

Capitolo 7

La salute e il benessere

di Giacomo Lazzeri, Alberto Casorelli, Anna Grasso, Valentina Pilato e Mariano Giacchi

In questo capitolo affronteremo il tema della salute degli adolescenti con la convinzione che la salute è una risorsa importante per il singolo e la comunità e che le informazioni sulla salute dei giovani rappresentano un buon indicatore della società nel suo complesso. Misurare la salute dei giovani aiuta a comprendere le loro capacità di affrontare le sfide future e ad individuare i gruppi a rischio. Godere di buona salute, a livello fisico, emotivo e sociale, li aiuta ad affrontare queste sfide in modo ottimale.

Il tema della salute e della sua promozione in questa particolare fascia d'età costituisce infatti l'obiettivo di ricerca ultimo dello studio, quello intorno al quale convergono e acquistano il loro senso specifico anche tutte le prospettive di analisi, comprensione e pianificazione di interventi fin qui proposte (intorno al contesto familiare; contesto scolastico; gruppo dei pari; comportamenti alimentari e a rischio...)

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 di eventi morbosi o mortali, ovvero privilegiano un'ottica centrata sulla patogenesi che silenzia -almeno in parte- la portata teorica e pragmatica di quel paradigma di salute più ampio ed articolato ormai assunto e consolidato a livello istituzionale e scientifico. Tale concetto mette in gioco quali determinanti della salute non solo i fattori di rischio prossimi ma anche tutti quei determinanti della salute, di natura

biologica, sanitaria e sociale, specie quelli che esercitano un'influenza positiva per la salute, cosiddetti fattori salutogenici.

Inoltre l'utilizzo di fonti statistiche presenta quei limiti di "distanza" - dunque di semplificazione e approssimazione- propri di tutte le fonti quantitative, che forniscono un quadro più completo se integrati con dati qualitativi e di autopercezione. Per quanto riguarda la popolazione degli adolescenti i dati così ottenuti risulterebbero estremamente poveri in quanto i tassi di morbosità e mortalità sono ovviamente bassi in questa fase della vita.

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*, 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, ed è dunque fondamentale, se vogliamo agire sui comportamenti, dare seria 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 della così detta "autostima"; riteniamo infatti che questi due aspetti siano in realtà componenti fondamentali della percezione del proprio benessere/malessere, ed in particolare proprio nella fase di costruzione del sé 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 di malessere, 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. E' soprattutto significativa la situazione nella quale i ragazzi riportano contemporaneamente più di un sintomo più volte alla settimana o uno giornalmente; nelle figure 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.

La differenza di genere è il dato che colpisce immediatamente: 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). E' proprio nella fascia dei 15 anni e per questi specifici sintomi che la differenza tra ragazzi e ragazze è più elevata (arrivando quasi a 12 punti percentuali); infatti se nella popolazione femminile la proporzione di accusa quotidiana aumenta con il crescere dell'età per tutti i sintomi (o, solo alcuni, restano uguali), nella popolazione maschile questa proporzione diminuisce per quasi tutti i sintomi (o resta al limite uguale).

Le ipotesi che l'evidenza di questo fenomeno chiama in causa sono molteplici e probabilmente tutte pertinenti: da un lato si richiama la maggiore attenzione culturale delle ragazze alla propria salute; dall'altro una possibilità e capacità di manifestazione dei malesseri più libera, non compressa da un ideale di forza e potenza fisica propria dell'immagine identitaria maschile; e ancora,

una situazione di maggiore precarietà nello stato di salute delle ragazze almeno in parte oggettiva, dovuta all'instaurarsi del ciclo mestruale e al delicato assestamento conseguente.

