pain: do they just grow out of it? *Pediatrics*, 2001, 108(E1).
24. Rosenberg M et al. Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 1995, 60:141–156.
25. Cunningham PB, Henggeler SW. Implementation of an empirically based drug and violence prevention and intervention program in public school settings. *Journal of Clinical Child Psychology*, 2001, 30(2):221–232.
26. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 1994, 35(7):1171–1190.
27. Stevens V, De Bourdeaudhuij I, Van Oost P. Anti-bullying interventions at school: aspects of programme adaptation and critical issues for further programme development. *Health Promotion International*, 2001, 16:155–167.
28. Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2, accessed 3 February 2004).
29. European Network of Health Promoting Schools [website]. Copenhagen, ENHPS Secretariat, 2004 (<http://www.euro.who.int/ENHPS>, accessed 20 February 2004).

Pubertà e salute – Candace Currie and Ágnes Németh

Introduzione

Anche le caratteristiche e le esperienze personali di ciascun individuo, insieme all'influenza esercitata dai fattori ambientali, contribuiscono allo sviluppo della salute durante l'adolescenza. Mentre le precedenti sezioni del Capitolo 4 osservano l'influenza dei fattori sociali, questa sezione prende in esame la pubertà e come questa possa influire sulla salute dei giovani e sugli stili di vita ad essa legati. Il periodo della pubertà, cioè di quella fase dello sviluppo umano durante la quale avviene una crescita fisica veloce e la maturazione sessuale, caratterizza la fascia d'età dei giovani presi in esame dall'indagine HBSC.

Durante la pubertà i processi biologici portano a cambiamenti fisici che presentano implicazioni a livello intellettuale, emotivo, sociale e comportamentale, molte delle quali hanno conseguenze sulla salute. L'inizio della pubertà varia a seconda di ciascun individuo, così come il ritmo dei cambiamenti fisici. Alcuni raggiungono la pubertà molto prima di altri e questo è stato attribuito all'influenza di un'ampia gamma di fattori: predisposizioni genetiche e biologiche, stress, condizioni socioeconomica, inquinamento, alimentazione e dieta, esercizio, quantità di grasso corporeo, peso corporeo e malattie croniche (1). Questa sezione analizza la relazione tra l'età in cui inizia la pubertà e le conseguenze sulla salute, in particolare nelle femmine, e sostiene che la comprensione di tale aspetto debba essere fonte di informazione per i programmi e le politiche di promozione della salute.

La capacità di adattamento dei giovani ai cambiamenti durante la pubertà sembra dipendere per lo meno in parte dall'età in cui essa avviene rispetto alla maggior parte dei compagni della stessa età (2). In generale, per le femmine, essere in sincronia con questa maggioranza sembra facilitare l'adattamento al cambiamento. Un ostacolo rispetto alla norma, specialmente una pubertà precoce, sembra esporre le femmine a un particolare rischio per determinate conseguenze sulla salute. Questo rischio per la salute sembra derivare da reazioni sociali e psicologiche alla maturazione precoce.

I cambiamenti dell'aspetto corporeo che avvengono durante la pubertà possono essere visti come un'importante sfida per l'adattamento. Come osservato nel Capitolo 3 (pagg. 124–133), i giovani diventano sempre più consapevoli del loro corpo durante la pubertà (3). Ciò può influire sulla percezione di sé e su come i giovani si rapportano agli altri e, infine, può influire sul loro comportamento sociale e legato alla salute. Una precedente ricerca HBSC ha riscontrato che la soddisfazione per il proprio aspetto contribuisce alla felicità e all'autostima, sia nei maschi che nelle femmine (4), ma è importante soprattutto per l'autostima nelle femmine (5).

Una pubertà precoce può rappresentare un rischio per la salute in termini di immagine corporea negativa. Dal momento che le femmine hanno in proporzione più grasso corporeo delle compagne che si sviluppano più tardi, è probabile che possano pensare di essere troppo grasse e avere bisogno di dimagrire (6). Ciò può causare preoccupazioni legate al controllo del peso e a un rapporto non sano con il cibo, cosa comune in molte giovani donne (7,8). Lo sviluppo precoce è stato anche associato ad altre forme di comportamento a rischio, tra cui un inizio precoce dell'attività sessuale e del consumo di sostanze (9,10).

Mentre negli Stati Uniti e in alcuni paesi europei numerose ricerche hanno preso in esame le conseguenze sulla salute legate all'inizio della pubertà, a livello transnazionale sono state portate avanti finora poche ricerche (11). La ricerca HBSC fornisce perciò un'opportunità unica per analizzare i fattori legati alla pubertà che hanno un impatto sulla salute e sui comportamenti dei giovani in molti paesi della Regione europea dell'OMS, oltre che in Canada e negli Stati Uniti. Tuttavia, un limite è rappresentato dal fatto che i dati sulla pubertà sono stati raccolti solo per quanto riguarda le femmine per le ragioni di metodo di seguito riportate.

Metodi

La ricerca di misure di valutazione idonee da utilizzare nelle indagini sulla pubertà a livello transnazionale è una sfida per lo studio HBSC. Le domande sullo sviluppo fisico devono essere culturalmente appropriate, comprensibili, delicate e accettabili non solo dalle giovani, ma anche dalle scuole e dai genitori.

