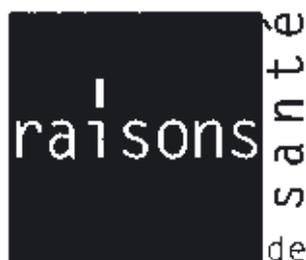


# SMASH-02



SALUTE E STILE DI VITA  
DEGLI ADOLESCENTI  
DAI 16 AI 20 ANNI  
IN SVIZZERA (2002)



Hospices / CHUV  
Institut universitaire  
de médecine sociale et préventive  
Lausanne

Institut für Psychologie  
Universität Bern

Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria  
Cantone Ticino  
Bellinzona

## SALUTE E STILE DI VITA DEGLI ADOLESCENTI DAI 16 AI 20 ANNI IN SVIZZERA (2002)

SMASH 2002

Swiss multicenter adolescent survey on health 2002

*Françoise Narring, Annemarie Tschumper,  
Laura Inderwildi Bonivento, André Jeannin, Véronique Addor,  
Andrea Bütikofer, Joan-Carles Suris, Chantal Diserens,  
Françoise Alsaker, Pierre-André Michaud*

*Responsabile d'edizione : Meltem Bükülmez*

**Studio finanziato da :** Ufficio federale della sanità pubblica, contratto No 00.001721 / 2.24.02.-81

I cantoni di AR, BE, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH

**Citazione suggerita :** Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA. Salute e stili di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni in Svizzera (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (Raisons de santé, 95c).

**Si ringraziano :** Ringraziamo in modo particolare i giovani per averci fornito con fiducia questo spaccato della loro vita. Ringraziamo le autorità cantonali, le amministrazioni e le istituzioni il cui sostegno è stato prezioso nelle diverse fasi dello studio. Un grazie pure ai coordinatori cantonali, in particolare per aver organizzato la distribuzione del questionario nelle classi : Mauro Amiguet, Martine Barraud, Michèle Batou, Paul Bouvier, Christine Bucher, Jacqueline Bursik, Maguy Debons, François Delessert, Peter Horat, Lydia Hümbeli, Laura Inderwildi Bonivento, Gaby Jentsch, Béatrice Jordan, Josef Laimbacher, Christine Maquelin, Annalis Marty, Anne-Marie Maurer, Pius Meier, Christiane Meier, Thomas Pfister, Meie Ruprecht, Rose-Marie Sewer, Thomas Steffen, Margrit Studer, Lysiane Ummel, Michael Urech, François Van der Linde, Klaus Weckerle, Hans Wydler ; e tutte le persone che hanno distribuito i questionari. Teniamo a ringraziare per la collaborazione : Stefan Buerli, Tonja Laemmler e Meie Ruprecht (versione finale del questionario e le liste delle classi) ; Gilles Wenger (grafica degli opuscoli e delle copertine) ; Deborah Codoni e Luana Tozzini Paglia (traduzione in italiano) ; Antonella Branchi (supervisione della traduzione in italiano) ; Carola Smolenski (traduzione in tedesco) ; Sabine Dormond (traduzione in francese) ; Carine Haederli e Elena Martinez (indice analitico).

### **Istituti e indirizzi di contatto**

IUMSP  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive  
GRSA, groupe de recherche sur la santé des adolescents  
Contatto :  
Prof. Pierre-André Michaud  
Capo medico  
Tel. +41 (021) 314 37 60  
Fax +41 (021) 314 37 69  
E-mail :  
Pierre-Andre.Michaud@hospvd.ch

Universität Bern  
Institut für Psychologie  
PEDES, Psychologie der Entwicklung und der Entwicklungsstörungen  
Contatto :  
Dr. med. Annemarie Tschumper  
Collaboratrice progetto SMASH-02  
Tel. +41 (031) 631 36 49  
Fax +41 (031) 631 82 12  
E-mail :  
annemarie.tschumper@psy.unibe.ch

UPVS  
Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria  
Sezione sanitaria  
Contatto :  
Laura Inderwildi Bonivento  
collaboratrice scientifica  
Tel. +41 (091) 814 30 50  
Fax +41 (091) 825 31 89  
E-mail :  
laura.inderwildi@ti.ch

Documento scaricabile da : [www.umsa.ch](http://www.umsa.ch)

Bollettino di comanda all'ultima pagina

# INDICE

Riassunto, raccomandazioni e conclusione.....	5
Avvertenze ai lettori .....	21
1 Introduzione : contesto e obiettivi dello studio.....	23
1.1 Contesto dello studio e mandato .....	23
1.2 Breve panoramica sulla letteratura.....	24
1.2.1 Gli studi sulla percezione della salute e i comportamenti riguardanti la salute che interessano la salute pubblica.....	24
1.2.2 L'utilizzo dei risultati di queste ricerche.....	25
1.3 Obiettivi dello studio, quadro concettuale.....	26
2 Popolazione e metodi .....	32
2.1 Organizzazione dell'inchiesta .....	32
2.2 Elaborazione del Questionario .....	33
2.3 Metodo di campionamento .....	33
2.4 Gestione dei dati e analisi .....	34
2.5 Questioni etiche.....	34
3 Resultate .....	37
3.1 Descrizione del campione.....	37
3.2 Ambienti di vita e relazioni con l'entourage .....	39
3.2.1 Relazioni con la famiglia .....	39
3.2.2 Relazioni con i compagni della stessa età .....	43
3.2.3 Scuola e apprendistato .....	44
3.3 Salute generale e salute mentale .....	51
3.3.1 Salute somatica e i bisogni di salute.....	51
3.3.2 Afezioni croniche e handicap .....	56
3.3.3 Sindrome mestruale .....	60
3.3.4 Immagine corporea e comportamento alimentare .....	62
3.3.4.1 Immagine corporea .....	62
3.3.4.2 Il peso e la preoccupazione della linea .....	62
3.3.4.3 Preoccupazioni legate al peso e all'alimentazione.....	65
3.3.4.4 L'alimentazione come problema.....	65
3.3.5 Sonno .....	67
3.3.6 Esposizione al rumore e disturbi dell'udito .....	69
3.3.7 Depressività .....	71
3.3.8 Ricerca di sensazioni forti.....	74

3.4	Comportamenti legati alla salute.....	82
3.4.1	Attività fisica e sport.....	82
3.4.1.1	Attività fisica.....	83
3.4.1.2	Attività sportive.....	84
3.4.2	Tabacco.....	88
3.4.3	Alcol.....	92
3.4.4	Uso della canapa.....	99
3.4.5	Uso di altre droghe.....	102
3.4.6	Comportamenti protettivi (cintura di sicurezza e casco).....	107
3.4.7	Utilizzo di Internet.....	110
3.5	Sessualità.....	119
3.5.1	Pubertà.....	119
3.5.2	Attività sessuale.....	120
3.5.3	Numero di partner.....	122
3.5.4	Utilizzazione dei metodi contraccettivi.....	122
3.5.5	Utilizzazione del preservativo durante l'ultimo rapporto sessuale..	124
3.5.6	Gravidanza e interruzione di gravidanza.....	125
3.6	Violenza intenzionale e non intenzionale.....	127
3.6.1	Traumi dovuti ad incidenti.....	127
3.6.2	Violenza subita.....	131
3.6.2.1	Molestie ripetute.....	132
3.6.2.2	Gli abusi sessuali.....	134
3.6.2.3	La violenza su Internet.....	137
3.6.3	Comportamenti suicidari.....	138
3.6.4	Atti illeciti.....	141
3.7	Cure e utilizzo dei servizi per la salute.....	150
3.7.1	Consumo di farmaci (non prescritti e prescritti).....	150
3.7.2	Visite mediche.....	152
3.7.3	Ricoveri ospedalieri.....	155
4	Elenchi delle illustrazioni.....	161
4.1	Elenco dei grafici.....	161
4.2	Elenco delle tabelle.....	164
4.3	Elenco delle figure.....	166
5	Indice analitico.....	167
6	Appendice : Questionario SMASH 2002.....	169

# RIASSUNTO, RACCOMANDAZIONI E CONCLUSIONE

## INCHIESTA SMASH 2002

Tra il 1992 e il 1993, l'Istituto Universitario di medicina sociale e preventiva di Losanna (IUMSP) ha condotto un'inchiesta su larga scala, in collaborazione con l'Istituto universitario di medicina sociale e preventiva di Zurigo e l'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria Sezione Sanitaria) del Cantone Ticino, sulla salute e gli stili di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni in Svizzera. I risultati ottenuti sono stati oggetto di riflessione su scala nazionale e regionale in merito alle priorità d'azione e le strategie atte a migliorare lo stato di salute dei giovani in Svizzera. Tuttavia lo stato di salute e le abitudini nella vita degli adolescenti evolvono rapidamente. Il 2002 offriva un'opportunità particolarmente interessante nella misura in cui la coincidenza di calendario prevedeva di ripetere l'inchiesta quadriennale HBSC («Health Behaviour in School-aged Children») condotta dall'Istituto svizzero di prevenzione dall'alcolismo e altre tossicomanie (ISPA) come pure l'inchiesta svizzera sulla salute condotta ogni 5 anni dall'Ufficio federale di statistica (UFS).