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

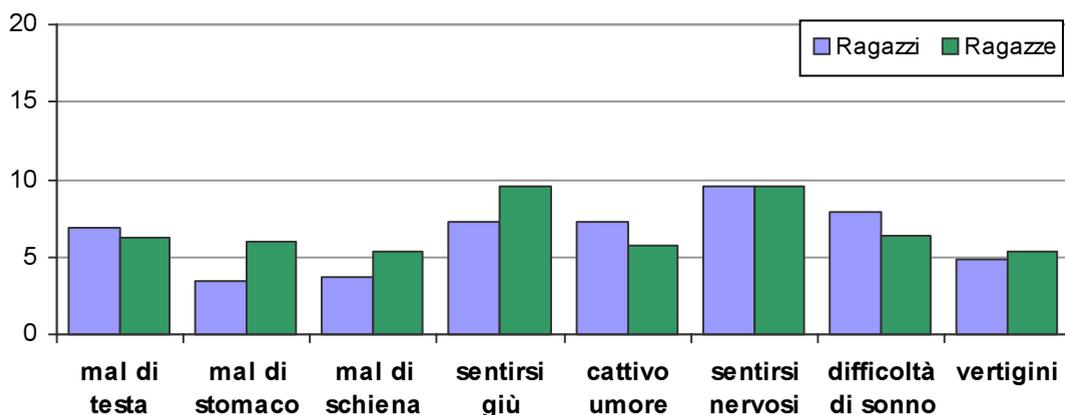


Figura 7.2 - “Negli ultimi mesi, quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” solo le risposte “Ogni giorno”; per genere (solo 13 anni)

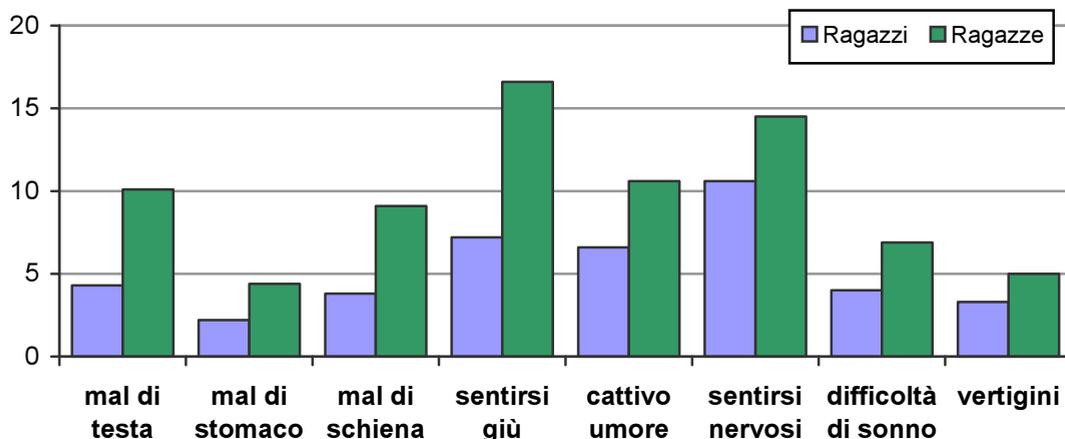
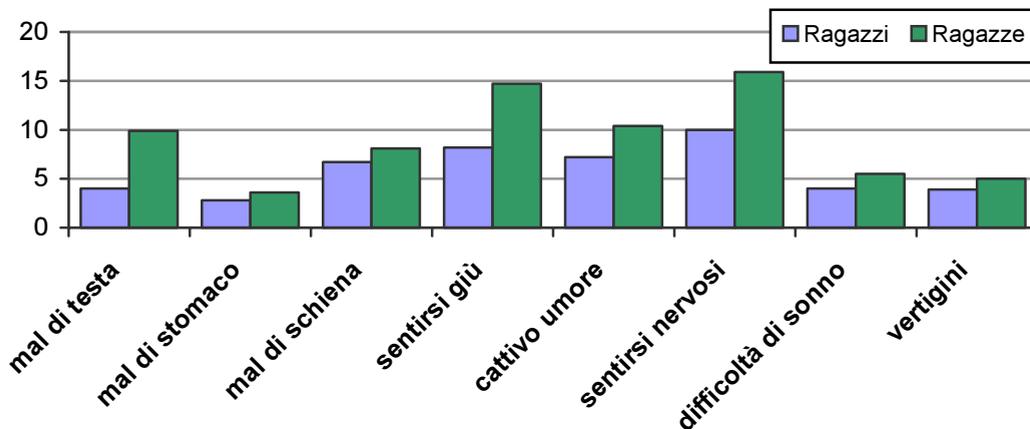