Tenendo in considerazione questi aspetti, l'inizio delle mestruazioni (menarca) è stato selezionato come indicatore affidabile della pubertà nelle femmine (11). Nella ricerca del 2001/2002 non è stato stabilito nessun indicatore per i maschi, quindi la presente sezione non li riguarda. Alcuni paesi e regioni hanno inserito degli indicatori per la pubertà dei maschi che sono stati utilizzati in altri studi. Tuttavia, i loro risultati saranno utilizzati per sviluppare degli indicatori per i maschi nelle future ricerche HBSC.

Il gruppo selezionato per l'analisi in questa sezione comprende le femmine di 15 anni, la maggior parte delle quali (97%) ha avuto il menarca. L'analisi si concentra sulla relazione tra l'età del menarca e una serie di conseguenze sulla salute che precedenti ricerche hanno definito come sensibili all'età della pubertà. I gruppi messi a confronto sono composti da femmine suddivise nel seguente modo: sviluppo precoce (hanno avuto il menarca all'età di 9–11 anni), normale (hanno avuto il menarca all'età di 12 o 13 anni) e sviluppo tardivo (hanno avuto il menarca all'età di 14 anni o più). Le femmine che hanno riferito di aver avuto il menarca all'età di 8 anni o prima ($n = 24$) non sono state inserite. L'analisi non comprende la Groenlandia, dato l'esiguo numero di femmine di 15 anni nel campione.

L'esame dei risultati deve tener conto del fatto che alcune analisi si sono basate su un numero esiguo di intervistate, a seconda delle conseguenze sulla salute che si sono prese in esame.

Risultati

Età del menarca e conseguenze sulla salute

Del campione di femmine di 15 anni che ha riferito di aver avuto il menarca (97%, $n = 23\,287$), il 16% è stato classificato come sviluppo precoce, il 64% come normale e il 20% come sviluppo ritardato.

I dati sulle variazioni della comparsa del menarca e sull'insoddisfazione riguardo al peso corporeo sono disponibili per 32 paesi e regioni. In tutti, tranne in 2, è più probabile che le femmine che hanno avuto il menarca a 11 anni o prima dichiarino di sentirsi troppo grasse delle ragazze che hanno avuto uno sviluppo normale o ritardato (Fig. 4.13). In 30 paesi e regioni tale associazione è statisticamente significativa.

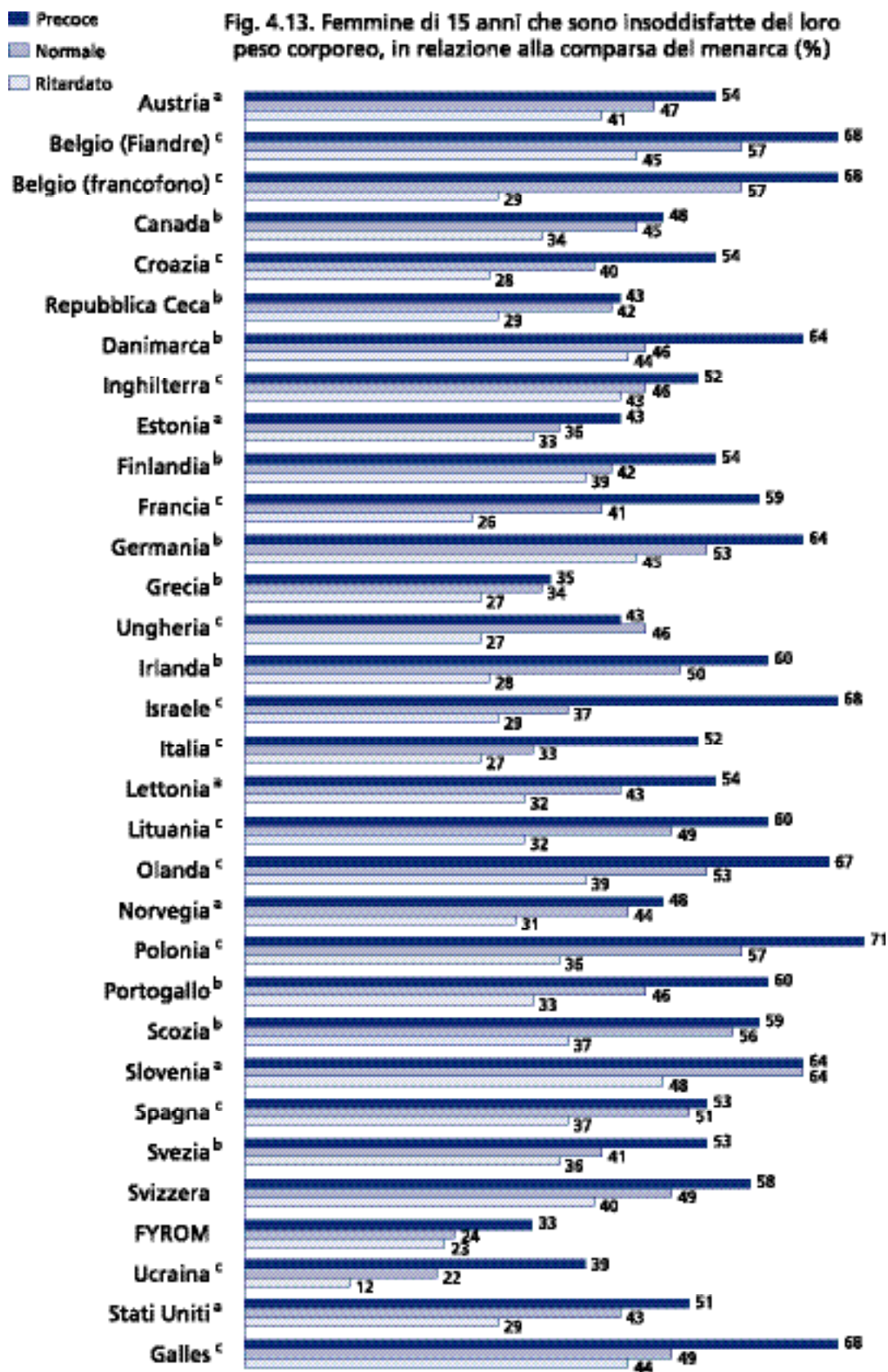
Il tentativo di perdere peso seguendo diete o adottando altri mezzi è una tendenza comune nelle adolescenti, come già osservato nel Capitolo 3. Sono disponibili i dati sulla dieta e sul menarca per 32 paesi e regioni. In tutti, tranne in 5, il fatto di seguire una dieta è cosa più diffusa tra le femmine che si sviluppano precocemente (Fig. 4.14). In 16 paesi e regioni, tale associazione è statisticamente significativa.

