

Capitolo 7

La salute e il benessere

Giulia Almagioni, Donatello Giallombardo, Alberto Casorelli, Stefania Rossi e Mariano Giacchi

In questo capitolo affronteremo il tema centrale dello studio HBSC, ovvero il tema della salute degli adolescenti, analizzato attraverso le informazioni provenienti dai ragazzi e dalle ragazze coinvolti nell'indagine.

Convenzionalmente, i dati sulla salute della popolazione vengono ottenuti attraverso le statistiche di morbosità e mortalità nazionali "oggettive", che evidenziano esclusivamente i fattori di rischio, ovvero privilegiano un'ottica centrata sulla patogenesi che non tiene conto della portata teorica e pragmatica di quel concetto di salute più ampio ed articolato ormai assunto e consolidato a livello istituzionale e scientifico. Questo concetto prende in considerazione come determinanti della salute non solo i fattori di rischio per la salute ma anche quelli positivi.

Si deve tener conto che l'utilizzo di fonti statistiche presenta però quei limiti di semplificazione e approssimazione propri di tutte le fonti quantitative. Esse però forniscono un quadro più completo se integrate con dati qualitativi e di autopercezione.

Pur riconoscendo il bisogno di un sistema di rilevazione più comprensivo ed accurato, lo studio HBSC si basa e valorizza con convinzione gli *indicatori soggettivi* riguardo allo stato di salute, che derivano cioè, dalle percezioni, dalle definizioni e dalle riflessioni che riportano gli adolescenti stessi. Ci sono diverse ragioni per valorizzare l'utilizzo di indicatori soggettivi: in primo luogo ci sembra coerente e serio, nell'ottica dell'*empowerment* che è perseguita e supportata da questo progetto di ricerca-azione, dare voce e riconoscere importanza al punto di vista degli adolescenti stessi riguardo al loro benessere fisico, psicologico ed emotivo.

In secondo luogo, attraverso questo tipo di rilevazione si raccolgono informazioni su tutti gli adolescenti e non solo su quelli che appartengono a gruppi a rischio o con patologie specifiche. Infine, sono proprio le prospettive soggettive che hanno un concreto impatto comportamentale, sia in termini di ricerca attiva o di accettazione di assistenza, che in termini di modificazione di stile di vita.

E' dunque fondamentale, se vogliamo agire sui comportamenti, dare rilevanza alla percezione soggettiva dei ragazzi.

In questo senso, riteniamo utile inserire in questo stesso capitolo anche i dati relativi a quelle domande che tentano di cogliere l'immagine corporea che i ragazzi hanno di se stessi e il livello di "autostima".

Riteniamo che questi due aspetti siano in realtà componenti fondamentali della percezione del proprio benessere/malessere, in particolare nella fase di crescita della propria personalità che è rappresentata dall'adolescenza.

7.1 La percezione del proprio stato di salute

L'indagine riguardo a questi temi si struttura dunque attraverso la rilevazione in primo luogo di alcuni sintomi specifici, scelti come centrali rispetto ad una valutazione dello stato di salute:

- mal di testa
- mal di stomaco
- mal di schiena
- giù di morale
- irritabile o di cattivo umore
- nervoso
- difficoltà ad addormentarsi
- testa che gira

Per ciascuno di questi si chiede quante volte sono stati rilevati negli ultimi sei mesi; è soprattutto significativa la situazione nella quale i ragazzi riportano contemporaneamente più di un sintomo più volte alla settimana o uno giornalmente; nei grafici che seguono (7.1; 7.2 e 7.3) riportiamo per classi d'età le percentuali di ragazzi e di ragazze che hanno affermato di accusare giornalmente i diversi sintomi:

Grafico 7.1 - “Negli ultimi mesi, quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?”; solo le risposte “Ogni giorno” ragazzi vs ragazze; 11 anni

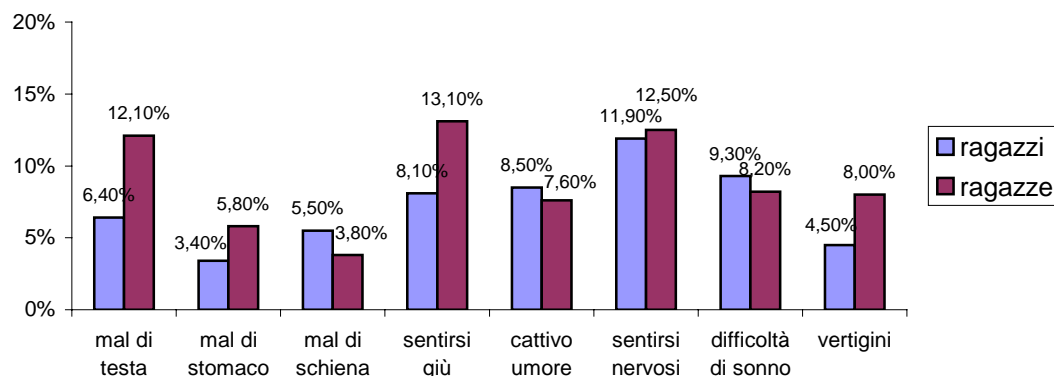


Grafico 7.2 - “Negli ultimi mesi, quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?”; solo le risposte “Ogni giorno” ragazzi vs ragazze; 13 anni