Figura 7.3 - “Negli ultimi mesi, quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” solo le risposte “Ogni giorno”; per genere (solo 15 anni)



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 pò troppo magro; più o meno della taglia giusta; un pò 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 questa domanda accostandola a quella relativa all'immagine corporea per consentire un confronto. Infine, vengono richiesti i dati -sempre auto-riferiti e dunque esposti a deformazioni legate al punto di vista soggettivo- relativi alle misure corporee, i quali sono già stati esposti nel capitolo 5.

Per quanto riguarda la sollecitazione esplicita riguardo all'immagine del proprio corpo, le figure 7.4 e 7.5 ci offrono un quadro delle risposte per genere. Se pure una buona maggioranza di entrambi i generi e in tutte le fasce d'età ritiene più o meno giusto il proprio corpo, è evidente la differenza tra i ragazzi e le ragazze 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 proporzione di coloro che si percepiscono “grassi” e resta più o meno stabile quella di “magri”. 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.

Figura 7.4 - “Pensi che il tuo corpo sia...”; ragazzi per classe di età

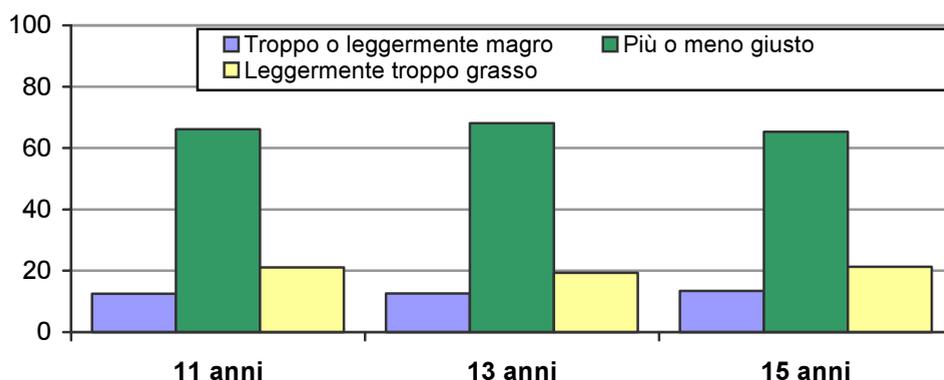
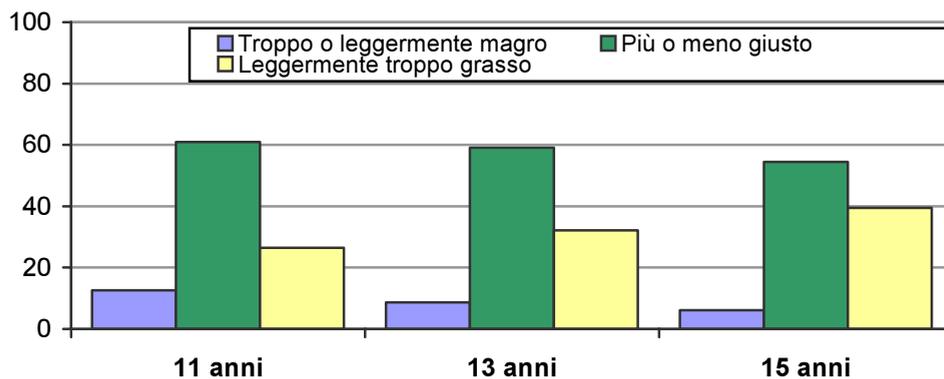


Figura 7.5 - “Pensi che il tuo corpo sia...”; ragazze per classe di età



Questo quadro è ampiamente confermato dalla domanda indiretta rispetto all’immagine corporea che fa riferimento a comportamenti alimentari concreti. Le figure 7.6 e 7.7 mostrano di nuovo una importante e chiara diversità nelle risposte dei due generi: per i ragazzi cresce con l’età la proporzione 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 proporzione di coloro che vorrebbero perdere qualche chilo sia 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, stranamente non in modo coerente: sembrerebbe restare più o meno uguale tra gli 11 e i 13 anni, per subire un incremento di più di 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 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 loro corpo, la consistenza percentuale di questo gruppo sarebbe ancora più importante, per la popolazione femminile, di quanto la domanda diretta sulla percezione del proprio corpo mettesse in luce: nei 15 anni l'insieme delle "insoddisfatte" arriverebbe al 64% circa (contro un 33% circa per i ragazzi).