L'inchiesta SMASH 2002 («Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health») è stata condotta congiuntamente dal gruppo di ricerca sulla salute degli adolescenti dell'IUMSP di Losanna, l'Istituto di psicologia dell'Università di Berna e l'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria (Sezione Sanitaria) del Cantone Ticino. Questo rapporto<sup>a</sup> descrive le grandi tendenze riscontrate a partire dai risultati e propone alcune ipotesi per comprendere le sfide della situazione attuale e le piste di riflessione per l'avvenire.

Questo studio si basa su due approcci complementari inerenti alla salute : il primo mette l'accento sugli aspetti sociologici dei comportamenti riguardanti la salute e cerca di evidenziare il determinismo psicosociale e la percezione dei modi di comportarsi ("lifestyle"). Il secondo, di natura epidemiologica, mette l'accento sulla prevalenza dei comportamenti e procede all'analisi nei diversi sottogruppi o nel tempo. Le scelte che sono fatte in questa inchiesta si riferiscono alla concezione della salute vista come uno stato d'equilibrio, un processo dinamico costantemente influenzato da elementi e comportamenti personali come pure da variabili ambientali di prossimità (livello socioeconomico) e distali (il clima, i mezzi di trasporto, ecc.).

Lo studio SMASH 2002 fornisce una panoramica della situazione degli adolescenti e del loro stato di salute : bisogni e comportamenti legati alla salute, fattori associati e una valutazione dei grandi cambiamenti insorti da una decina d'anni. Questi dati dovrebbero permettere una riflessione sulla pianificazione ottimale dei servizi di cure e dei programmi di prevenzione e di promozione della salute rivolti agli adolescenti.

Lo studio SMASH 2002 si basa su un questionario elaborato sulla base dell'esperienza fatta 10 anni fa con il primo studio SMASH. Il questionario attuale conteneva 93 domande riguardanti la percezione del proprio stato di salute, gli atteggiamenti, i comportamenti e i bisogni legati alla salute dei giovani, così come lo stile di vita, le relazioni con l'entourage e la valutazione sul clima scolastico e familiare. Il questionario, disponibile nelle tre lingue nazionali, è stato sottoposto agli studenti (scuole superiori e licei) e agli apprendisti di 18 cantoni che hanno accettato di partecipare allo studio. È stato distribuito da persone esterne all'ambiente scolastico, dopo un'introduzione che mostrava in dettaglio gli obiettivi

---

<sup>a</sup> Il rapporto è disponibile pure sul sito Internet dell'Unità multidisciplinare della salute degli adolescenti al CHUV a Losanna ([www.umsa.ch](http://www.umsa.ch)).

dello studio e insisteva sull'anonimato dell'inchiesta. Gli studenti erano liberi di non partecipare all'inchiesta, ma soltanto pochi si sono rifiutati di partecipare. Lo scrutinio dei questionari ha rivelato inoltre un eccellente tasso di risposta alle domande prese individualmente (meno del 5% di non risposta per la maggior parte delle domande) e una buona consistenza interna dei risultati, che possono dunque essere considerati come affidabili.

***Il campione è costituito da adolescenti dai 16 ai 20 anni che frequentano una sezione scolastica o professionale pubblica e non comprende dunque i giovani che frequentano scuole private, i giovani che lavorano e quelli senza lavoro.***

Un'attenzione particolare è stata posta sulla selezione delle classi che hanno partecipato allo studio, in modo da ottenere un campione rappresentativo degli studenti e degli apprendisti dei cantoni coinvolti. In totale, tenendo conto del fatto che certi soggetti non sono stati inclusi nelle analisi (per esempio se avevano più di 20 anni o meno di 16 anni), i risultati riguardano una popolazione di 7420 giovani delle tre regioni linguistiche della Svizzera, composta da 3380 ragazze e 4040 ragazzi che si ripartiscono tra le scuole secondarie superiori (n=2110) e i centri d'apprendistato (n=5310).

Le risposte dei partecipanti sono state informatizzate e la banca dati è stata oggetto di molteplici controlli per assicurarsi della validità delle informazioni. I risultati presentati in questo rapporto sono di natura essenzialmente descrittiva e saranno seguiti da analisi più complesse nei prossimi mesi in funzione dei bisogni espressi dai professionisti che lavorano nei diversi settori.

## CONTESTO DI VITA : UNA RETE RELAZIONALE E SOCIALE CHE FAVORISCE LA SALUTE

Nella prospettiva di approccio globale alla salute e ai suoi determinanti, il questionario comportava un certo numero di domande riguardanti il clima familiare e scolastico come pure le relazioni interpersonali. ***Tre quarti degli adolescenti intervistati appartengono ad una famiglia non dissociata e vivono ancora con i due genitori.*** La maggioranza degli intervistati (90% circa) si sente ben accettata dai propri genitori e i due terzi condividono le proprie difficoltà con loro. Gli adolescenti trovano più semplice parlare con i propri genitori soprattutto dei problemi di salute fisica mentre per molti è più difficile parlare dei problemi psicologici. Le relazioni con gli amici coetanei rivestono un ruolo importante a quest'età, dato che più del 90% degli intervistati dice di avere nel proprio entourage un amico o un'amica su cui contare ed è piuttosto con i compagni che gli intervistati, soprattutto le ragazze, discutono più facilmente dei propri problemi psicologici.

Cosa dire del clima scolastico e professionale? ***La grande maggioranza degli intervistati (tra l'80% e il 90%) trovano il clima della scuola e della classe piacevole e dai due terzi ai tre quarti pensano che il professore o il maestro d'apprendistato ponga loro fiducia.*** Quasi un quinto degli apprendisti si sente tuttavia molto spesso stressato dal contesto di lavoro dove i giovani hanno l'impressione di avere troppe responsabilità. Lo stress più importante è legato all'avvenire professionale: tra i 16 e i 20 anni, un quinto degli studenti e degli apprendisti è preoccupato per il proprio futuro professionale.

Questi risultati (che bisogna sottolineare concernono soltanto i giovani che seguono una formazione scolastica o professionale) si distanziano dalla visione relativamente pessimista che certi adulti hanno delle relazioni dei giovani con il loro entourage familiare e scolastico o professionale.

E' importante comprendere che una rete di legami significativi e arricchenti con la propria cerchia familiare, scolastica, professionale e sociale ha un impatto positivo sulla salute e il benessere. Un buon inserimento in un ambiente scolastico e professionale valorizzante costituisce un atout importante per rimanere in buona salute, da cui l'importanza di sviluppare le scelte e le possibilità in materia di posti d'apprendistato e, più in generale, di favorire il mantenimento della formazione per la maggior parte degli adolescenti.

### **Apprezamenti sulla salute, lamentele e bisogni di cure**

Contrariamente alle visioni stereotipate sovente dettate dai media, gli adolescenti non hanno tutti lo stesso profilo di salute. Molti si sentono in buona salute e lasciano trasparire gioia di vivere e speranze. Una parte non indifferente di essi vive tuttavia in modo transitorio o più duraturo mali, preoccupazioni, periodi difficili. Interrogati sulla loro percezione globale, **una minoranza (circa 6%) degli intervistati pensa che la propria salute sia mediocre o francamente cattiva**. Come in altre inchieste, una maggiore proporzione di ragazze rispetto ai ragazzi si reputa in tale stato. Anche se gli adolescenti si sentono nell'insieme piuttosto bene nella propria pelle, un proporzione significativa di essi dichiara di soffrire spesso o molto spesso di mal di schiena, mal di gambe, malesseri, mal di pancia o mal di testa : è il caso di quasi una ragazza su tre. Un quarto delle intervistate segnala pure problemi ginecologici riscontrati spesso o molto spesso. Per esempio, solo il 5% delle ragazze intervistate indica di non avvertire i sintomi della dismenorrea (dolori mestruali); il 20% di esse si sente limitato durante il ciclo mestruale in una delle attività scolastiche e professionali, sociali o sportive.

**Quando si chiede ai giovani per quali problemi avrebbero bisogno d'aiuto, essi sottolineano l'importanza dei problemi di natura psicosociale e relazionale, come lo stress o la depressione.** Una proporzione importante di giovani (35% delle ragazze e 20% dei ragazzi) si sente a volte depressa al punto da aver bisogno di un sostegno. Mentre gli adulti identificano il ricorso a sostanze psicoattive<sup>b</sup> un grosso problema per gli adolescenti, i temi dell'abuso di alcol e di droga sono all'ultimo posto della lista dei ragazzi. Le preoccupazioni concernenti lo stress, la vita sentimentale e l'alimentazione hanno un posto importante nella lista.