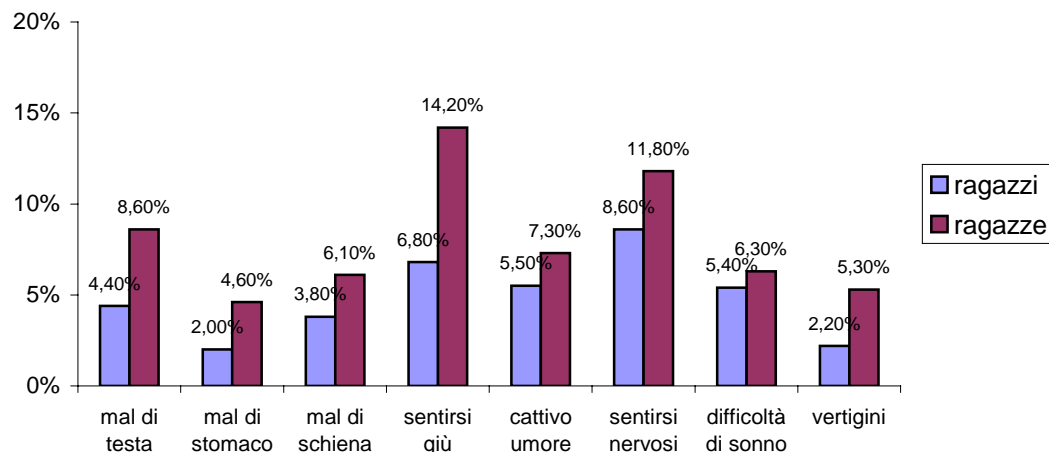
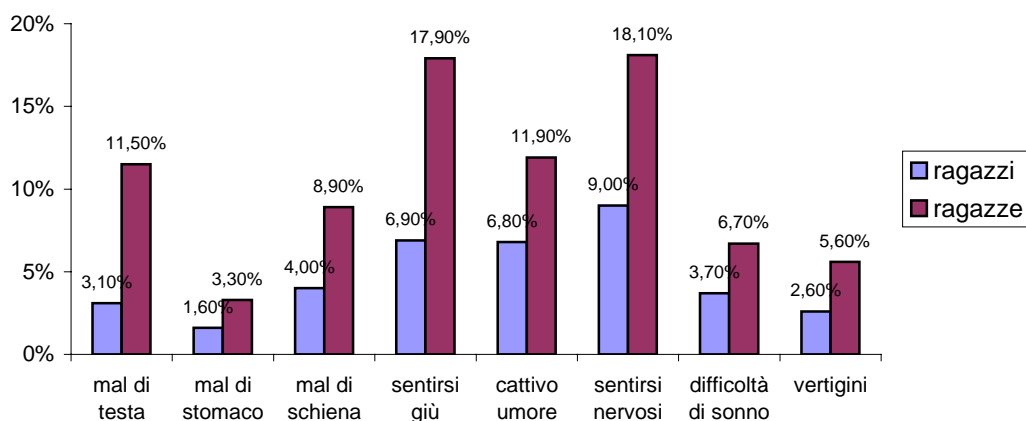


Grafico 7.3 - “Negli ultimi mesi, quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?”; solo le risposte “Ogni giorno” ragazzi vs ragazze; 15 anni



La differenza di genere è il dato che colpisce di più: le ragazze esprimono per ogni sintomo percentuali di esperienza quotidiana più elevate (tranne tre casi, nei quali la percentuale dei ragazzi è per altro solo lievemente più alta). Questa differenza aumenta con l'età ed è considerevole soprattutto per

quanto riguarda i cosiddetti “sintomi psicologici” (sentirsi giù; cattivo umore; sentirsi nervosi): è proprio nella fascia dei 15 anni e per questi specifici sintomi che la differenza tra maschi e femmine è più elevata (arrivando quasi a 12 punti percentuali). D’altra parte anche il Report internazionale segnala il caso italiano come quello nel quale, proprio nel gruppo dei 15 anni, si ha la maggiore differenza tra i sessi nella manifestazione di sintomi. Infatti, se nella popolazione femminile la proporzione di accusa quotidiana di sintomi aumenta con il crescere dell’età, nella popolazione maschile questa proporzione diminuisce.

Le ipotesi sui risultati relativi alla differenza tra i sessi nella manifestazione ricorrente e regolare dei sintomi sono molteplici: da un lato, la maggiore attenzione culturale delle ragazze alla propria salute e dall’altro, una manifestazione dei malesseri più libera, non compressa da un ideale di forza e potenza fisica propria dell’immagine maschile. Inoltre influisce sullo stato di salute delle ragazze la presenza del ciclo mestruale. (Cfr. Report internazionale, pg.61-62)

7.2 L’immagine corporea

Per quanto riguarda l’immagine corporea viene posta una domanda molto diretta così formulata: “Pensi che il tuo corpo sia: decisamente troppo magro; un po’ troppo magro; più o meno della taglia giusta; un po’ troppo grasso; decisamente troppo grasso?” Nella sezione sull’alimentazione inoltre si chiede se in questo periodo il ragazzo/a è a dieta o sta facendo qualcosa per dimagrire, abbiamo scelto di presentare qui anche questo item accostandolo a quello relativo all’immagine corporea per costruire un quadro più coerente e consentire un confronto interessante.