Sono disponibili i dati sul consumo di tabacco giornaliero e il menarca per 32 paesi e regioni. In 27 paesi, il fatto di fumare tutti i giorni è cosa più diffusa tra le femmine che si sviluppano presto rispetto a quelle che si sviluppano più tardi (Fig. 4.15). L'associazione è statisticamente significativa per 16 paesi e regioni.

Sono disponibili i dati sulle variabili relative al rapporto sessuale ed età del menarca per 28 paesi e regioni. Le analisi hanno dimostrato che in tutti i paesi, tranne in 4, quanto più le femmine sono giovani alla comparsa del menarca, tanto più esiste la possibilità che dichiarino di aver avuto rapporti sessuali (Fig. 4.16). In 22 paesi e regioni, l'associazione tra il menarca precoce e i rapporti sessuali precoci è stata statisticamente significativa.

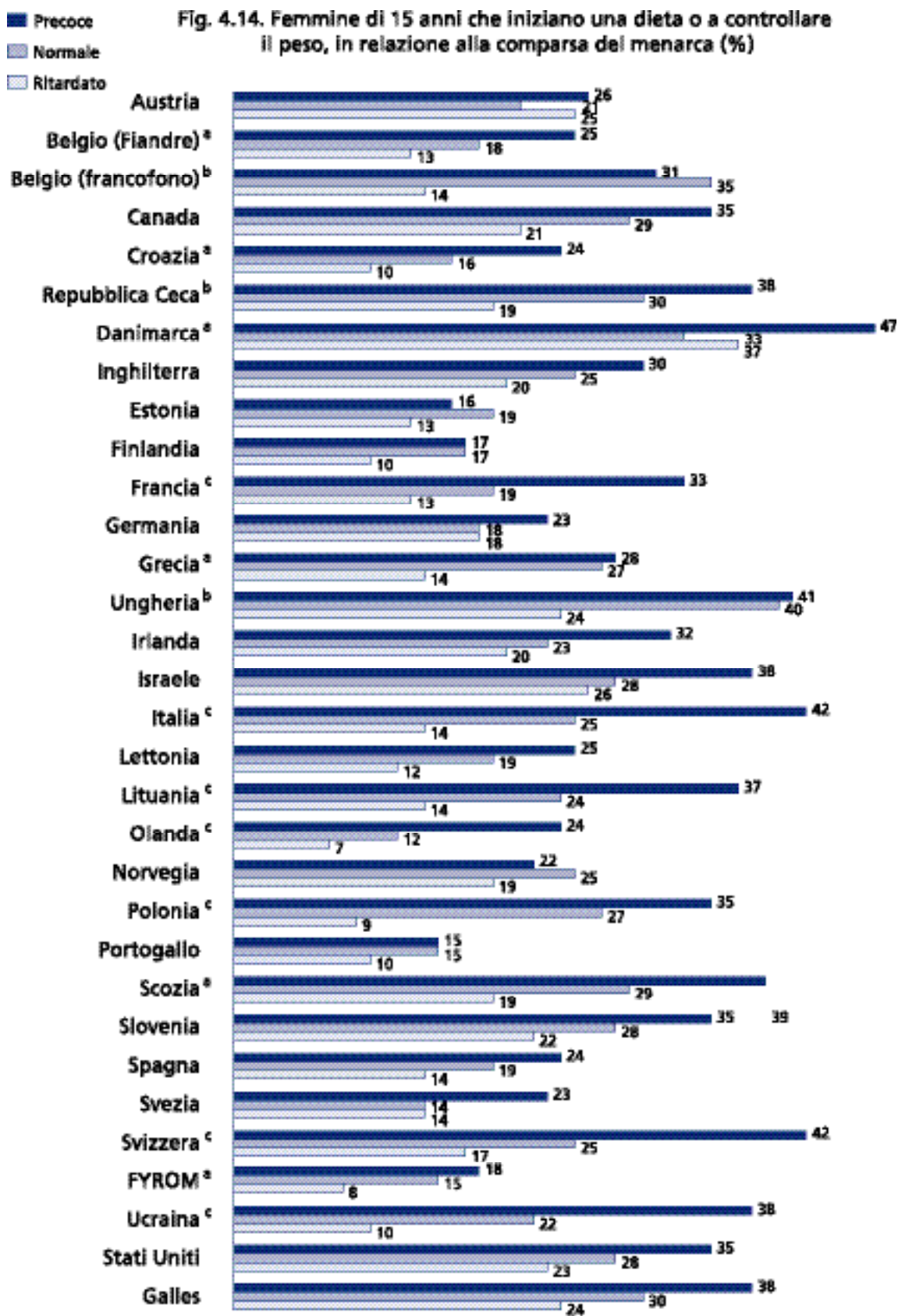
Conclusioni

L'età della pubertà nelle femmine varia notevolmente: ogni tentativo di esaminare la loro salute, gli stili di vita ad essa collegati e il benessere psicofisico devono tener conto di questo fattore. La comparsa precoce del menarca influisce su una piccola, ma significativa percentuale di femmine, una serie in questo