La situazione degli adolescenti che soffrono di una malattia o un handicap cronico (circa un interrogato su dieci) merita di esser menzionata : questi giovani sono più frequentemente ricoverati in ospedale e sono assenti per più giorni a scuola o al lavoro che i loro coetanei. E' importante che le strutture educative trovino gli strumenti per minimizzare l'impatto delle cure sull'apprendimento scolastico. Inoltre, molti studi indicano che il fatto di soffrire di un'affezione cronica non costituisce un fattore di protezione contro i comportamenti di prova o l'assunzione di rischio. E' dunque importante non dimenticare che, qualunque sia l'affezione cronica, questi adolescenti hanno bisogno della stessa assistenza anticipatoria e preventiva dei propri pari.

### **Salute mentale**

Nel questionario una serie di domande riguardava l'immagine di sé e la salute mentale : l'immagine corporea è un aspetto particolarmente importante della percezione di sé, soprattutto nell'adolescenza. Nuove esperienze legate allo sviluppo corporeo, ai sentimenti d'amore e alle idee che ci si fa sull'attrazione fisica pongono il corpo al centro dell'attenzione. I giovani costituiscono pure il bersaglio favorito dall'industria della moda che tende sempre più a dettare le sue leggi in materia d'immagine corporea. Abbiamo dunque chiesto ai giovani se erano soddisfatti del loro aspetto fisico o se volevano cambiarlo. Le risposte delle ragazze sono nettamente meno positive di quelle dei ragazzi. In termini relativi, **il 40% delle ragazze e il 18% dei ragazzi si dichiarano insoddisfatti del proprio aspetto e del proprio corpo indipendentemente dall'età e dalla formazione**. Un gran numero di ragazze si sentono troppo grasse, mentre nei ragazzi si riscontra un'insoddisfazione crescente nelle due direzioni (troppo gracile o troppo grasso). I ragazzi che pensano che il loro peso sia giusto sono meno numerosi che dieci anni fa. Questa tendenza potrebbe essere legata all'impatto del modello attuale veicolato dai media del torso maschile tutto muscoli, ma glabro. Tra le ragazze, la proporzione d'insoddisfazione è anch'essa aumentata in questi 10 anni.

---

<sup>b</sup> Piuttosto che utilizzare il termine di droghe, che si riferisce unicamente a prodotti illegali, faremo frequentemente riferimento al termine sostanze psicoattive, sia per sostanze che hanno effetti sull'umore e la psiche e inglobando, oltre alla canapa e le droghe sintetiche, i medicinali psicotropi e l'alcol.

Con l'ausilio di domande accurate, è stato possibile calcolare la percentuale di intervistati che soffrono di stati depressivi. Circa il 10% delle ragazze intervistate soffre di questa sintomatologia contro il 5% di ragazzi. Gli apprendisti sembrano più colpiti che gli studenti. I disturbi del sonno, rivelatori sovente di problemi psicologici, sono anch'essi più diffusi tra le ragazze poiché un'adolescente su cinque contro un adolescente su sette dice di soffrirne frequentemente. Queste differenze tra ragazzi e ragazze, come quelle descritte precedentemente, sono da ricondurre alle differenze di percezione maschili e femminili, ma potrebbero essere anche legate ad una maggiore difficoltà per le ragazze di trovare uno spazio nel proprio ambiente.

*Riassumendo, la percezione che gli adolescenti hanno della loro salute è marcata da un paradosso: se la maggioranza generalmente si sente in buona salute, una proporzione importante, più elevata rispetto a dieci anni fa, soffre di difficoltà, soprattutto nell'ambito della salute mentale.*  In confronto al 1993, più ragazze sembrano preoccupate della loro immagine, e i ragazzi, fenomeno nuovo, si preoccupano in una proporzione sostanziale della loro apparenza fisica che giudicano non conforme ai canoni della moda e della pubblicità proposti loro. I fenomeni dello stress, della depressione e dei disturbi del sonno riguardano tra il 20 e il 30% degli adolescenti. E' risaputo d'altronde che questi problemi sono sovente camuffati e molti dolori corporei (mal di testa, mal di schiena) nascondono in realtà problemi psicologici, sia transitori sia più permanenti.

Le problematiche riguardanti la salute mentale impongono una riflessione a livello collettivo e individuale, sviluppata alla fine di questo riassunto. A questo punto, riveliamo che molti disturbi che sono descritti nelle sezioni successive non sono che rivelatori del funzionamento psicologico degli adolescenti. L'utilizzo della droga, una vita sessuale mal gestita, la violenza auto o etero aggressiva sono altrettanti segni a cui i professionisti in contatto con i giovani devono essere sensibilizzati e preparati, soprattutto per quello che concerne l'individuazione e la presa a carico. Questo lavoro dovrebbe essere effettuato in un'ottica interdisciplinare con l'aiuto di reti di collaborazioni interistituzionali. Inoltre, le differenze tra ragazzi e ragazze constatate in quasi tutti gli ambiti impongono di sviluppare nell'avvenire strategie specifiche che tengano conto del genere di persone alle quali sono destinate.

## COMPORAMENTI LEGATI ALLA SALUTE : UNA SITUAZIONE PREOCCUPANTE

### **Attività fisica**

L'attività fisica designa globalmente ogni movimento corporeo che è la conseguenza dell'azione di muscoli scheletrici e consuma energia. Lo sport è definito dall'Associazione svizzera dello sport (ASS) come un'«attività corporea che presenta le caratteristiche del gioco, procura gioia, fa riferimento alla performance e offre la possibilità di un confronto responsabile con se stessi, con gli altri o con la natura». Tanto il grado d'attività fisica quotidiana quanto lo sport propriamente detto hanno un'influenza sullo stato di salute degli individui, ciò che spiega perché il questionario abbia cercato di comprendere queste due componenti importanti dello stile di vita.

*Due terzi dei ragazzi e la metà delle ragazze soddisfano la soglia dei 3 episodi a settimana fissata dall'Associazione americana di cardiologia di attività fisica da moderata a intensa<sup>c</sup>.*  Non più del 40% delle ragazze e del 60% dei ragazzi praticano sport più di una volta alla settimana. In effetti, la pratica dello sport diminuisce tra i 16 e i 20 anni in modo continuo sia per le ragazze sia per i ragazzi. Le ragioni più spesso invocate sono l'assenza di tempo, in particolare orari irregolari e la mancanza di motivazione. Infine, se si confrontano le cifre attuali con quelle dell'inchiesta del 1992-1993, ci si accorge che, nei limiti imposti da campioni moderatamente dissimili, l'attività sportiva è

---

<sup>c</sup> Definita in questo questionario come «hai praticato attività fisiche, per almeno 20 minuti di fila, che ti hanno fatto sudare o respirare rapidamente?».

diminuita sia per le ragazze sia per i ragazzi: la percentuale di giovani che praticano dello sport almeno da 2 a 3 volte alla settimana e così passata dal 46% al 37% per le ragazze e dal 63% a 59% per i ragazzi.

Si potrebbe ipotizzare che questa diminuzione dell'attività sportiva sia legata a molteplici fattori d'ordine sociale: generalizzazione dell'utilizzo dei veicoli a motore da parte dei giovani a partire dai 14 o 16 anni, prolungamento del tempo per recarsi al lavoro, orari difficili, attrazione per altre attività di svago, assenza di una politica d'incitamento indirizzata ai giovani inattivi, a volte la mancanza di strutture sportive adeguate, ecc. Sarà importante per il futuro riflettere ai modi per meglio motivare certi giovani ad impegnarsi in un'attività fisica/sportiva regolare, anticipando in particolare i problemi che il passaggio da un sistema scolastico obbligatorio al ritmo molto diverso dell'apprendistato può sollevare. Uno dei problemi sollevato dagli adolescenti è l'impossibilità di dedicarsi ad un'attività sportiva strutturata senza dover in blocco accettare gli allenamenti duri e frequenti legati alla competizione. C'è probabilmente uno spazio per le attività di gruppo poco incentrate sulla performance che offrono una certa flessibilità dal punto di vista degli orari e della frequenza.

### **Comportamento alimentare legato al peso e all'immagine corporea**

Abbiamo constatato che il 40% delle ragazze e il 18% dei ragazzi erano insoddisfatti del proprio aspetto e del proprio corpo. Abbiamo chiesto a questi giovani se avessero anche il desiderio di cambiare il proprio peso. *Circa il 70% delle ragazze ha espresso il desiderio di dimagrire (contro il 55% nel 1993) e il 20% ha anche riconosciuto che questa idea le preoccupa costantemente. Inoltre, circa il 25% dei ragazzi vorrebbe perdere peso.* La maggioranza delle ragazze e dei ragazzi desiderosi di modificare il proprio peso ha dichiarato di impegnarsi nello sport per farlo. Nonostante ciò, una forte proporzione di ragazze e di ragazzi (rispettivamente il 30% e il 20%) ha anche indicato di seguire una dieta.