Infine, vengono richiesti i dati -sempre auto-riferiti e dunque esposti a deformazioni legate al punto di vista soggettivo- relativi alle misure corporee, già esposti nel capitolo 5, sezione alimentazione.

Per quanto riguarda la sollecitazione esplicita riguardo all’immagine del proprio corpo, i grafici 7.4 e 7.5 ci offrono un quadro delle risposte per sesso: se una buona maggioranza di entrambi i sessi e in tutte le fasce d’età ritiene più o meno giusto il proprio corpo, è comunque evidente la differenza tra i maschi e le femmine, soprattutto se si guarda l’andamento delle percentuali corrispondenti alle diverse risposte con il crescere dell’età.

Per la popolazione maschile la percentuale che ritiene normale il proprio corpo aumenta e si consolida con l’età; decresce soprattutto la percentuale di chi si ritiene “grasso” e resta più o meno stabile quella di chi si ritiene “magro”. Per la popolazione femminile, al contrario, si segnala una flessione sia di coloro che si ritengono “magre” che di coloro che si ritengono “normali”, mentre crescono notevolmente le ragazze che si ritengono “grasse”: a 15 anni queste raggiungono il 40% del totale, contro meno del 20 % nei ragazzi maschi.

Grafico 7.4 - “Pensi che il tuo corpo sia...”; solo ragazzi

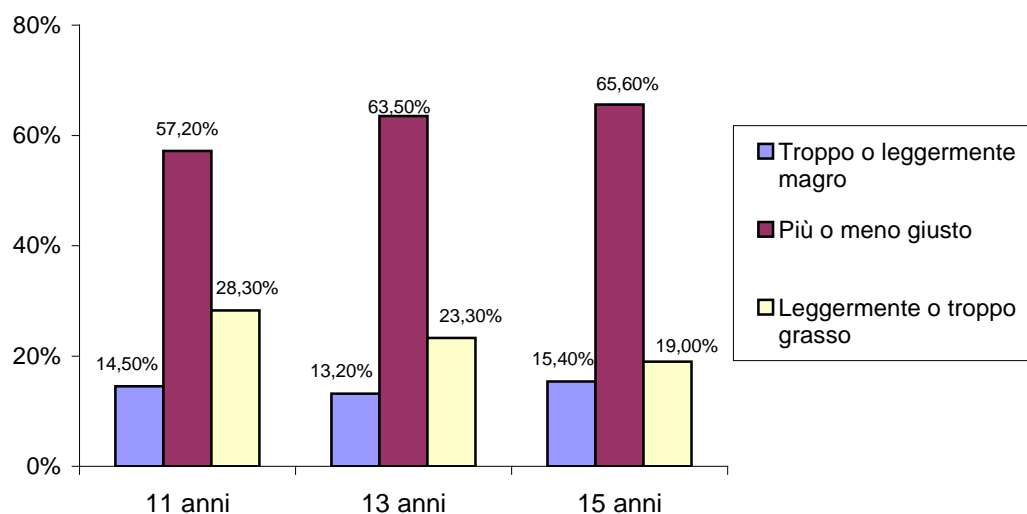
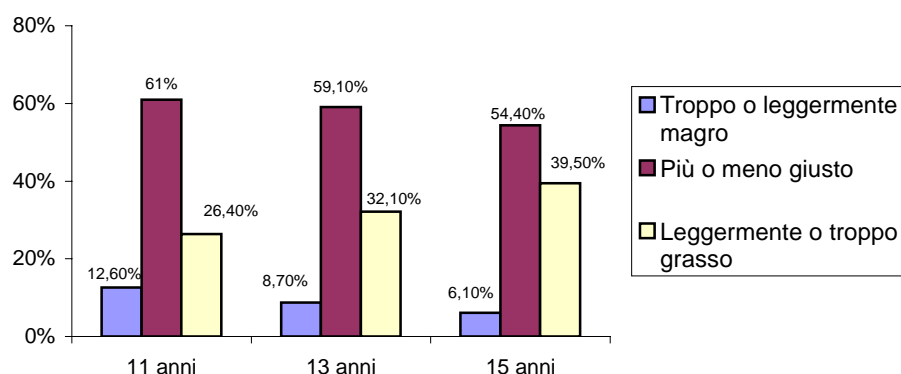


Grafico 7.5 - “Pensi che il tuo corpo sia...” solo ragazze



Questo quadro è ampiamente confermato dalle risposte alla domanda sull’immagine corporea in riferimento che fa riferimento a comportamenti alimentari concreti. I grafici 7.6 e 7.7 mostrano di nuovo un’importante e chiara diversità nelle risposte dei due sessi.

Per i maschi infatti, cresce con l’età la percentuale di chi non intraprende alcun comportamento alimentare specifico per modificare il proprio corpo, ovvero che si ritiene giusto così com’è, mentre decresce se pur di poco sia la percentuale di coloro che vorrebbero perdere qualche chilo che quella di coloro che si dichiarano effettivamente a dieta.