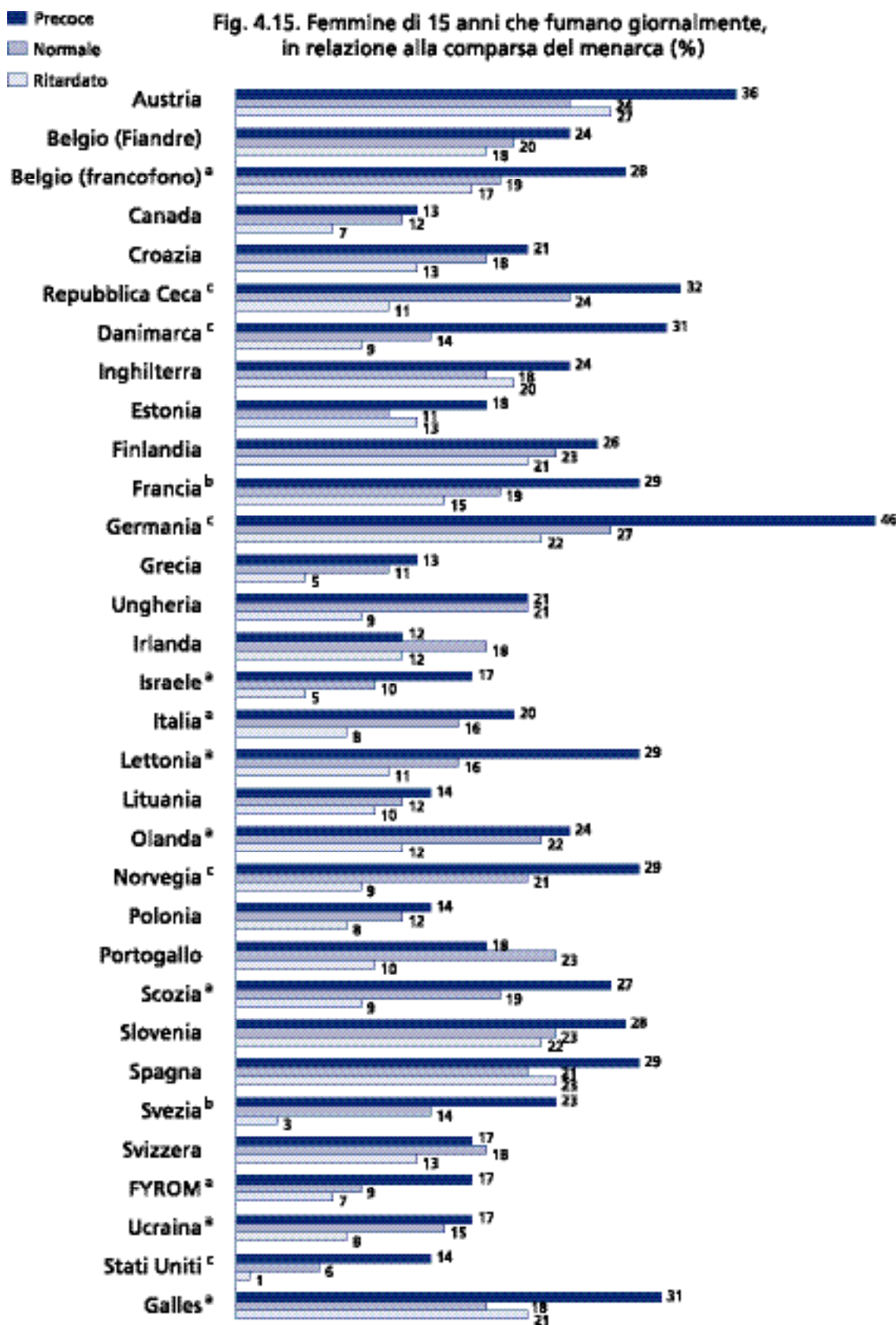
^a $P < 0.05$. ^b $P < 0.01$. ^c $P < 0.001$.

Nota: Dati non disponibili per Groenlandia, Malta e Federazione Russa.