Non è realistico pretendere di diagnosticare i problemi alimentari con un questionario auto-amministrato. Grazie a qualche domanda che riguarda le idee e le esperienze legate all'alimentazione, si può tuttavia definire in quale misura una persona abbia un comportamento a rischio. Così, il 16% delle ragazze e il 9% dei ragazzi hanno riconosciuto che mangiano troppo più volte a settimana, senza potersi arrestare e il 3% delle ragazze e l'1% dei ragazzi hanno confessato che volontariamente si provocano il vomito più volte alla settimana, a volte anche quotidianamente. Tra le ragazze, le percentuali sono nettamente più elevate che quelle constatate nel 1993 (1%). Questi risultati possono essere sia un indice del fatto che i disturbi alimentari aumentano sia un segno che molte ragazze restringono la loro alimentazione, ciò che le espone al rischio di sviluppare problemi del comportamento alimentare come il vomito autoindotto o le crisi di bulimia.

Questi risultati sollevano la necessità di un approccio differenziato secondo il sesso. I ragazzi si preoccupano piuttosto della forma del proprio corpo. Le ragazze, oltre alle preoccupazioni simili in relazione alla forma, si preoccupano del peso e si dedicano a comportamenti che possono danneggiare la salute (diete frequenti, crisi di bulimia, vomito autoindotto) in proporzione maggiore che 10 anni fa. I disturbi alimentari nella nostra società consumistica, compresa l'obesità, che non è stata analizzata in modo specifico dall'inchiesta, costituiscono un vero problema di salute pubblica. Dovrebbero dunque entrare a far parte di una riflessione in rapporto alla pubblicità, in particolare per quello che concerne la manipolazione del corpo e il culto dell'immagine femminile che non lasciano spazio a nessuna individualità né per le ragazze né per i ragazzi. Inoltre, questi disturbi vengono scoperti più frequentemente in seguito ad una sensibilizzazione accresciuta del pubblico e dei professionisti della salute riguardo ai rischi legati a comportamenti alimentari perturbati e sovente nascosti dal proprio entourage.

## **Uso del tabacco**

La parte consacrata all'utilizzo e al cattivo uso delle sostanze psicoattive, era centrata sull'utilizzo di tabacco, alcol, canapa e altre droghe illegali. Anche se un'inchiesta con questionario non permette di capire esattamente i rapporti che certi giovani intrattengono con questa o quella sostanza (diagnosticare l'abuso o la dipendenza), i dati disponibili permettono di distinguere l'utilizzo ricreativo, sperimentale di sostanze, dall'uso regolare addirittura quotidiano suscettibile di provocare danni fisici e psicosociali, in particolare insuccessi nella formazione o nell'inserimento professionale.

Il consumo di tabacco tra i giovani, in Svizzera come all'estero, è oggetto di grande preoccupazione. *I nostri risultati dimostrano che un giovane su tre si considera un fumatore regolare, gli apprendisti più sovente degli studenti; inoltre il tasso di fumatori aumenta ancora considerevolmente tra i 16 e i 20 anni*, anche se un quarto degli adolescenti ha cominciato a fumare prima dei 16 anni. Che cosa dire infine dell'evoluzione della percentuale dei fumatori in questi 10 anni? E' importante restare prudenti visto che la composizione dell'insieme dei giovani delle inchieste 1993 e 2002 era leggermente diversa. Sembra comunque che le percentuali siano globalmente aumentate, per ogni fascia d'età e tipo di formazione considerata. L'aumento sarebbe nettamente più sensibile tra gli apprendisti che tra gli studenti.

Nel quadro della lotta contro il tabacco, gli esperti propongono di intervenire molto presto (attorno ai 10-11 anni) con strumenti di tipo interattivo che conducono all'acquisizione di competenze di vita e di gestione della pressione dei pari e dei media, così come cercare di rendere partecipi i genitori a queste azioni. Non bisogna neppure trascurare l'utilità di azioni sull'ambiente come quelle delle scuole e dei luoghi senza fumo, e promuovere pure, tra gli adolescenti più anziani, l'accesso a programmi di recupero dal tabagismo. Inoltre le analisi effettuate sul tema della lotta contro l'utilizzo del tabacco da parte dei giovani insistono sull'efficacia delle azioni a livello legislativo ed economico, come le restrizioni all'accesso delle sigarette, la restrizione della promozione del tabacco nei media e infine l'aumento del prezzo del pacchetto di sigarette.

## **Uso dell'alcol**

Il pubblico, come pure certi professionisti, dimenticano che la sostanza psicoattiva più consumata dai giovani, nelle nostre regioni, resta l'alcol e non la canapa. Questa valutazione errata è inaccettabile se si pensa che il consumo abusivo d'alcol resta uno dei problemi di salute pubblica più seri nel nostro paese come in molti altri paesi europei. In questa inchiesta, *è tra le ragazze che si registra l'aumento di consumo più sensibile*: nel 1993, 28% delle ragazze ammetteva di consumare alcol una o più volte a settimana, mentre nel 2002 la percentuale è del 42% (ragazzi dal 56% al 67%). Inoltre, il 30% delle ragazze e il 52% dei ragazzi dicono di essersi ubriacati almeno una volta durante i 30 giorni che precedevano l'inchiesta. E' verosimile che l'apparizione sul mercato degli alcopops abbia giocato un ruolo non indifferente, particolarmente tra i giovani adolescenti. Il rapporto con l'alcol sembra modificarsi, i giovani lo consumano meno nell'ottica puramente festiva e più per lo scopo di avere una sensazione d'ebbrezza, obbedendo in questo modo ad una valorizzazione eccessiva nella nostra società dei comportamenti sperimentali e dell'assunzione di rischio.

Cogliamo positivamente le misure prese recentemente nel nostro paese per limitare l'accesso alle bevande alcoliche, come l'aumento delle tasse sugli alcopops o un più severo controllo della vendita di bevande alcoliche ai minori. Ci auguriamo che il passaggio dal tasso massimo di alcolemia dall'0.8 allo 0.5 per mille si faccia al più presto. Bisognerebbe sviluppare maggiormente campagne di promozione per il ritorno al domicilio in compagnia di un autista sobrio, sull'esempio di «Nez rouge» nei periodi di Natale o della campagna "be my angel" della Federazione vodese contro l'alcolismo. Infine, non bisogna dimenticare che il problema dell'alcol non riguarda soltanto gli adolescenti e poco si fa in questo campo. E' dunque riflettendo globalmente al consumo d'alcol nella nostra società che potremmo limitare le conseguenze del consumo problematico d'alcol tra i giovani.

## **Uso della canapa**

*La nostra inchiesta conferma la «popolarità» della canapa poiché a 20 anni, tra il 60% e il 70% dei giovani – secondo il sesso e il tipo di formazione considerati – dicono di aver consumato canapa almeno una volta nella vita* (erano dal 35% al 40% 10 anni fa). L'accesso alla canapa comincia relativamente presto poiché a 16 anni il 48% delle ragazze e il 53% dei ragazzi l'hanno già provata. Inoltre circa il 4% delle ragazze e il 13% dei ragazzi ammettono di consumarne quotidianamente. Quasi il 10% dei giovani dichiara inoltre di riscontrare difficoltà legate al consumo di canapa a scuola o sul lavoro.

E' importante senza dubbio intervenire prima rispetto al passato con attività di sensibilizzazione e di prevenzione. Un numero crescente di adolescenti usa quotidianamente la canapa, con come possibile conseguenza problemi scolastici o professionali. Il discorso attuale tende a focalizzarsi sui rischi della canapa in generale, allorché sarebbe molto più importante capire il rapporto che certi giovani hanno con questa sostanza : da una parte la quantità consumata, la frequenza di consumo e soprattutto il contesto nel quale viene consumata e la personalità dei giovani consumatori. Dunque, qualsiasi intervento deve concentrarsi non solamente sull'abuso di sostanze ma sulla salute mentale degli adolescenti così come sul miglioramento dell'ambiente che li stimoli e offra loro prospettive per l'avvenire.

## **Uso di droghe di sintesi**

Mentre il consumo di eroina è restato stabile in questi 10 anni, il consumo di droghe di sintesi e di cocaina sembra essere aumentato tra i giovani. Se il consumo di canapa riguarda i giovani già prima dei 15 o 16 anni, ciò non è il caso per le droghe di sintesi il cui consumo (almeno una volta nella vita) passa a grandi linee dal 5% a 16 anni al 15% a 20 anni, i tassi variano a seconda del sesso e del tipo di formazione professionale (i tassi più elevati si osservano tra i ragazzi apprendisti). Bisogna tuttavia segnalare che il tasso di consumo di queste droghe durante i 30 giorni precedenti l'inchiesta sono molto meno elevati : nell'ordine del 3 al 5%, segnalando prima di tutto *l'uso piuttosto ricreativo che la maggioranza degli utilizzatori fa delle droghe di sintesi*. I programmi di prevenzione sull'uso di droghe di sintesi non si distinguono veramente dagli interventi sulla droga in generale. Al contrario i giovani consumatori regolari di queste sostanze e soprattutto della cocaina meritano interventi mirati, socio-educativi, medici e psichiatrici fatti da professionisti formati espressamente a questo scopo.