Figura 7.6 - "In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?"; ragazzi per classe di età

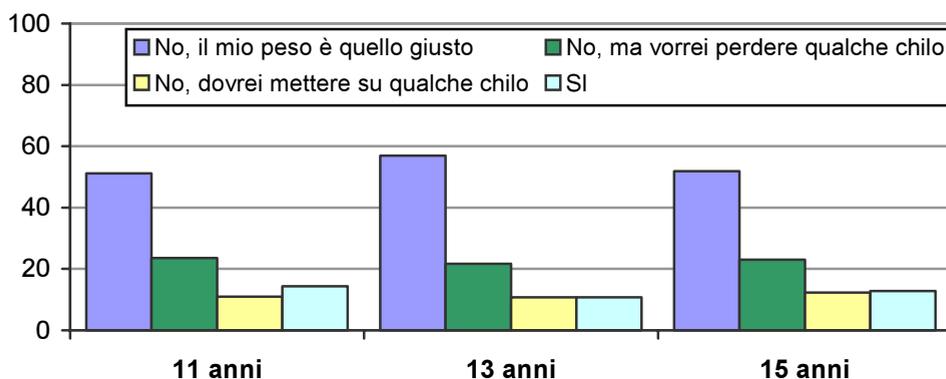
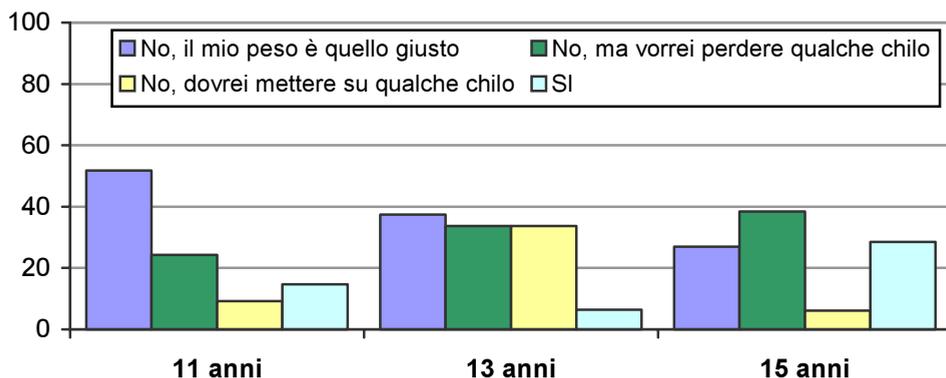


Figura 7.7 - "In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?"; ragazze per classe di età



7.3. La percezione del proprio benessere

Passiamo ora alla 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 gli adolescenti hanno della salute, e più in particolare di come si caratterizzi e si riconosca una “eccellente” o “buona” salute.

Per tutti (ragazzi e ragazze) cresce con l'età la proporzione di coloro che definiscono “buona” la propria salute; d'altra parte decresce la proporzione di coloro che la definiscono “eccellente” (figure 7.8 e 7.9). Tuttavia per i ragazzi restano uguali i valori che corrispondono ad una salute “discreta” e calano quelli relativi ad una definizione della propria salute come “scadente”; mentre per le ragazze entrambe le definizioni, per così dire, “negative” della propria salute crescono, ancorché leggermente, con l'età. A 15 anni la differenza di genere raggiunge i suoi valori più evidenti: abbiamo il 3,5% di ragazze che reputano scadente la propria salute più il 21% che la reputa discreta (contro l'1,5% di “scadente” più il 9% di “discreta” nei ragazzi); mentre solo il 17,2% si considera in possesso di una salute eccellente (contro il 37% di ragazzi).