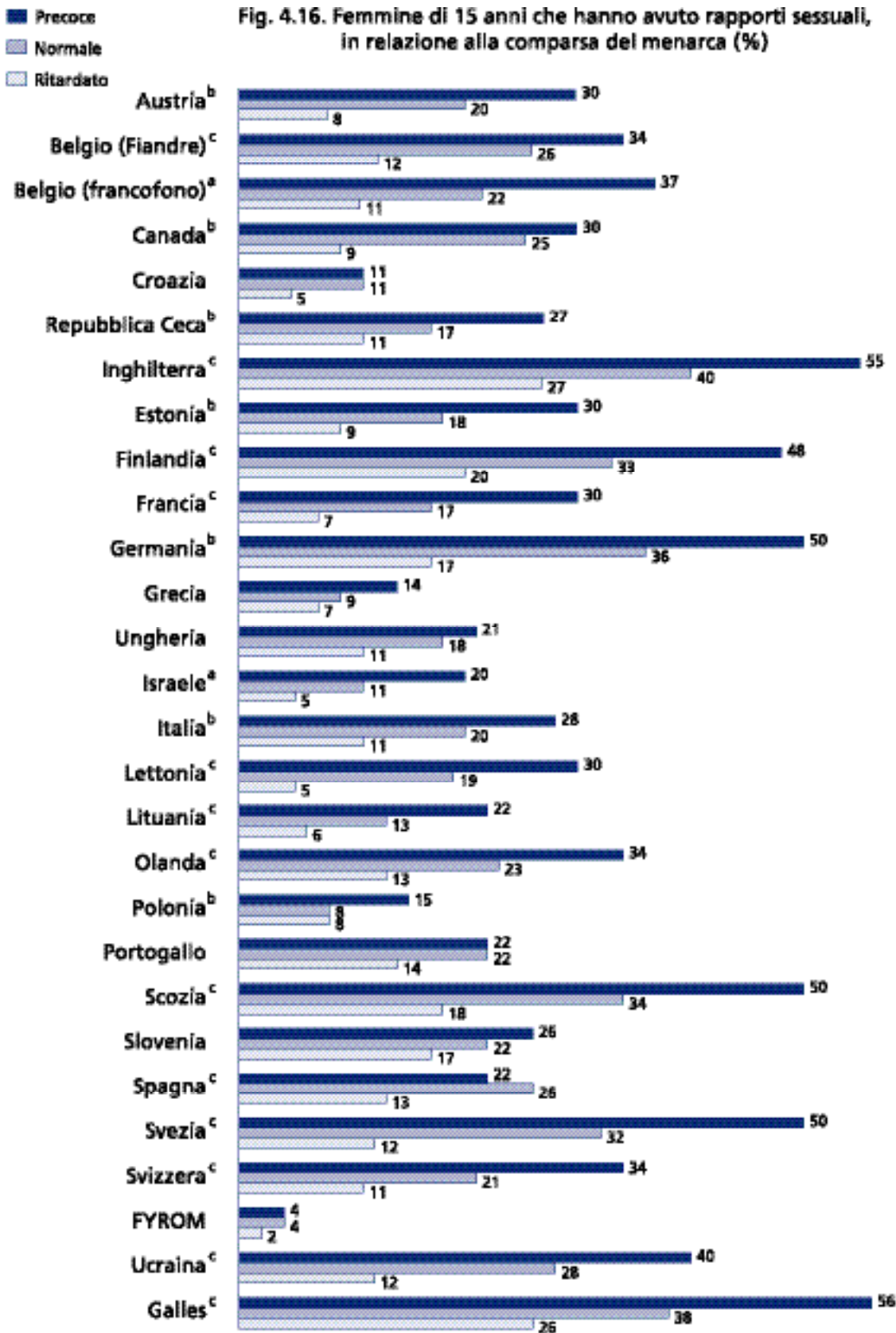
^a $P < 0.05$. ^b $P < 0.01$. ^c $P < 0.001$.

Nota: Dati non disponibili per Groenlandia, Malta e Federazione Russa.



^a $P < 0.05$. ^b $P < 0.01$. ^c $P < 0.001$.

Nota: Dati non disponibili per Groenlandia, Malta e Federazione Russa.



^a $P < 0.05$. ^b $P < 0.01$. ^c $P < 0.001$.

Nota: Dati non disponibili per Danimarca, Groenlandia, Irlanda, Malta, Norvegia, Federazione Russa e Stati Uniti

studio, e pare che le avvicini a particolari rischi con conseguenze negative sulla salute. Fra questi il fumo, l'insoddisfazione rispetto al peso corporeo, le diete non salutari e i rapporti sessuali precoci, confermando così i risultati di studi precedenti (9, 10, 12-15). Curiosamente, gli effetti del menarca a 11 anni o prima si notano dopo 4 o più anni, tra le femmine di 15 anni prese in esame in questa ricerca. Precedenti indagini HBSC (6) hanno evidenziato che una pubertà precoce influenza l'aspetto corporeo e l'autostima nelle femmine di 11 e 13 anni, ma queste nuove analisi indicano che gli effetti della pubertà precoce in qualche maniera durano più a lungo. Studi recenti hanno individuato nelle femmine alcuni effetti della pubertà precoce che si protraggono fino alla mezza età (16).

Ciò che non spiega nelle analisi è perché uno sviluppo precoce è rischioso per le femmine. Le influenze psicologiche relative all'aspetto fisico e alla bellezza percepita forniscono alcune spiegazioni. L'opinione prevalente nella cultura occidentale è che un corpo magro è quello più ambito dalle ragazze e dalle donne, un'opinione che è rafforzata dalle immagini proposte dai media (17). Una pubertà precoce, con molta probabilità, si può associare a una maggiore percentuale di grasso corporeo e a delle forme più rotonde. Le giovani che vivono questo cambiamento possono sentirsi infelici a causa del loro aspetto fisico quando si confrontano con le compagne che non si sono ancora sviluppate e perciò più magre. Le adolescenti sono particolarmente sensibili e ricettive ai modelli del cosiddetto corpo femminile perfetto proposti dai mass-media: magro e molto spesso tendente a un'eccessiva magrezza. Il consumo di mass-media da parte delle ragazze, sotto forma di riviste, televisione e film porta a una saturazione di queste immagini e aumenta la probabilità di sentirsi insoddisfatti del proprio aspetto fisico e della propria taglia. Altri studi hanno evidenziato un aumento della preoccupazione da parte delle adolescenti per quanto riguarda il peso e la magrezza (15, 18).