## **SESSUALITÀ : I SUCCESSI DELLA PREVENZIONE**

Il risveglio della sessualità costituisce uno degli aspetti più importanti dei processi di sviluppo dell'adolescenza e particolarmente della formazione dell'identità. Essa comporta tratti psicologici, affettivi, emozionali e relazionali che un'inchiesta come SMASH 2002 non saprebbe esaminare. In una prospettiva di salute pubblica, il presente studio si è dunque soprattutto incentrato sui comportamenti misurabili, che permettono in particolare d'apprezzare l'evoluzione della situazione in questi 10 anni. Tra i giovani intervistati dai 16 ai 20 anni, circa un giovane su due ha già avuto un rapporto sessuale con penetrazione. Le differenze tra ragazze e ragazzi si sono attenuate nel corso degli ultimi trent'anni e le percentuali sono molto simili tra i due sessi. Al contrario, la percentuale di giovani sessualmente attivi è più elevata tra gli apprendisti che tra gli studenti. Infatti, gli apprendisti sono immersi nel modo del lavoro che propone loro un ritmo di vita e modelli adulti ai quali cercano subito di conformarsi. *Dal 1993, la proporzione di giovani sessualmente attivi sembra essere aumentata in tutte le categorie e a tutte le età ma, moderatamente, si ritrovano tassi simili agli anni 80*. La promozione dell'utilizzo del preservativo durante le campagne di prevenzione STOP AIDS ha fatto temere ad alcuni un abbassamento dell'età del primo rapporto sessuale, sotto l'influsso dei messaggi visti come un incitamento e una legittimazione dell'attività sessuale precoce. Invece l'abbassamento

dell'età del primo rapporto sessuale iniziata negli anni 70 non è proseguito. I risultati di altre inchieste in Francia, Gran Bretagna o nei Paesi Bassi confermano l'assenza di un'evoluzione della precocità sessuale negli ultimi 20 anni.

Il tasso d'utilizzo del preservativo al primo rapporto con un nuovo partner è considerato un buon indicatore del grado con cui gli adolescenti si proteggono contro l'infezione del virus HIV. Resta elevato dall'inizio delle campagne di prevenzione dell'AIDS. ***Solo il 3% degli intervistati dice di non aver utilizzato nessuno contraccettivo in occasione della prima relazione sessuale.*** Mentre il preservativo costituisce il metodo di contraccezione privilegiato al primo rapporto sessuale, la pillola è più utilizzata nell'ultimo rapporto sessuale. Ciononostante, il 36% delle ragazze e il 46% dei ragazzi hanno utilizzato il preservativo nell'ultimo rapporto.

La generalizzazione dell'utilizzo del preservativo implica un rialzo degli incidenti che possono accadere (rottura, scivolamento). Un numero non trascurabile di adolescenti non utilizza metodi di contraccezione o utilizza metodi inefficaci (coito interrotto, metodo della temperatura) per alcune relazioni sessuali. In queste circostanze, il ricorso alla contraccezione d'urgenza (pillola del giorno dopo) si giustifica. Così, circa il 3% delle ragazze e dei ragazzi dichiara di aver utilizzato la pillola del giorno dopo in occasione dell'ultimo rapporto sessuale. La domanda sulla pillola del giorno dopo non era stata inclusa nell'inchiesta di 10 anni fa, ma sappiamo che l'informazione e l'accessibilità a questo metodo di contraccezione sono molto migliorate in questi 10 anni. I nostri risultati mostrano che gli sforzi non sono stati vani e dovrebbero continuare in questo ambito. La prevenzione di gravidanze non desiderate è in effetti una grande preoccupazione per gli adolescenti e l'esistenza di una contraccezione accessibile dopo un rapporto sessuale sembra rispondere ai bisogni di alcuni.

***Un piccolo numero di adolescenti (5% delle apprendiste e 25% delle studentesse) dicono di essersi ritrovate incinte : tra loro il 71% ha praticato un'interruzione di gravidanza, il 18% ha avuto un aborto spontaneo e il 9% ha continuato la gravidanza.*** Le dichiarazioni dei ragazzi sembrano corrispondere a quelle delle ragazze. Anche se le cifre restano tra le più basse d'Europa questi risultati impongono una riflessione sulla qualità dei servizi di pianificazione familiare e di educazione sessuale.

L'assenza di riduzione nell'utilizzo del preservativo in questi 10 anni, mostra una stabilità delle risposte ai messaggi di prevenzione tra i giovani. Contrariamente alle paure sovente espresse, l'apparizione di trattamenti efficaci per curare l'infezione HIV non è stata accompagnata da una riduzione delle misure di protezione tra i giovani. I giovani attivi sessualmente precocemente (prima dei 15 anni) sembrano avere più difficoltà ad adottare comportamenti di protezione e contraccezione : sarà utile in avvenire una migliore analisi delle circostanze di queste relazioni sessuali precoci per sviluppare azioni di prevenzione mirata. In altri termini, i responsabili dell'educazione sessuale e le operatrici delle pianificazioni familiari dovrebbero prendere in considerazione l'età del primo rapporto sessuale come fattore di rischio per sviluppare strategie per i giovani più vulnerabili.

## VIOLENZA ATTUATA, VIOLENZA SUBITA

Si tende sempre più a raggruppare sotto lo stesso «cappello» gli autori e le vittime di comportamenti violenti. In termini epidemiologici, è spesso difficile determinare in quale misura un decesso o una ferita siano puramente casuali o legati al desiderio di far del male o di morire ; la distinzione, in caso d'overdose, tra il suicidio e il decesso involontario è difficile da fare. Inoltre sappiamo che un atto suicidario o altri atti di auto lesione sono più frequenti tra le vittime di violenza e di sevizie. Questo capitolo raggruppa dunque tutti i dati dell'inchiesta relativi agli incidenti, ai tentativi di suicidio, ai comportamenti devianti (furto, prevaricazione) e infine alla vittimizzazione (insulti, litigi, abusi).

## **Traumi dovuti ad incidenti**

*Circa il 20% delle ragazze e il 30% dei ragazzi dichiarano un incidente che ha necessitato un intervento di un infermiere, di un medico, o anche un ricovero in ospedale nel corso dei 12 mesi precedenti l'inchiesta.* Come 10 anni fa, gli apprendisti hanno un tasso più elevato di traumi, dovuti ad incidenti sul lavoro; ciononostante questi tassi di incidenti sul lavoro sembrano essere diminuiti mentre il tasso d'incidenti della circolazione resta stazionario. Le percentuali di intervistati che segnalano un incidente sportivo durante l'anno precedente l'inchiesta sembrano essere fortemente diminuite per tutti i gruppi in questione. Tra il 10% degli adolescenti che sono stati ricoverati durante l'anno precedente l'inchiesta per una ragione qualsiasi, quasi la metà indica come causa un incidente. Le conseguenze degli incidenti non sono da sottovalutare, visto che circa il 10% delle ragazze e il 6% dei ragazzi dichiarano di avere delle conseguenze fisiche («non puoi più fare certe attività della vita quotidiana, o non puoi più farle senza aiuto») e/o delle conseguenze psicologiche («cambiamento nel tuo modo d'essere, paure, problemi di concentrazione, ecc. »).

Lo studio si è anche interessato ai metodi di protezione contro gli incidenti: utilizzo del casco sui veicoli a due ruote, utilizzo della cintura di sicurezza in automobile. I tassi d'utilizzo sono eccellenti. La maggioranza (tra il 90% e il 100% secondo il sesso o il tipo di veicolo) utilizza sistematicamente il casco quando guida uno scooter o una moto. La cintura di sicurezza sui posti anteriori del veicolo è utilizzata dall'85% al 95% degli intervistati secondo il sesso e il tipo di formazione professionale, con percentuali leggermente inferiori per l'utilizzo della cintura di sicurezza nei posti posteriori del veicolo. Il solo neo è lo scarso utilizzo del casco in bicicletta. Ci vorrebbe un doppio sforzo educativo e legislativo per migliorare questo tasso. Quando i paesi introducono una legge che obbliga l'utilizzo del casco, i tassi d'utilizzo aumentano in modo importante, ma la legislazione sull'utilizzo di queste misure preventive non è sufficiente se la legge non è applicata.

A dispetto dell'evoluzione positiva registrata in questi 10 anni, il trauma dovuto ad incidenti, con un tasso globale annuale del 25%, costituisce un grande problema di salute pubblica che necessita di misure più energiche di quelle messe in atto dal nostro paese fino ad ora. Per quanto riguarda gli incidenti della circolazione, diverse misure legislative e ambientali impiegate in altri paesi hanno dimostrato da tempo la loro efficacia, come ad esempio in Svezia dove il tasso d'incidenti tra i giovani è di circa il 50% più basso di quello della Svizzera. Misure che riguardano il consumo d'alcol, il rispetto delle regole stradali, l'educazione dei conducenti, le misure per aumentare la sicurezza dei veicoli e degli equipaggiamenti sportivi, misure d'incoraggiamento all'utilizzo delle protezioni e infine un miglioramento dell'ambiente di lavoro, sono altrettante piste d'intervento che meritano di essere più seguite.