Per le ragazze l’andamento è diverso: con l’età la percentuale di adolescenti che si dichiarano effettivamente impegnate in un regime alimentare dimagrante cresce notevolmente, anche se, non in modo coerente: sembrerebbe restare più o meno uguale tra gli 11 e i 13 anni, per subire un incremento di oltre 20 punti percentuali tra i 13 e i 15 anni.

Aumenta anche leggermente la percentuale di ragazze che vorrebbero perdere qualche chilo, anche se non concretamente a dieta; infine decresce costantemente la percentuale di quelle che si ritengono a posto così.

Se però sommassimo coloro che sono attualmente a dieta e coloro che vorrebbero perdere peso per costruire l’insieme ideale delle ragazze che non sono contente del proprio corpo, la consistenza percentuale di questo gruppo sarebbe ancora più importante, di quanto la domanda diretta sulla percezione del proprio corpo metta in luce: nei 15 anni l’insieme delle “insoddisfatte” arriverebbe infatti al 64% circa (contro un 33% circa per i ragazzi).

Grafico 7.6 - “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?” solo ragazzi

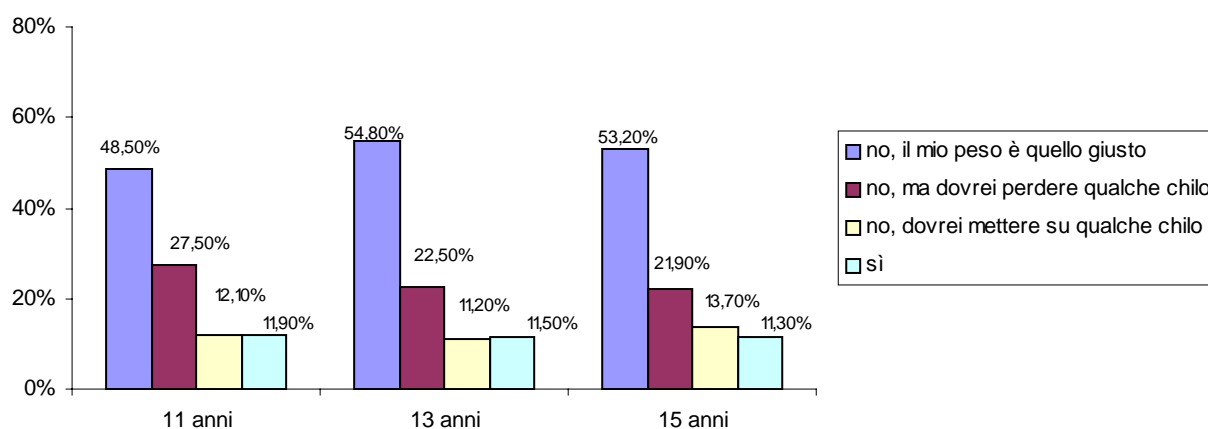
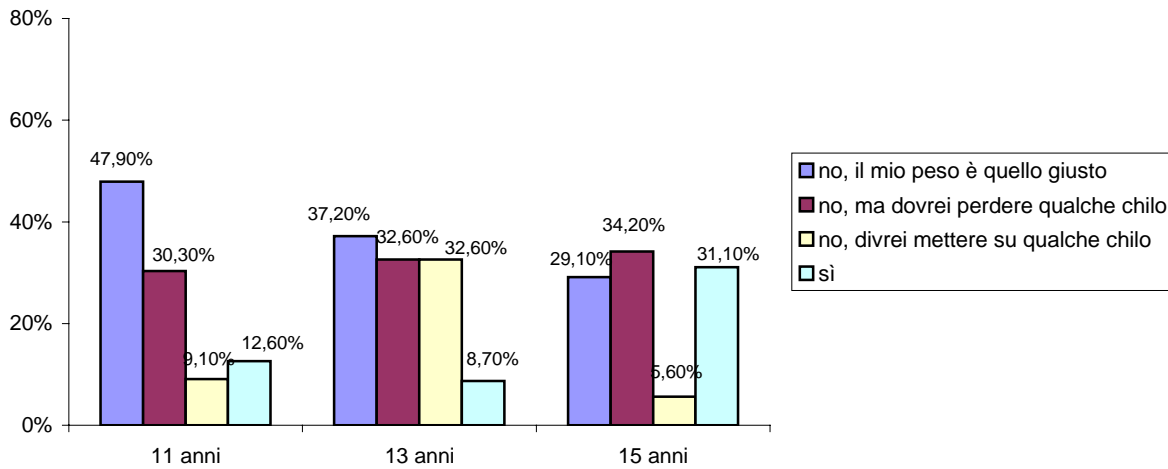


Grafico 7.7 - “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?” solo ragazze



7.3 La percezione del proprio benessere

Passiamo ora alla terza prospettiva attraverso la quale lo studio HBSC affronta ed esplora il tema della salute e del benessere degli adolescenti: la prospettiva della percezione soggettiva e complessiva del proprio benessere.

A questo proposito sono poste due domande di auto-valutazione, intenzionalmente molto generali, aperte, il cui obiettivo è proprio quello di capire quale sia la percezione globale e insieme sintetica che ogni ragazzo/a ha della propria salute e del proprio benessere:

La prima domanda, che utilizza direttamente il concetto di salute, è così formulata: “Diresti che la tua salute è...”:

- eccellente
- buona
- discreta
- scadente

E’ evidente che anche in questo caso diventa fondamentale la definizione o meglio la rappresentazione –insieme soggettiva e culturale- che i ragazzi hanno della salute, e più in particolare di come si caratterizzi e si riconosca una “eccellente” o “buona” salute.