È possibile riscontrare delle differenze tra i paesi e le regioni orientali e occidentali che hanno partecipato allo studio HBSC per quanto riguarda l'associazione tra la pubertà precoce e l'insoddisfazione per il proprio aspetto fisico, dato che i mass-media in America del Nord e in Europa occidentale propongono da più tempo modelli di donne e ragazze magre. Tuttavia, l'andamento uniforme in quasi tutti i paesi e regioni che partecipano allo studio suggerisce che la preferenza per un corpo magro da parte delle adolescenti è stata trasmessa anche nelle culture delle regioni europee. Il desiderio di essere magre può anche essere spiegato con l'inizio precoce del consumo di tabacco tra alcune femmine, dal momento che alcune lo considerano un metodo efficace per il controllo del peso (19).

La socializzazione con i propri pari può essere un altro fattore per spiegare come l'età della pubertà abbia conseguenze sulla salute delle adolescenti (9). Le ragazze che si sviluppano precocemente potrebbero essere viste come più grandi e più mature rispetto alle ragazze della stessa età. Esse possono quindi socializzare con compagni più grandi e di conseguenza avere più opportunità di iniziare a consumare sostanze; possono anche subire delle pressioni per compiere tali azioni. Il fatto di essere più giovani, le può portare ad essere più sensibili e predisposte ad accettare le idee dei loro pari (20). Un comportamento sessuale precoce riferito da femmine che hanno avuto uno sviluppo precoce nello studio HBSC e in altri (9) potrebbe anche dipendere dal fatto di socializzare con compagni più grandi. Inoltre, i cambiamenti ormonali associati con la pubertà accrescono l'interesse sessuale e possono essere associati con un avvio precoce dell'attività sessuale nelle femmine che hanno avuto uno sviluppo precoce (20). La pubertà rende le femmine sessualmente attraenti per i maschi e le amicizie con il sesso opposto sono più comuni dopo lo sviluppo (9).

Questa sezione presenta lo sviluppo precoce come un fattore di rischio per le conseguenze negative che esso ha sulla salute delle femmine, mentre le precedenti sezioni hanno identificato una serie di fattori sociali di rischio, come una scarsa comunicazione familiare, una bassa agiatezza familiare e un mancato gradimento della scuola. Qual è l'effetto dell'accumulazione di questi fattori di rischio? Alcuni ricercatori hanno adottato un approccio biosociale per esaminare l'interazione dei fattori sociali e puberali. Per esempio, uno studio sui problemi alimentari nelle femmine negli Stati Uniti (8) ha evidenziato un legame significativo tra l'età della pubertà e i rapporti con i genitori. In questo caso, un rapporto stretto e amichevole tra le figlie ed entrambi i genitori accresce gli effetti positivi di uno sviluppo puberale

normale e riduce la possibilità di sviluppare disturbi alimentari. Uno studio condotto in Germania (21), ha analizzato come l'età della pubertà, le dinamiche familiari e il tempo libero possano influire sull'età della prima esperienza sessuale. È stato ritenuto significativo un modello che comprende i seguenti fattori per prevedere l'inizio dell'attività sessuale per femmine e maschi: il controllo dei genitori, le attività di svago rischiose e la pubertà precoce.

Intraprendere un approccio biosociale attraverso i dati dell'indagine HBSC comporta la creazione di domande sull'interazione tra l'età della pubertà e l'influenza degli amici, della famiglia e della scuola. Per esempio, le femmine che si sviluppano precocemente hanno più probabilità di socializzare con gli amici la sera e averne di più del sesso opposto? (Questi modelli sociali sono stati messi in relazione con il consumo precoce di sostanze e con un'iniziazione sessuale precoce, sia in questo rapporto che in altri studi.) Una scarsa comunicazione con i genitori si aggiunge al rischio associato alla pubertà precoce per le femmine? Sono necessarie ulteriori analisi dei dati per rispondere a queste domande. A questo punto, in molti paesi della Regione europea e dell'America del Nord, uno sviluppo precoce mette le femmine in una condizione di maggiore rischio in termini di conseguenze negative sulla salute, le quali si possono sommare ad altri rischi provenienti dall'ambiente sociale in cui vivono.

Conclusioni

I genitori e la scuola devono essere consapevoli degli aspetti trattati in questo e in altri studi se vogliono contenere i problemi che possono derivare da uno sviluppo precoce. Le femmine hanno bisogno del sostegno e dei consigli dei genitori da un lato e della scuola dall'altro per essere in grado di affrontare i problemi dell'immagine di sé e della gestione di un sano peso corporeo e delle pressioni sociali e sessuali che possono nascere da uno sviluppo fisico precoce.

La scuola riveste un ruolo importante: dimostrandosi sensibile durante le discussioni in classe sul peso corporeo, creando politiche e interventi che affrontino il bullismo e assicurandosi che i responsabili delle attività sportive e di educazione fisica siano consapevoli del possibile imbarazzo che provano alcune ragazze nell'utilizzare spogliatoi in comune o a mostrarsi di fronte ad altre persone. È necessario un approccio scolastico globale per aumentare la consapevolezza di questi aspetti. In Scozia è stato messo a punto un programma educativo per insegnanti, *Growing through Adolescence* (22), per offrire una guida sulle abitudini alimentari degli adolescenti, sull'immagine fisica e sulla pubertà.