Figura 7.8 - “Diresti che la tua salute è...”; ragazzi per classe di età

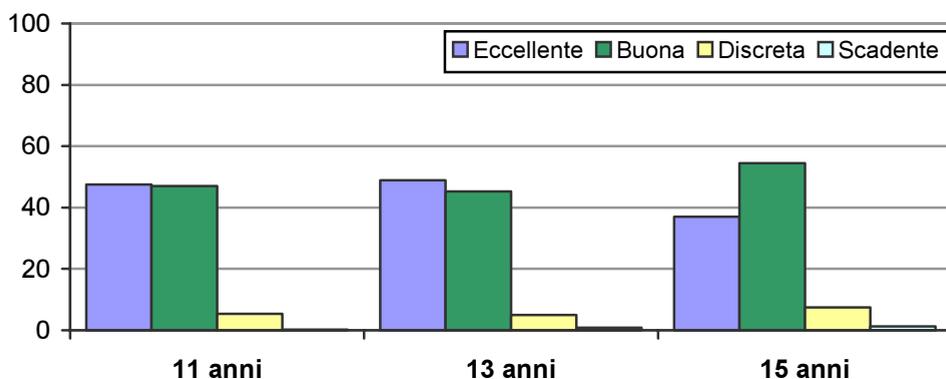
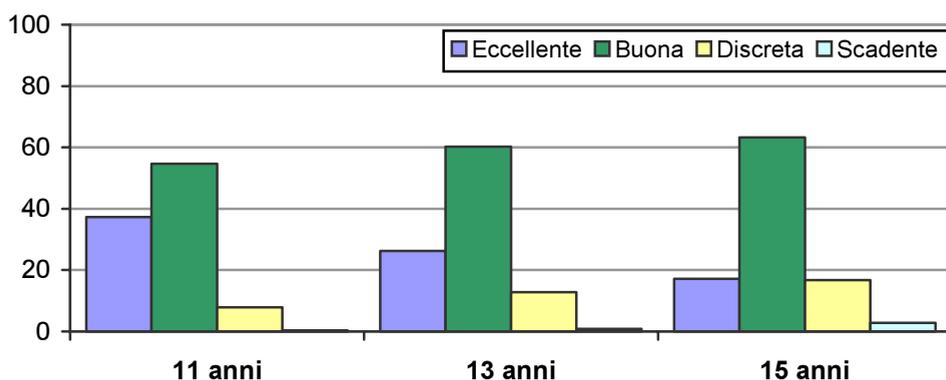


Figura 7.9 - “Diresti che la tua salute è...”; ragazze per classe di età

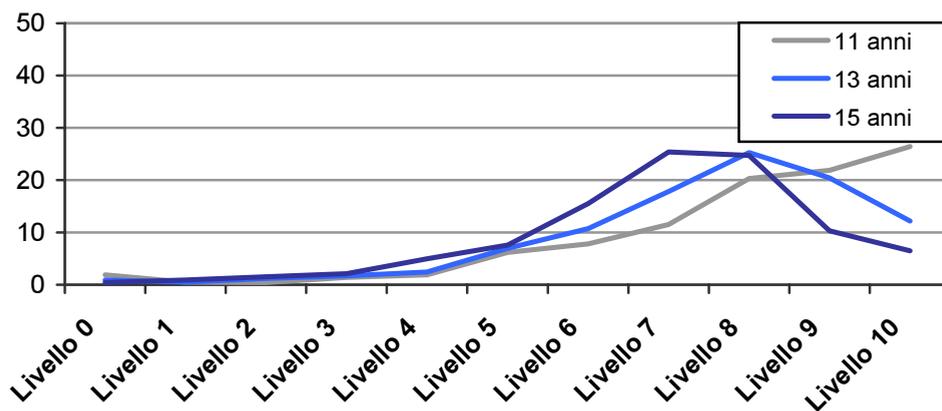


La seconda domanda “sintetica” propone invece una auto-valutazione più generale: ovvero una valutazione della propria “vita”. Attraverso una scala di tipo quantitativo di apprezzamento che va da 0 a 10 (0 = peggior vita possibile; 10 = miglior vita possibile) si richiede ai ragazzi di indicare “In generale,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

Si tratta di una domanda diretta ed esplicita che mira a cogliere un’impressione, una sensazione, uno stato d’animo più che una riflessione ponderata; ovvero il grado di soddisfazione di sé e della propria vita che i ragazzi sentono.