## **Comportamenti suicidari**

La presenza di idee suicidarie in un momento o nell'altro dell'adolescenza non necessita per forza di misure particolari. Al contrario un'ideazione che sfocia fino all'elaborazione di un piano o di un metodo è un segnale più grave che dovrebbe allertare ogni adulto confrontato ad una tale situazione. Nell'inchiesta, quasi un ragazzo e una ragazza su cinque si sono trovati confrontati ad una tale situazione. In più, una percentuale importante di giovani (5% delle ragazze e 3% dei ragazzi) dice che si sarebbe suicidata « se ne avesse avuto l'occasione ». ***Le percentuali di intervistati che ammettono un tentativo di suicidio sono considerabili: all'incirca l'8% delle ragazze e il 3% dei ragazzi dichiarano almeno un tentativo di suicidio nella loro vita e il 3.5% e il 2% rispettivamente durante i dodici mesi precedenti l'inchiesta.*** Tra i giovani che hanno risposto di aver effettuato almeno un tentativo di suicidio, il 43% degli apprendisti contro il 30% degli studenti dicono di essersi lasciati andare ad un tale gesto più volte.

Leggermente più della metà dei ragazzi che hanno tentato il suicidio hanno confidato il loro gesto a qualcuno del loro entourage e una piccola minoranza è stata ricoverata in ospedale (circa 10%, le ragazze maggiormente che i ragazzi). Così una minoranza dei giovani che hanno tentato il suicidio dice

di essere stata ricoverata proprio per il tentativo di suicidio (circa 10% delle ragazze in più che i ragazzi). Così, la maggioranza dei giovani che tentano un tale gesto non viene ricoverata in uno stabilimento di cure, allorché molti specialisti raccomandano un ricovero sistematico per tutti i tentativi di suicidio. Le percentuali di intervistati che hanno potuto abordare questo tema con un medico o con uno psicologo è anch'essa debole (all'incirca l'1.5% delle ragazze e lo 0.4% dei ragazzi).

La tematica del suicidio resta, particolarmente nel nostro paese, una preoccupazione di salute pubblica prioritaria. Diversi paesi hanno organizzato campagne di prevenzione in questo ambito, sia indirizzate ai giovani, sia all'insieme della popolazione. Al di là di qualche iniziativa isolata, specialmente nel canton Ginevra o in Ticino, il nostro paese resta in ritardo in questo ambito. E' urgente che le autorità sanitarie e politiche si rendano conto dell'importanza di questo fenomeno e che apportino soluzioni adeguate in particolare attraverso un'individuazione più efficace e un seguito più sistematico dei giovani che hanno intenzioni suicidarie importanti o che hanno commesso un tentativo di suicidio. Non si può che cogliere positivamente a questo proposito la recente creazione nel nostro paese di Ipsilon, iniziativa per la prevenzione del suicidio in Svizzera.

### **Violenze verbali e sessuali, vittimizzazione**

Molti adolescenti sono vittime di violenza verbale, fisica o sessuale. Così, circa il **18% delle ragazze e il 25% dei ragazzi dicono di essere stati vittime di furto e/o del racket e/o di violenza fisica durante l'anno precedente l'inchiesta**. In proporzioni simili (10% delle ragazze e 14% dei ragazzi) gli intervistati dicono di avere subito insulti dal proprio entourage o altri attacchi verbali offensivi con una frequenza elevata (almeno settimanale). In tutto, circa il 14% delle ragazze e il 2% dei ragazzi dicono di essere stati vittime di violenza o di sessualità, definito come « qualcuno della tua famiglia o un'altra persona ti tocca dove non vorresti, oppure qualcuno ti fa qualcosa in relazione alla tua sessualità che non dovrebbe fare ». Confronto al 1993, le cifre rimangono simili e si paragonano alle statistiche di altre inchieste simili condotte in Svizzera e all'estero. Sfortunatamente, il 28% delle ragazze e il 42% dei ragazzi coinvolti non hanno potuto parlare dell'abuso che avevano subito con qualcuno del proprio entourage.

E' importante che questi avvenimenti non restino ignorati e che numerose campagne vengano realizzate da qualche anno per sensibilizzare i bambini e gli adolescenti all'importanza di divulgare tali avvenimenti : si conoscono gli effetti duraturi che tali traumi possono avere sulla salute mentale delle vittime, da cui l'importanza di identificare, di giudicare e di trattare gli aggressori.

### **Comportamenti devianti**

Se l'inchiesta comprendeva alcune domande sui comportamenti devianti è perché questi ultimi traducono spesso delle difficoltà personali e psicosociali; in altri termini di fronte ad un adolescente che commette un atto delinquente o violento, non bisogna soltanto guardare le apparenze ma cercare di comprendere in quale contesto si iscrive questo gesto. La frequenza degli atti devianti o di delinquenza costituisce anche un riferimento del modo con cui i giovani hanno integrato le regole che reggono una data società. Da questo punto di vista, **la situazione attuale è caratterizzata da una prevalenza relativamente elevata di atti contro la legge o che si traducono in un clima di insicurezza : un giovane su cinque dichiara d'aver rubato un oggetto almeno una volta nel corso dei 12 mesi precedenti l'inchiesta. Approssimativamente il 19% dei ragazzi e il 6% delle ragazze dicono di avere un'arma con sé in certe occasioni e il 6% dei ragazzi ammette di averne già fatto uso almeno in un'occasione**. Di fronte a questo fenomeno, è importante riflettere al di là degli atti individuali al modo con cui la nostra società spinge i giovani a tali atti, incitandoli al possesso di molteplici gadget mettendoli in mostra e largamente a disposizione e lasciando intendere che per essere felici bisogna poter avere a disposizione l'ultimo modello di cellulare, il lettore CD

portatile e abiti alla moda firmati. D'altra parte bisogna vegliare per prevenire la carriera di delinquente sostenendo i genitori e i maestri nel loro compito di socializzazione dei bambini. Un compito che sembra porre dei problemi ad un numero sempre crescente di adulti.

## I SERVIZI DI CURA : UN ACCESSO FACILE, PRESTAZIONI DA MIGLIORARE

Gli studi condotti in Svizzera e altrove mostrano che una parte sostanziale degli adolescenti che presenta problemi di salute seri e non è presa adeguatamente a carico, sia per difficoltà a rivolgersi ad un medico, sia perché i medici hanno problemi ad identificare la problematica sottostante ad un motivo di consultazione apparentemente banale. Ci si potrebbe chiedere se i giovani perdano l'occasione di curare i propri problemi di salute a causa di uno scarso utilizzo del sistema di cure o piuttosto a causa di un'inadeguatezza del funzionamento del sistema nei confronti dei bisogni specifici del giovane. *L'accesso ai servizi di cura nel nostro paese sembra abbastanza aperto, visto che durante l'anno precedente l'inchiesta tre quarti degli intervistati hanno avuto l'occasione di incontrare un medico generalista* (per il quarto tra loro, più di una a due volte). Il ricorso al ginecologo è pure diffuso (almeno una volta all'anno per il 51% delle ragazze). Inoltre, l'8% delle ragazze e il 5% dei ragazzi dicono di aver avuto almeno un contatto durante l'anno con uno psicologo o uno psichiatra: questa tendenza sembra in netto aumento visto che la percentuale è quasi raddoppiata in 10 anni.

Un ricovero in ospedale costituisce sempre nella vita di un adolescente un'intrusione nella sfera psicologica e una rottura dei ritmi di vita non trascurabili. Un ricovero è stato definito come un soggiorno di «almeno una notte passata in ospedale o al pronto soccorso». *Più del 10% delle ragazze e dei ragazzi dichiarano di aver passato almeno una notte all'ospedale durante l'anno precedente l'inchiesta.* Questa cifra elevata comprende molto probabilmente un largo ventaglio di situazioni che vanno dalla semplice osservazione per dolori addominali, per coma etilico o per trauma cranico semplice, a soggiorni prolungati per patologie gravi come un trauma multiplo o il trattamento di affezioni croniche gravi. Tra i giovani ricoverati più di una volta si trovano senza dubbio in maggioranza i portatori di affezioni croniche. Tra le cause maggiori di ricovero si possono ritenere, soprattutto per i ragazzi, i traumi dovuti ad incidenti che occupano il primo posto. Tra le ragazze, gli incidenti sono pure una causa nettamente più frequente di soggiorno in ospedale rispetto ai problemi ginecologici. Confronto al 1993, si rileva una diminuzione globale netta della percentuale di ragazze e di ragazzi che sono stati ricoverati. Questa diminuzione potrebbe essere legata allo sviluppo, durante questi ultimi anni, delle cure ambulatoriali e dei ricoveri di giorno, ma è anche possibile che la proporzione dei traumi che necessitano di un ricovero sia diminuita, in particolare per i ragazzi.