Allo stesso modo, nella definizione dei programmi di promozione della salute, i paesi devono tenere in considerazione i rischi associati a un inizio precoce del consumo di tabacco e dei rapporti sessuali nelle femmine che si sviluppano precocemente. La cosa più importante è che l'educazione alla salute deve affrontare i bisogni relativi allo sviluppo degli adolescenti e deve tenere in considerazione i vari livelli di maturità all'interno dei gruppi appartenenti alla stessa fascia di età.

Future indagini HBSC

Utilizzando i dati raccolti dallo studio del 2001/2002 l'indagine HBSC potrà dare un contributo importante per capire quali sono gli effetti dell'età puberale sulla salute, sugli stili di vita ad essa collegati e sul benessere psicofisico delle femmine nella Regione europea e dell'OMS e nel Nord America. Nessuna indagine transnazionale paragonabile a questa aveva tentato di affrontare tali questioni. I dati saranno ulteriormente esaminati per analizzare la gamma di risultati, in termini di salute e di comportamento ad essa collegato, influenzati dall'età puberale, dal momento che qui sono presentati solo quattro esempi: aspetto fisico, controllo del peso, fumo e comportamento sessuale. Si esamineranno le differenze tra i paesi e le regioni per rivelare ogni andamento di questi aspetti riconducibile a variazioni nelle risposte culturali rispetto alla pubertà, come il grado di controllo da parte dei genitori.

I dati sulla pubertà raccolti dallo studio HBSC del 2001/2002 sono limitati anche se sollevano già molte domande interessanti. I ricercatori affermano che il menarca è un evento abbastanza importante e memorabile nella vita delle ragazze e perciò il ricordo del momento in cui si manifesta è preciso, anche se sfuma con il passare del tempo (23). Nello studio HBSC, vi è un lasso di pochi anni tra questi due

momenti: i futuri studi HBSC, tuttavia, dovranno includere una serie di indicatori della pubertà nelle femmine, dal momento che alcune misurazioni sono più incisive di altre.

Come già accennato, questo studio non include alcuna misurazione della pubertà nei maschi data la difficoltà di scegliere degli indicatori validi per un utilizzo transnazionale. Data la scarsità di ricerche in merito alle conseguenze sulla salute relative alla pubertà nei maschi, i futuri studi HBSC dovranno includere appropriate misurazioni. Un articolo pubblicato di recente sulla valutazione della pubertà (24) sarà tenuto in considerazione al momento in cui si dovranno selezionare le domande per lo studio transnazionale HBSC del 2005/2006, assieme alle esperienze dei paesi e delle regioni che hanno inserito le domande quando hanno condotto le loro indagini nel 2001/2002.

Bibliografia

1. Kipke M. Adolescent development and the biology of puberty: summary of a workshop on new research, National Research Council, Institute of Medicine. Washington DC, National Academy Press, 1999.
2. Silbereisen RK, Kracke B. Self-reported maturational timing and adaptation in adolescence. In: Schulenberg J, Maggs JL, Hurrelmann K. Health risks and developmental transitions in adolescence. Cambridge, Cambridge University Press, 1997.
3. Richards MH et al. Relation of weight to body image in pubertal girls and boys from two communities. *Developmental Psychology*, 1990, 26(2):313–321.
4. King A et al. The health of youth: a cross-national survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, No. 69; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53, accessed 28 January 2004).
5. Harter S. Self and identity development. In: Feldman S, Elder G, eds. *At the threshold: the developing adolescent*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1990.
6. Williams JM, Currie C. Self-esteem and physical development in early adolescence: pubertal timing and body image. *Journal of Early Adolescence*, 2000, 20:129–149.
7. Graber JA et al. Prediction of eating problems: an 8-year study of adolescent girls. *Developmental Psychology*, 1994, 30:823–834.
8. Swarr AE, Richards M. Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perception of pubertal timing, and parental relations on eating problems. *Developmental Psychology*, 1996, 32(4):636–646.
9. Flannery DJ, Rowe DC, Gulley, BL. Impact of pubertal status, timing, and age: adolescent sexual experience and delinquency. *Journal of Adolescent Research*, 1993, 8(1):21–40.
10. Tschann JM et al. Initiation of substance use in early adolescence: the roles of pubertal timing and emotional distress. *Health Psychology*, 1994, 13(4): 326–333.
11. Wang Y, Adair L. How does maturity adjustment influence the estimates of overweight prevalence in adolescents from different countries using an international reference? *International Journal of Obesity*, 2001, 25:550–558.
12. Abraham S, O'Dea JA. Body mass index, menarche, and perception of dieting among peripubertal adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 2001, 29(1):23–28.
13. Harrel JS et al. Smoking initiation in youth: the roles of gender, race, socioeconomic and developmental status. *Journal of Adolescent Health*, 1998, 23(5):271–279.
14. Lanza ST, Collins LM. Pubertal timing and the onset of substance use in females during early adolescence. *Prevention Science*, 2002, 3(1):69–82.
15. O'Dea JA, Abraham S. Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: interplay of pubertal status, gender, weight and age. *Adolescence*, 1999, 34(136):671–679.
16. Stattin H, Kerr M. *The future life implications of early and late pubertal maturation in females*. Oxford, New College, Oxford University, 2002.
17. *Eating disorders, body images and the media*. London, British Medical Association, 2000.