Grafico 7.8 - “Diresti che la tua salute è...” solo ragazzi

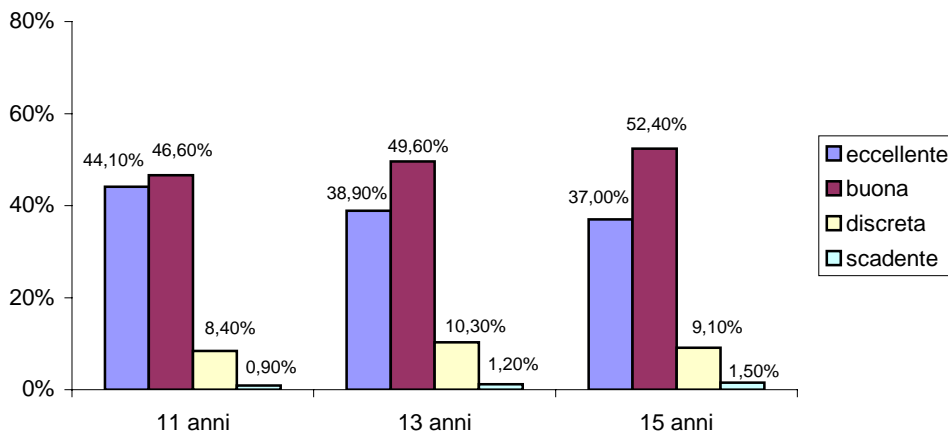
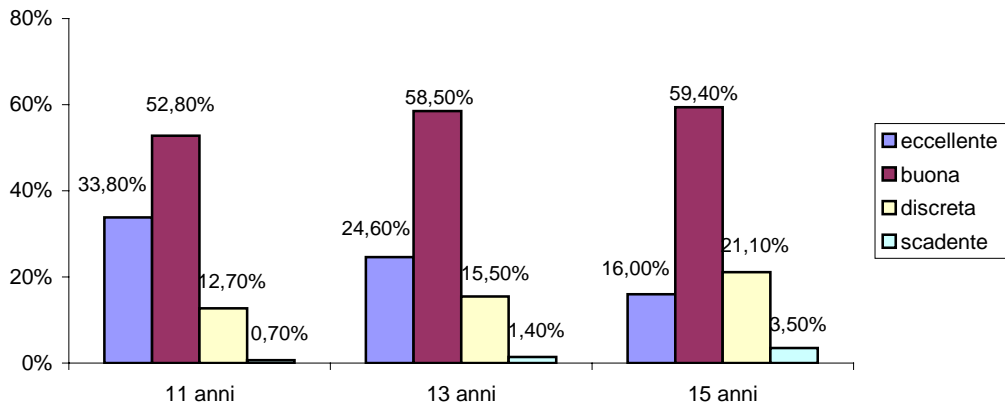


Grafico 7.9 - “Diresti che la tua salute è...” solo ragazze



Per tutti –maschi e femmine- cresce con l’età la percentuale di coloro che definiscono “buona” la propria salute; d’altra parte decresce la percentuale di coloro che la definiscono “eccellente”.

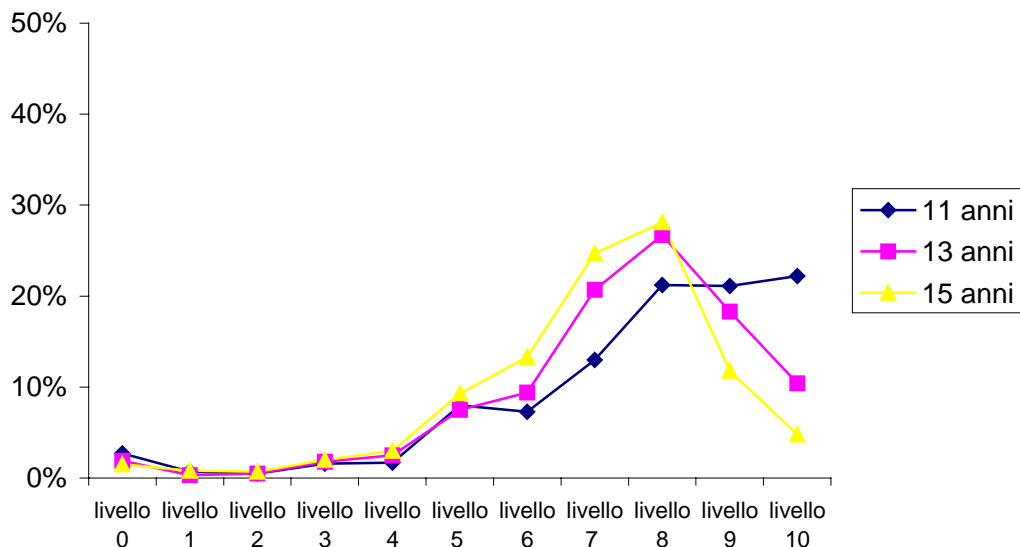
Tuttavia per i maschi restano sostanzialmente uguali i valori che corrispondono ad una salute “discreta” e “scadente”(grafici 7.8 e 7.9)

Per le femmine invece, entrambe le definizioni, per così dire, “negative” sulla propria salute crescono, ancorché leggermente, con l’età. A 15 anni la differenza tra i sessi raggiunge i suoi valori più evidenti: abbiamo il 3,5% di ragazze che reputano scadente la propria salute, il 21% che la reputa discreta, contro l’1,5% nei maschi che la reputa “scadente” e il 9% “discreta”. Solo il 16% delle femmine si considera portatrice di una salute eccellente (contro il 37% di maschi).