Riteniamo da questi risultati che gli adolescenti in Svizzera, almeno quelli tra loro che seguono una formazione professionale o scolastica, hanno un largo accesso al sistema sanitario. Se una proporzione importante tra loro non riesce a parlare delle problematiche psicosociali che li riguarda – visto che i dolori corporei rappresentano spesso a quest'età una porta d'entrata – è per via che a molti operatori nel campo della salute mancano ancora attualmente le competenze per affrontare con i loro pazienti temi come quelli del consumo abusivo di alcol, dell'utilizzo della canapa, della protezione contro il virus dell'HIV o ancora di un'alimentazione carente o disordinata. Questo vale tanto per le pratiche ambulatoriali tanto per i servizi ospedalieri: è importante riflettere a una crescita della formazione di tutto il personale curante sugli aspetti specifici dell'accoglienza, dell'anamnesi e del percorso degli adolescenti, in una prospettiva di «adolescent friendly services», un concetto recentemente sviluppato dall'OMS.

L'utilizzo dei farmaci da parte degli adolescenti è un tema relativamente poco indagato. Tuttavia è probabilmente durante l'adolescenza che molti individui creano le loro abitudini in materia di consumo di farmaci, che si tratti di preparati prescritti da un medico o di sostanze prese senza prescrizione

medica (automedicazione). Nel nostro campione, a parte i medicinali coadiuvanti (tisane, vitamine, prodotti omeopatici), ***sono prima di tutto gli analgesici oggetto di consumo importante, visto che una ragazza su cinque e un ragazzo su 10 dichiarano di utilizzare questi prodotti almeno 2 o 3 volte al mese.*** Fatta eccezione per le creme e i prodotti contro l'acne, che sono utilizzati in parti uguali sia dalle ragazze sia dai ragazzi, appaiono grandi differenze di comportamento tra i ragazzi e le ragazze, in quanto queste ultime ricorrono più sovente ai farmaci contro la fatica, i disturbi del sonno, e soprattutto il nervosismo. Ci si deve in particolare interrogare sul fatto che più del 5% delle giovani interrogate dice di aver ricorso a farmaci prescritti contro il nervosismo e l'angoscia.

Questi risultati impongono una riflessione accresciuta sull'informazione degli adolescenti, dei loro genitori e infine dei professionisti della salute concernente i farmaci. E' importante chiedersi in particolare se tutti questi giovani utilizzatori sono correttamente informati sui rischi potenziali dei diversi farmaci. In effetti una ricerca condotta recentemente in Germania mostra che molti giovani hanno lacune di informazione sulla natura, gli effetti e i rischi dei farmaci di cui fanno uso.

## CONCLUSIONE, IMPLICAZIONI E PROSPETTIVE

### *I risultati dello studio SMASH-2002 : una tripla constatazione*

- ***La maggioranza dei giovani interrogati si ritiene in buona salute*** : al di là di problemi occasionali di salute fisica e di episodi isolati di assunzione di rischio, i giovani si dicono soddisfatti delle relazioni che intrattengono con il proprio entourage, sono relativamente fiduciosi nell'avvenire e non esprimono un grande bisogno di aiuto in materia di salute. Questo è uno dei risultati fondamentali dello studio : i giovani in proporzione importante si sentono inseriti in una rete relazionale (famiglia, amici, maestri di scuola e di apprendistato) che fornisce loro il sostegno necessario lasciando comunque un'autonomia sufficiente per sviluppare le proprie potenzialità e la personalità.
- ***Una minoranza di giovani riscontra alcune difficoltà d'importanza variabile, che si manifestano sia nel campo dell'affettività (problemi dell'umore) sia in comportamenti dannosi per la salute.*** Circa il trenta per cento dei giovani interrogati presenta tali difficoltà, ma è importante ricordarsi che nell'adolescenza la situazione può evolvere rapidamente e problemi simili possono risolversi senza un grande aiuto esterno. Al contrario, una parte di questi adolescenti in situazioni difficili (grosso modo il 10%) sembra riscontrare problemi gravi che lasciano intravedere complicazioni ulteriori, nella vita sociale, professionale o nella salute fisica e psichica.
- ***I paragoni tra gli anni 1993 e 2002 evidenziano un peggioramento della situazione in diversi ambiti,*** anche se l'ampiezza dei cambiamenti meriterà di essere confermata da analisi più dettagliate. Nel campo della salute mentale e dei comportamenti additivi (uso di droga, disturbi alimentari) si manifestano i cambiamenti più netti. Inoltre diversi indici lasciano credere che certi comportamenti che danneggiano la salute, come l'utilizzo delle droghe, comincino prima nell'adolescenza rispetto a 10 anni fa.

### *Qualche pista per spiegare la situazione attuale*

Sono soprattutto fattori di natura sociale che spiegano questa situazione. Se le analisi realizzate fino ad oggi non permettono certezze riguardo alle cause di questa evoluzione, esistono lavori in numero

sufficiente realizzati in Svizzera e all'estero per fornire alcuni elementi di riflessione e sottolineare alcune delle caratteristiche delle nostre società che portano all'insorgere di problemi tra i giovani.

- Una società atomizzata nella quale i legami sono diventati fragili : troppi bambini e adolescenti soffrono per la mancanza di attenzione di genitori ipnotizzati dalla realizzazione dei propri bisogni. Troppi giovani soffrono della mancanza di legami significativi con adulti responsabili che possano servire loro da modello. Questa riflessione vale in particolare per una categoria di giovani non inclusi nella nostra inchiesta, esclusi dal sistema di formazione, di cui sappiamo che affrontano diversi problemi di salute in proporzione abbondantemente maggiore rispetto agli intervistati nell'inchiesta SMASH.
- Un'insicurezza sulle prospettive future, alimentate da un clima economico che si è degradato e di fronte al quale la generazione degli anni 60 e 80 (i genitori attuali degli adolescenti), che non ha conosciuto precedentemente un clima simile, si sente mal preparata e senza risorse. Questa insicurezza è ingigantita ulteriormente dal funzionamento sociale centrato sulla competizione in cui i più svantaggiati si sentono rapidamente esclusi (vedi commento precedente.)
- Un'invasione del territorio familiare e intimo da parte dei media, in particolare dei media elettronici, il cui impatto (violenza, immagine corporea) anche se difficile da conoscere con esattezza, si riscontra in particolare nei disturbi dell'immagine corporea di cui soffrono ragazze e ragazzi.
- L'assenza di un discorso pubblico coerente di fronte a problematiche di salute come quella delle droghe. Il solo ambito nel quale un tale discorso esiste – e ha avuto un impatto reale – è quello della protezione contro l'HIV. Ideali sarebbero messaggi così consistenti anche nell'ambito degli incidenti della circolazione o dell'uso delle sostanze psicoattive (tabacco, alcol, droghe).
- Una scuola che si cerca rispetto a queste sfide sociali che non ha totalmente integrato.

A queste tendenze che tutte le società occidentali conoscono si aggiungono fattori propri alla società elvetica :

- Un lassismo nell'ambito della vendita di prodotti psicotropi illeciti e leciti : la diminuzione del prezzo degli superalcolici, la vendita nei grandi magazzini degli alcopops, l'assenza di una legislazione chiara che favorisca l'astinenza dal tabacco nei luoghi pubblici, l'assenza di un discorso pubblico chiaro che si indirizzi ai giovani, sono alcune delle caratteristiche del nostro paese che sembra ignorare l'impatto positivo che può avere una politica coerente e energica di prevenzione impiegata a tutti i livelli e in tutti i settori coinvolti (educativi, sociali, economici e politici).
- La stessa ignoranza sull'impatto positivo che può avere una legislazione restrittiva e sostenuta da controlli efficaci che ha l'obiettivo di ridurre gli incidenti della circolazione, come l'esempio della Francia che ne ha dimostrato recentemente l'efficacia.

***Si comprenderà che la maggioranza dei problemi descritti in questa conclusione non sono problemi dei giovani ma problemi della società.*** In altri termini, è importante ricordarsi che tanti comportamenti che gli adulti considerano come inaccettabili non sono in realtà che i sintomi delle difficoltà psicologiche che riscontrano questi adolescenti : l'abuso di droga, i comportamenti devianti, una condotta sessuale disorganizzata sono altrettanti segni di sofferenza psichica. Inoltre non si dovrebbe sottovalutare l'impatto dei fattori economici, sociali e ambientali su tali devianze : per certi individui vulnerabili, lo stress scolastico e professionale, un clima familiare teso, l'assenza di prospettiva professionale chiara, preoccupazioni finanziarie o di alloggio favoriscono la nascita di episodi ansiosi o depressivi o la fuga in questi comportamenti. Se è importante rispondere a questi segni di sconforto, sarebbe sbagliato volersi focalizzare unicamente sui sintomi e ignorare l'impatto di fattori ambientali o psicologici che si situano a monte.