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 negli 11 anni, mentre subiscono una flessione via via più consistente nelle classi d'età più elevate (figura 7.10).

Figura 7.10 - “Diresti che la tua vita è...”; ragazzi e ragazze per classe di età



7.4. L'autostima

Un'ultima prospettiva utilizzata per sondare il livello di benessere e i rischi per la salute presente e futura 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 esprimere quanto sono vere - *per niente vera; non molto vera; abbastanza vera; decisamente vera* - dieci affermazioni riguardo a quanto si è in grado di affrontare le difficoltà e le situazioni imprevedibili, ottenere ciò che si vuole, perseguire i propri obiettivi, in generale quanto si ha la sensazione di sapersela cavare. L'idea è appunto di sondare attraverso diversi giudizi su se stessi incrociati, che girano intorno agli stessi punti di forza o di debolezza, quale sia la solidità della struttura identitaria dei ragazzi, ovvero di fornire un'ulteriore prospettiva che completa e arricchisce i dati relativi alla soddisfazione riguardo alla propria vita e alla percezione rispetto alla 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 (figure 7.11 e 7.12).

Anche se complessivamente le risposte positive rispetto alle affermazioni di autostima proposte dal questionario sono decisamente elevate, colpisce ancora una volta la differenza di genere, che segnala una minor stima di sé nelle ragazze.

Figura 7.11 - “Per me è facile attenermi alle mie intenzioni e raggiungere i miei obiettivi” solo risposte “Decisamente vero” e “Abbastanza vero”; per genere (solo 15 anni)

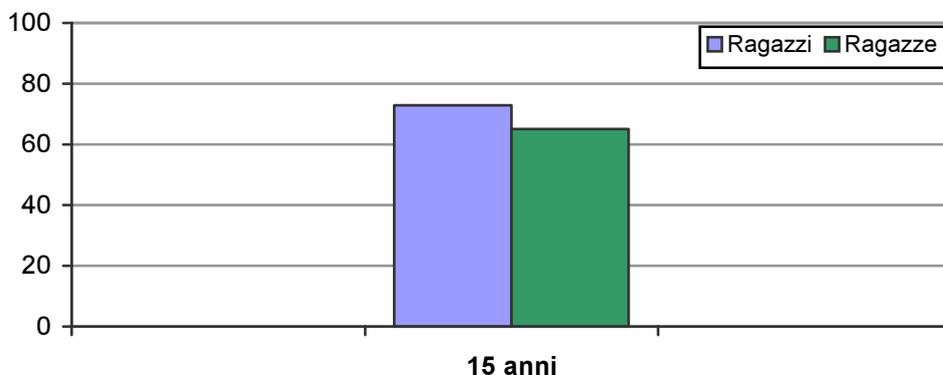
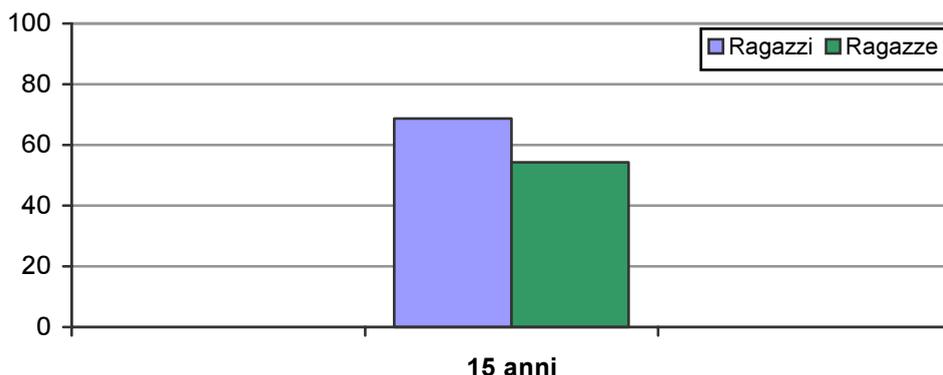