La seconda domanda “sintetica” propone invece un’ auto-valutazione sulla propria “vita”. Attraverso una scala di apprezzamento che va da 0 a 10 (0=peggior vita possibile; 10= miglior vita possibile) si richiede ai ragazzi di indicare:“In generale, su quale gradino della scala senti di trovarti in questo momento?”.

Si tratta di una domanda certamente complessa, poco definita e circoscritta, ma nello stesso tempo talmente diretta ed esplicita che mira a cogliere un’impressione, una sensazione, uno stato d’animo più che una riflessione ponderata; sul grado di soddisfazione di sé e della propria vita.

Grafico 7.10 - “Diresti che la tua vita è....” ragazzi e ragazze insieme per fasce d’età



Colpisce il fatto che per tutte e tre le fasce d'età sia presente una percentuale se pur molto bassa di adolescenti che assegnano il valore 0 alla propria vita; il valore centrale si pone tra il valore 7 e il valore 8, dunque molto vicini ad una valutazione massima della propria vita.

Anche in questo caso i valori più alti (9 e 10) sono presenti soprattutto tra i ragazzi di 11 anni, mentre subiscono una flessione via più consistente nelle classi d'età più elevate (un andamento del tutto simile è riportato nel Rapporto nazionale, pg.89).

7.4 L'autostima

Un'ultima prospettiva utilizzata per sondare il livello di benessere e i rischi per la salute degli adolescenti è quella relativa all'autostima di cui ogni giovane è portatore.

Per esplorare questo ambito attraverso la complessità dei suoi aspetti socio-psicologici, da un lato viene chiesto ai ragazzi di esprimersi su dieci affermazioni che vertono sulla capacità di affrontare le difficoltà e le situazioni impreviste di ottenere ciò che si vuole, di perseguire i propri obiettivi, e in generale di sapersela cavare. L'idea è di sondare attraverso giudizi incrociati, quale sia la solidità della struttura identitaria dei ragazzi, e di fornire un'ulteriore e più completa prospettiva sulla percezione della propria vita e della propria salute.

Dall'altro si chiede esplicitamente e più concretamente ai ragazzi quale sia il livello della loro autonomia decisionale (qualcosa di vicino al concetto di *empowerment*) sia in relazione ai genitori che al gruppo dei pari.

Rispetto alla prima serie di domande abbiamo qui selezionato due delle dieci affermazioni, comparando le percentuali di ragazze e di ragazzi che aderiscono all'affermazione stessa (grafici 7.11 e 7.12).

Grafico 7.11 - “Per me è facile attenermi alle mie intenzioni e raggiungere i miei obiettivi”; solo risposte “Decisamente vero” e “Abbastanza vero” ragazzi vs ragazze

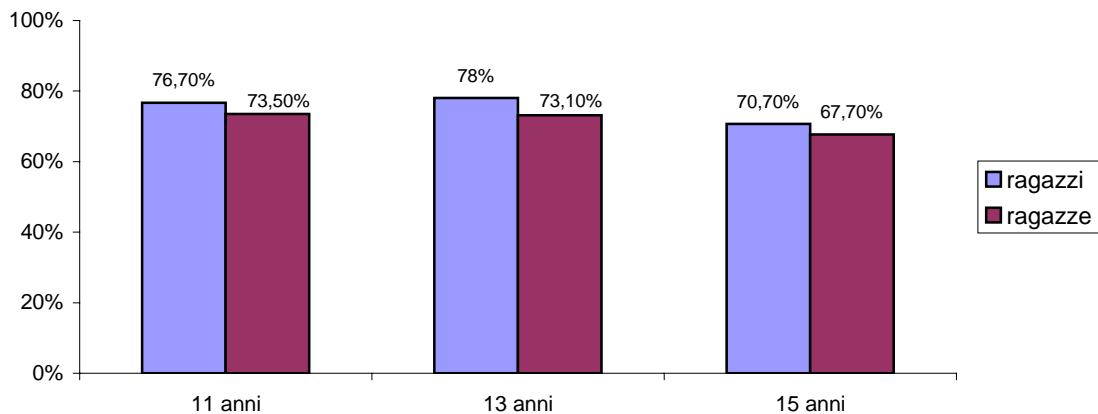
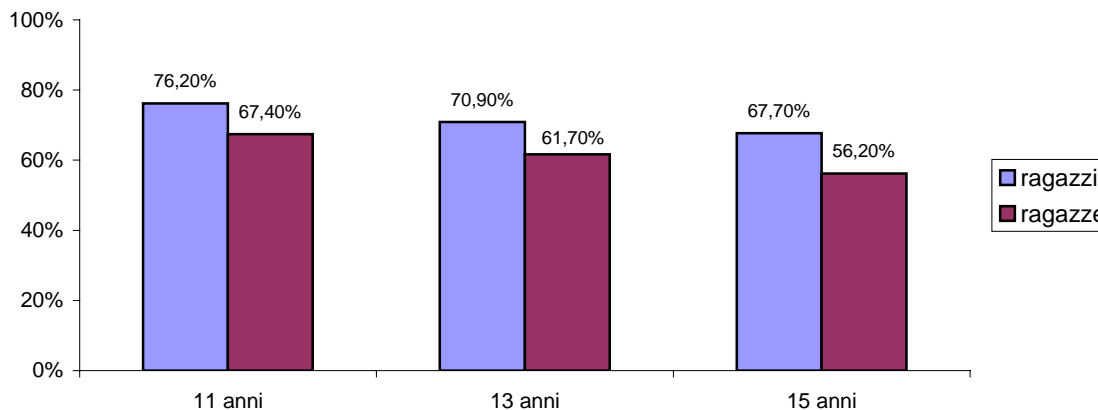