18. Attie I, Brooks-Gunn J. Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. *Developmental Psychology*, 1989, 25:70–79.
19. Crisp A et al. Why may teenage girls persist in smoking? *Journal of Adolescence*, 1999, 22(5):657–672.
20. Brooks-Gunn J, Furstenberg Jr FF. Adolescent sexual behaviour (health and development). *American Psychologist*, 1989, 44(2):249–257.
21. Udry JR, Talbert L, Morris NM. Biosocial foundations for adolescent female sexuality. *Demography*, 1986, 23(2):217–230.
22. Growing through Adolescence: a training pack based on a health promoting school approach to healthy eating. Edinburgh, NHS Health Scotland and Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh (in press).
23. Mesche LL, Silbereisen RK. The influences of puberty, family process, and leisure activities on the timing of first sexual experience. *Journal of Adolescence*, 1997, 20:403–418.
24. Coleman L, Coleman J. The measurement of puberty: a review. *Journal of Adolescence*, 2002, 5:535–550.

Commenti – Oddrun Samdal and Leslie Alexander

Ogni sezione del Capitolo 4 rivela che i giovani con esperienze positive, ovvero che sentono di avere sostegno e risorse adeguati, dichiarano un maggior livello di soddisfazione per la propria vita, avvertono meno disturbi di salute e adottano uno stile di vita più orientato a promuovere la loro salute, rispetto ai giovani con esperienze più negative.

Nell'ambiente familiare, i giovani che dichiarano di avere una buona comunicazione con la madre e/o il padre, riferiscono anche una salute migliore e percentuali più basse di consumo di tabacco rispetto a coloro che hanno una comunicazione difficile. Un esame degli aspetti della struttura familiare in un sottogruppo di sei paesi e regioni ha evidenziato notevoli differenze. I giovani che vivono con entrambi i genitori riportano una salute migliore e percentuali più basse di consumo di tabacco rispetto a quelli che vivono con famiglie monoparentali o adottive. La comunicazione tra genitori e figli, tuttavia, è solo leggermente meno facile nell'ultimo caso, cosicché all'interno dei dati dell'indagine HBSC, si dovranno indagare ulteriormente altri fattori relativi alla struttura familiare, i quali possono influire sulla salute dei giovani e sugli stili di vita ad essa collegati, come la condizione socioeconomica e la qualità dei rapporti dei giovani con la famiglia e i compagni.

La condizione socioeconomica è uniformemente associata alla salute e agli stili di vita ad essa collegati nella maggior parte dei paesi e regioni che hanno partecipato allo studio HBSC. La tendenza generale è che i giovani che si collocano in una posizione socioeconomica alta dichiarano anche di avere una salute migliore, di avvertire meno disturbi di salute e di fare più attività fisica. Una relazione simile si osserva con il consumo di tabacco, ma è meno costante rispetto alle relazioni con lo stato di salute, i disturbi di salute e l'attività fisica. Questo indica che i fattori sociali, culturali e di sviluppo possono essere più importanti nel determinare questo comportamento.

Nel contesto scolastico, tutti i paesi e le regioni mostrano un modello forte e uniforme che sostiene le prospettive delle risorse e dei rischi. I giovani ai quali piace la scuola e che ricevono aiuto dai compagni riferiscono meno stress dovuto alla scuola. Inoltre dichiarano di non subire atti di bullismo, godono di buona salute, hanno livelli di percezione della propria salute più alti, riferiscono meno disturbi di salute frequenti e fumano meno dei compagni che hanno esperienze scolastiche negative.

Il contatto con gli amici influisce sulla salute dei giovani. Quelli che hanno più amici dichiarano di adottare più comportamenti che valorizzano e che compromettono la salute rispetto ai loro compagni con meno amici: ovvero, percentuali più alte sia di attività fisica che di consumo di tabacco. La distribuzione dei sessi in un cerchio di amici può influire sugli stili di vita adottati e collegati alla salute che possono sia valorizzare che compromettere la salute stessa, come dimostra per il consumo di tabacco nelle femmine di 13 anni. Gli effetti della socializzazione e il processo di sviluppo nei giovani meritano ulteriori analisi.

Trascorrere molto tempo con gli amici la sera sembra anche essere più strettamente legato a stili di vita compromettenti per la salute rispetto agli incontri frequenti dopo la scuola. Altri fattori influiscono su tali conseguenze sulla salute, non meno di quanto e con chi si passa il proprio tempo. Il ruolo dell'età puberale nella salute delle femmine e negli stili di vita a essa collegati sottolinea il bisogno di considerare tanto lo sviluppo evolutivo quanto i contesti sociali, e pertanto il lavoro futuro deve essere dedicato alla loro interazione. Il rischio di fumare, di seguire una dieta non corretta, di avere rapporti sessuali precoci, si può prevedere fin dall'età puberale nelle femmine. Ulteriori analisi dei dati dovranno esaminare in quale misura il sostegno dei genitori, dei compagni e della scuola possa mitigare tali conseguenze e quale sia il ruolo della socializzazione con i compagni, in particolare in termini di rapporto tra i due sessi.

La natura esplorativa di questa sezione sottolinea le potenzialità dello studio HBSC di dare un notevole contributo a una migliore comprensione di come i contesti influiscano sulla salute degli adolescenti e ad indirizzare gli sforzi delle politiche e degli interventi nella direzione di un miglioramento per la loro salute.