Figura 7.12 - “Ho fiducia di poter affrontare efficacemente eventi inattesi” solo risposte “Decisamente vero” e “Abbastanza vero”; per genere (solo 15 anni)



Guardiamo ora alle domande relative al livello di *empowerment*, sia nel contesto familiare che nel gruppo dei pari (figure 7.13 e 7.14).

Qui la situazione di ragazzi e ragazze è decisamente più paritaria e disegna un atteggiamento molto “sano” riguardo all’autonomia dai genitori. Anche in questo caso la percentuale di adesioni (risposte positive) rispetto alle affermazioni di autonomia o *empowerment* proposte è elevata per tutta il campione.

Ci sembra estremamente importante prestare la massima attenzione, a proposito di queste tematiche, alle specificità relative all’identità di genere: sia nel senso dei rischi specifici -e dei loro pesi relativi- che caratterizzano i percorsi di strutturazione e di conferma della propria immagine di sé (corporea, caratteriale, sociale...), differenziati per genere; sia nel senso delle ricchezze e potenzialità che cominciano più concretamente a differenziare, in questa fase, l’identità di ragazzi e ragazze.

Figura 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”; per genere (solo 15 anni)

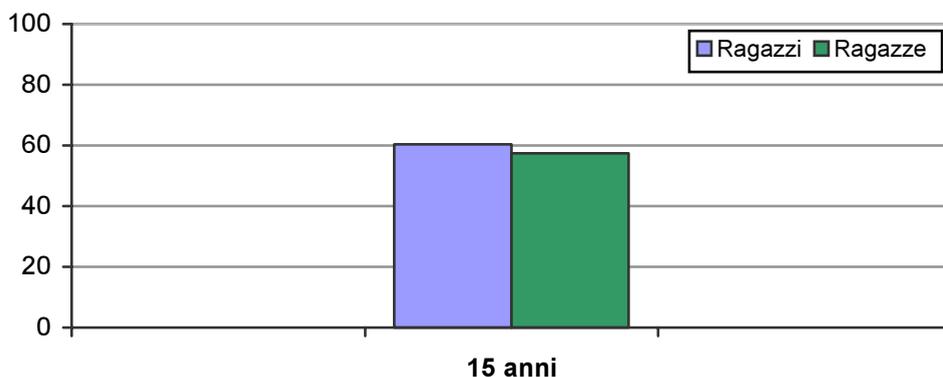
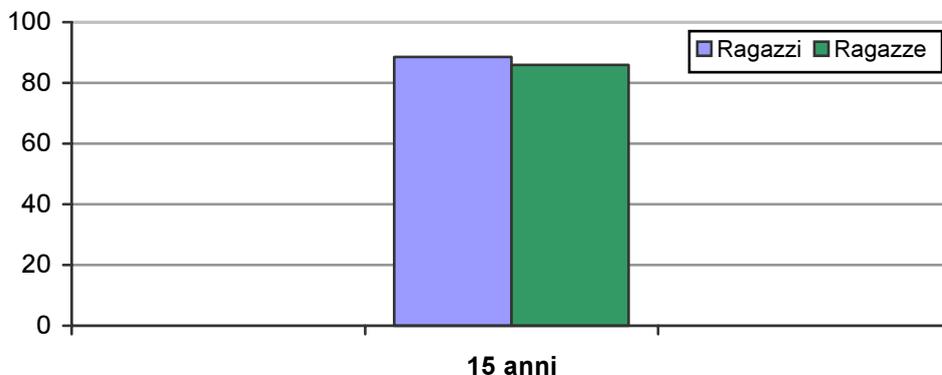