Grafico 7.12 - “Ho fiducia di poter affrontare efficacemente eventi inattesi”; solo risposte “Decisamente vero” e “Abbastanza vero” ragazzi vs ragazze



Anche se complessivamente le risposte positive alle affermazioni di autostima proposte dal questionario sono decisamente elevate, colpisce ancora una volta la differenza tra i sessi. Si rileva infatti una minor stima di sé nelle ragazze. La flessione delle risposte positive inoltre è più consistente e costante per la popolazione femminile con il crescere dell'età

Guardiamo ora agli item relativi al livello di *empowerment*; sia nel contesto familiare che nel gruppo dei pari (grafici 7.13 e 7.14):

Grafico 7.13 - “Quanta voce in capitolo hai quando tu o i tuoi genitori decidete come dovresti passare il tuo tempo libero fuori dalla scuola?”; solo risposte “Decido io” e “Decidiamo insieme, ma di solito posso fare ciò che voglio” ragazzi vs ragazze

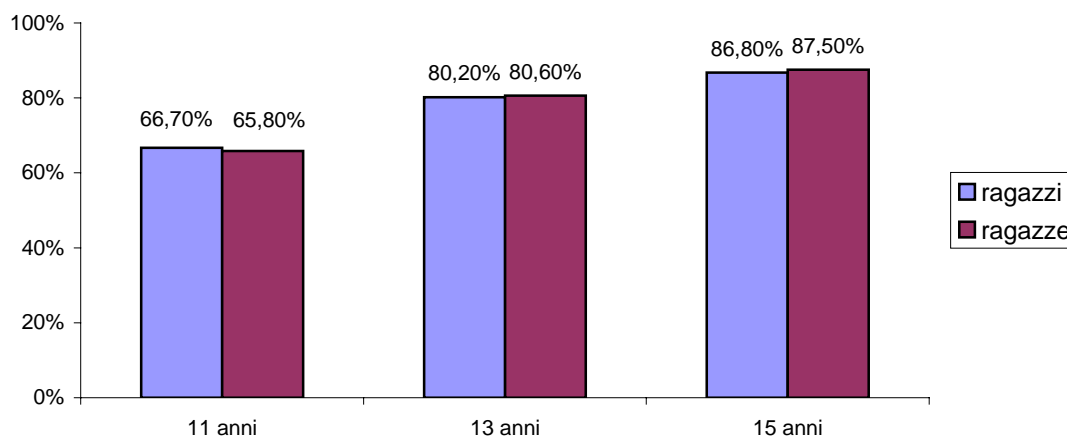
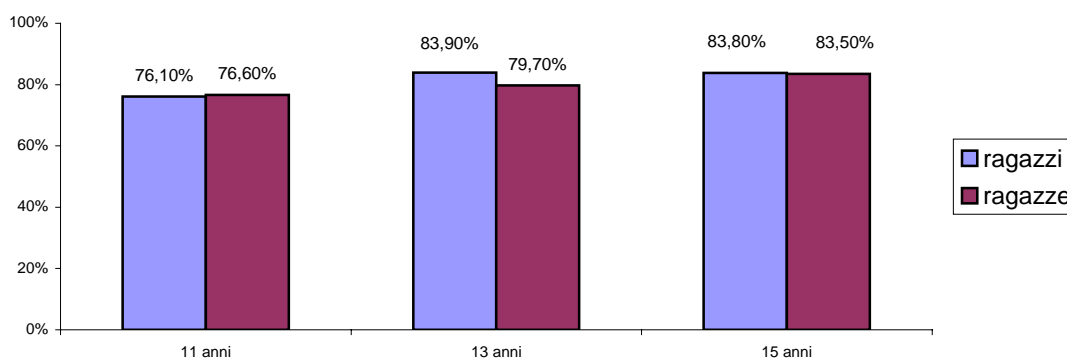


Grafico 7.14 - “In che modo tu e tuoi amici decidete cosa fare insieme?”; solo risposte “Di solito decido io” e “Decidiamo insieme” ragazzi vs ragazze



Qui la situazione di ragazzi e ragazze è decisamente più paritaria e disegna un andamento molto “sano” verso una sempre maggior autonomia dai genitori con il crescere dell'età, mentre una situazione più o meno costante o di leggera crescita della propria autonomia decisionale si registra rispetto al gruppo dei pari. Anche in questo caso la percentuale di risposte positive, alle affermazioni di autonomia o *empowerment* proposte è decisamente elevata per tutta la popolazione e per tutte le fasce d'età.