Figura 7.14 - “In che modo tu e tuoi amici decidete cosa fare insieme?” solo risposte “Di solito decido io” e “Decidiamo insieme”; per genere (solo 15 anni)



In generale la maggior parte degli adolescenti non accusa sintomi multipli, dichiara una buona salute e una buona soddisfazione rispetto alla propria vita. Esiste 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 fonti di disuguaglianze sono il genere e la regione o paese d'appartenenza. Come è emerso chiaramente la disuguaglianza relativa al genere aumenta con l'età (aumenta il rischio di una bassa salute soggettiva nelle ragazze). Le ipotesi 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 avuto un ciclo mestruale 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 “i ragazzi non piangono” può essere effettivamente un imperativo culturale che ancora agisce nel contenere la percezione, l'ammissione e la dichiarazione di malessere –fisico o emotivo- da parte dei ragazzi. Dunque le disuguaglianze nella salute riportata 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* di genere sostanziale nella salute soggettiva dei ragazzi e delle ragazze. La linea della ricerca contemporanea è comunque quella di non sopravvalutare le ragioni biologiche per non correre il rischio di ignorare importanti azioni preventive nelle politiche educative e di salute pubblica che possono avere un consistente impatto nel sostenere le ragazze ad affrontare le difficoltà maggiori che esse vivono e riportano nella fase di transizione verso l'età adulta. Nello stesso tempo le ampie differenze che mostrano risultati relativi alle diverse variabili della salute e al benessere riportati dagli adolescenti nei diversi paesi coinvolti nello studio HBSC, segnalano la rilevanza di fattori socio-culturali, economici e politici nel determinare disuguaglianze nella salute percepita soggettivamente dai giovani.

Differenze rispetto alla rilevazione 2003/04.

La variazione più evidente riguarda la domanda "Quanta voce in capitolo hai quando tu o i tuoi genitori decidete come dovresti passare il tuo tempo libero fuori dalla scuola?": le frequenze delle risposte *Decido io e Decidiamo insieme, ma di solito posso fare ciò che voglio*, sommate insieme, evidenziano una diminuzione di 26,5 punti percentuali fra i ragazzi (60,3% vs. 86,8%) e di 30,1 fra le ragazze (57,4% vs. 87,5%).

Bibliografia

Bordo S (1997). *Il peso del corpo*, Feltrinelli, Milano.

Costantino L, (2003). *La ricerca di un' immagine: l'anoressia mentale*, Liguori, Napoli.

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.

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.

Garofano N (2004). *Impariamo a guardarli: come comprendere gli adolescenti attraverso il linguaggio del loro corpo*, Sperling Paperback, Milano.

Gordon RA (1991). *Anoressia e bulimia. Anatomia di una epidemia sociale*, Raffaello Cortina, Milano.

Haugland S, Wold B (2001) *Subjective health in adolescence - Reliability and validity of the HBSC symptom check list*. Journal of Adolescence, 24: 611-624.

Köhler L (1998). *Child public health. A new basis for child health workers*. European Journal of Public Health, 8 (3): 253-255.

Lerner RM, Orlos JB, Knapp JR (1976). *Physical attractiveness, physical effectiveness and self-concept in late adolescents*. Adolescence, 11: 313-326.

Mendelson BK, White DR (1982). *Relation between body-esteem and self-esteem of obese and normal children*. Perceptual and Motor Skills, 54: 899-905.

Mendelson BK, White DR (1985). *Development of self-body-esteem in overweight youngsters*. *Developmental Psychology*, 21:90–96.

Ostuzzi R, Luxardi GL, (2003). *Figlie in lotta con il cibo: un aiuto per i genitori, le ragazze, gli insegnanti e gli amici*, Baldini & Castoldi, Milano.

Polivy J, Heatherton TF, Herman CP (1988). *Self-esteem, restraint and eating behaviour*. *Journal of Abnormal Psychology*, 97: 354-356.

Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia; Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (2004); *Stili di vita e salute dei giovani italiani (11-15 anni). Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC 2001-2002*, Edizioni Minerva Medica, Torino.

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.