Ci sembra inoltre importante prestare attenzione alle specificità maschio/femmina relative alla costruzione della propria identità.

Conclusioni

La maggior parte dei giovani dunque non accusano sintomi multipli, dichiarano una buona salute e una buona soddisfazione rispetto alla propria vita, pur esistendo tuttavia una larga minoranza che propone un punto di vista opposto. L'adolescenza si rivela come un periodo nel quale si incrementano le disuguaglianze di fronte alla salute. Due importanti fattori di disuguaglianze sono il genere maschio/femmina e la regione/paese d'appartenenza.

Come è emerso chiaramente, la disegualianza relativa al genere aumenta con l'età, evidenziando il rischio di percezione di un basso livello di salute soggettiva nelle ragazze. Questo dato è comune a tutti i paesi, come riferisce il Report internazionale. Le cause ipotetiche che vengono avanzate sono, come abbiamo già accennato, molteplici:

- la differenza attribuibile alla maturazione biologica e all'avvio della pubertà (sembra ad esempio che siano soprattutto le ragazze che hanno un menarca precoce a manifestare livelli di salute soggettiva più bassa);
- la maggiore pressione sulle ragazze in aree quali l'immagine corporea, le relazioni sociali, il rendimento scolastico;
- la possibile presenza di compiti di socializzazione più conflittuali;
- la socializzazione insegna alle ragazze ad essere più attente e sensibili al loro stato fisico e psicologico o emotivo e ad avere una più bassa soglia nell'individuare e riportare sintomi.

Dall'altro lato l'affermazione "i ragazzi non piangono" può essere effettivamente un imperativo culturale che agisce sulla percezione, l'ammissione e la dichiarazione di malessere –fisico o emotivo- da parte dei maschi; dunque le diversità di risposta tra maschi e femmine sulla salute possono dipendere anche da una relativa sottostima, da parte dei ragazzi, dei propri problemi di salute.

E' importante sottolineare che queste ragioni possono lavorare in parallelo o anche interagire rafforzandosi reciprocamente: il risultato è in ogni caso la creazione di un *gap* sostanziale nella percezione soggettiva della propria salute nei ragazzi e nelle ragazze. La linea della ricerca contemporanea tende comunque a non sopravvalutare le ragioni biologiche, per non correre il rischio di ignorare importanti azioni preventive nelle politiche educative e di salute pubblica in atto e future.

Dalla presente ricerca si nota dunque, come i risultati relativi alla salute e al benessere evidenziano che i fattori socio-culturali, economici e politici agiscono sulla percezione soggettiva dei giovani.

Bibliografia

1. Bordo S, (1997), *Il peso del corpo*, Feltrinelli, Milano.
2. Costantino L, (2003). *La ricerca di un' immagine: l'anoressia mentale*, Liguori, Napoli
3. Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds (2001). *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
4. Currie C. et al eds. (2004). *Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
5. Garofano N, (2004). *Impariamo a guardarli: come comprendere gli adolescenti attraverso il linguaggio del loro corpo*, Sperling Paperback, Milano.
6. Gordon R. A., (1991). *Anoressia e bulimia. Anatomia di una epidemia sociale*, Raffaello Cortina, Milano.
7. Haugland S, Wold B. (2001) *Subjective health in adolescence - Reliability and validity of the HBSC symptom check list*. Journal of Adolescence, 24: 611-624.
8. Lerner RM, Orlos JB, Knapp JR (1976). *Physical attractiveness, physical effectiveness and self-concept in late adolescents*. Adolescence, 11:313-326.
9. Mendelson BK, White DR (1982). *Relation between body-esteem and self-esteem of obese and normal children*. Perceptual and Motor Skills, 54:899-905.
10. Mendelson BK, White DR (1985). *Development of self-body-esteem in overweight youngsters*. Developmental Psychology, 21:90-96.
11. Ostuzzi R., Luxardi G. L., (2003), *Figlie in lotta con il cibo: un aiuto per i genitori, le ragazze, gli insegnanti e gli amici*, Baldini & Castoldi, Milano.
12. Polivy J, Heatherton TF, Herman CP (1988). *Self-esteem, restraint and eating behaviour*. Journal of Abnormal Psychology, 97:354-356.
13. *Rapporto sullo Stato di Salute e gli Stili di Vita dei Giovani Veneti in Età Scolare*, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova, Tipografia Scaligera, Buttapietra (VR).
14. *Stili di vita e salute dei giovani italiani (11-15 anni)*. Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC 2001-2002., 2004, Università degli studi di Torino, Dipartimento di sanità pubblica e microbiologia; Università degli studi di Padova, Dipartimento di psicologia dello sviluppo e della socializzazione, Edizioni Minerva Medica, Torino.
15. Williams JM and Currie CE. (2000) *Self-esteem and physical development in early adolescence: pubertal timing and body image*. Journal of Early Adolescence, 20: 129-149.