## Quali soluzioni ?

*Bisogna ricordarsi che i giovani rappresentano una risorsa importante e hanno sovente idee utili per lo sviluppo di nuove strategie per la salute.* Le esperienze condotte su piccola scala in Svizzera o all'estero forniscono suggerimenti interessanti per ciò che riguarda gli assi sui quali agire. Nell'ambito della prevenzione primaria e della promozione della salute, diversi approcci sono stati attuati :

- Il lavoro con le famiglie ; le esperienze condotte negli Stati Uniti dimostrano che azioni che coinvolgono i genitori sono più efficaci di quelle che si limitano al pubblico dei giovani.
- L'attività con i giovani pari, giovani della stessa età formati a intervenire presso i compagni. Diversi lavori hanno dimostrato la superiorità dei programmi che coinvolgono attivamente giovani rispetto a programmi gestiti unicamente da adulti specialisti.
- L'accento messo sul legame, la solidarietà, il rispetto delle differenze in seno alla scuola. Pure in questo ambito ci sono prove evidenti dell'efficacia degli approcci incentrati sul benessere e i legami sociali che coinvolgono l'insieme delle istituzioni scolastiche e non soltanto gli studenti e le persone che intervengono dall'esterno.
- La prevenzione delle devianze incentrata piuttosto sull'acquisizione di competenze di vita : espressione delle emozioni, gestione dei conflitti, resistenza alle pressioni di certi compagni e della pubblicità.
- La dichiarazione chiara delle regole dei comportamenti in società, con risposte coerenti alla violenza, che associno sistematicamente una sanzione a misure di mediazione e di rimediazione (appoggio individuale ai soggetti violenti).

Nell'ambito della prevenzione secondaria, esistono pure modelli da cui ci si può ispirare per il sostegno e le cure dei giovani in difficoltà :

- La messa a punto di reti che permettano una migliore collaborazione tra il personale che interviene in primo soccorso (infermieri scolastici, mediatori, assistenti sociali) e i professionisti.
- Il miglioramento della qualità dell'accoglienza e delle prestazioni di servizi non specializzati e specializzati che ricevono gli adolescenti, sul modello di «youth friendly services» sviluppato dall'OMS, servizi attrattivi e adattati ai giovani.
- Una migliore sensibilizzazione e formazione dei professionisti chiamati ad intervenire tra gli adolescenti in difficoltà, in tutti gli ambienti di vita frequentati dai giovani : centri di svago, servizi sociali, scuole, servizi di cura, ecc.

Le risposte a tutte queste problematiche vanno largamente oltre un quadro d'inchiesta come quello di SMASH 2002. Ciononostante, i ricercatori implicati nello studio hanno espresso il desiderio di mettere in atto un processo di **diffusione e di valorizzazione dei risultati**. Questo importante lavoro sarà elaborato e assicurato in stretta collaborazione con l'Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie (ISPA), responsabile di un'inchiesta simile condotta sugli scolari dagli 11 ai 16 anni. Inoltre sarà sostenuta da Promozione Salute Svizzera e dall'Ufficio federale della sanità pubblica. E' prevista una presentazione dei risultati delle due inchieste a cui farà seguito una discussione sulle implicazioni con i rappresentanti di tre pubblici :

- I politici e coloro che decidono, che dovranno prendere atto delle evoluzioni osservate e riflettere sull'impatto che il quadro legislativo e le misure economiche, sociali e educative prese in futuro avranno sulla salute dei giovani.

- I mass media, la cui responsabilità è di tenere conto da una parte dell'impatto di certe pubblicità sui comportamenti dei giovani, e dall'altra del ruolo che devono rivestire tra la popolazione per evitare di fare indossare soltanto ai giovani – attraverso un'immagine talvolta stigmatizzante – la responsabilità delle derive attuali.
- I professionisti che operano con i giovani : animatori, operatori sociali, educatori e insegnanti, prestatori di cure, responsabili dei programmi di prevenzione e di promozione della salute, ecc. che dovranno sviluppare approcci più efficaci in materia di interventi preventivi o d'appoggio.

Questo lavoro sarà condotto consultando gruppi di giovani e di giovani leader : in effetti, è importante che le popolazioni alle quali sono destinate le diverse misure di salute siano sollecitate, possano fornire la propria interpretazione dei risultati e partecipare all'elaborazione delle misure che potrebbero rivelarsi pertinenti, accettabili ed efficaci, nella prospettiva sviluppata da più di 10 anni nella carta di Ottawa sulla promozione della salute.



## AVVERTENZE AI LETTORI

Nella redazione di questo rapporto sono state adottate alcune convenzioni :

- Il termine studenti è stato utilizzato per designare gli adolescenti che seguono una formazione in un istituto secondario superiore differente dalla formazione di apprendistato. Il termine apprendisti è stato utilizzato per designare gli adolescenti che seguono una formazione di apprendistato.
- Nella maggior parte delle tabelle, gli effettivi sono stati arrotondati alle decine. Per questo motivo e poiché i dati sono ponderati, gli effettivi per lo stesso sottogruppo possono variare da una tabella all'altra.
- Per dei motivi di chiarezza e facilità di lettura, le frequenze delle non risposte sono state tralasciate sia dalle tabelle sia dai grafici. Tuttavia queste sono state prese in considerazione (non sono state escluse dalle analisi) e si ottengono generalmente dal complemento al 100%. La loro ampiezza le rende generalmente trascurabili.
- In generale, le differenze mostrate sono statisticamente significative con una soglia del 5%. Per la maggior parte dei dati presentati, sono state effettuate analisi multivariate (regressione multipla, regressione logistica o modello loglineare secondo i casi) per apprezzare alcuni fattori presi nel loro insieme (sesso, età, tipo di formazione). Le differenze secondo il sesso, il tipo di formazione professionale e l'età, non sono dunque legate alla composizione stessa del campione ma alle differenze tra i diversi gruppi.
- Per alcune domande, i dati del presente studio sono stati paragonati a quelli dell'inchiesta SMASH del 1993. La differente composizione dei due campioni complica l'analisi e, a questo stadio, non è stato possibile procedere a test statistici. L'interpretazione dei paragoni tra le due inchieste deve essere dunque considerata con prudenza.
- La disposizione adottata per la presentazione dei risultati è costituita da una tabella e un grafico ad essa associato che indicano, per i ragazzi e le ragazze e secondo il tipo di formazione (prima le apprendiste, poi le studentesse, in seguito gli studenti, da ultimi gli apprendisti) l'evoluzione per età di una variabile d'interesse.
- Generalmente negli istogrammi i ragazzi sono rappresentati in grigio scuro e le ragazze in grigio chiaro. Nei grafici a linee, le ragazze sono rappresentate da un tratto pieno, i ragazzi da un tratto tratteggiato, gli apprendisti sono raffigurati con triangoli e gli studenti da un cerchio pieno e dunque le apprendiste sono rappresentate da tratto pieno e da triangoli, ecc.
- I grafici e le tabelle riportano il numero della domanda corrispondente. Viene fatto riferimento alla formulazione esatta della domanda che figura nel questionario annesso.

Nel presente rapporto vengono utilizzate alcune abbreviazioni :

ASS	Associazione svizzera dello sport
HBSC	Health behaviour in school-aged children
ISPA	Istituto svizzero di prevenzione dall'alcolismo e altre tossicomanie
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
UFS	Ufficio federale di statistica
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
PSS	Promozione salute svizzera
SMASH	Swiss multicenter adolescent survey on health

# 1 INTRODUZIONE : CONTESTO E OBIETTIVI DELLO STUDIO

## 1.1 CONTESTO DELLO STUDIO E MANDATO

Tra il 1992 e il 1993, l'Istituto universitario di medicina sociale e preventiva di Losanna (IUMSP) conduceva in collaborazione con l'Istituto universitario di medicina sociale e preventiva di Zurigo e l'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria (Sezione sanitaria) del Cantone Ticino un'inchiesta su larga scala sulla salute e gli stili di vita degli adolescenti tra 15 e 20 anni in Svizzera (Narring, & Michaud, 1995; Narring e al., 1994). Questa ricerca è stata condotta nei centri professionali e nei licei con l'ausilio di un questionario anonimo auto-amministrato. La popolazione presa in considerazione dallo studio era composta da 9623 giovani appartenenti alle tre regioni linguistiche della Svizzera. I risultati ottenuti sono stati oggetto di una riflessione a livello nazionale e regionale sulle priorità di azione e le strategie per migliorare lo stato di salute dei giovani in Svizzera (Narring e al., 1994). La riflessione si è estesa a analisi multiple e a pubblicazioni nei diversi ambiti, per esempio lo stato di salute percepito dai giovani, i bisogni percepiti e il consumo di cure (Narring, & Michaud, 2000). L'inchiesta ha permesso pure di avere una panoramica dei comportamenti di salute degli adolescenti negli ambiti cruciali come quelli dell'utilizzo delle sostanze psicoattive (Konings, Dubois-Arber, Narring, & Michaud, 1995), della sessualità (Koffi-Blanchard, Dubois-Arber, Michaud, Narring, & Paccaud, 1994; Narring, Michaud, & Sharma, 1996), della salute mentale (Rey Gex, Narring, Ferron, & Michaud, 1998) o ancora dell'alimentazione e dello sport (Devaud, Jeannin, Narring, Ferron, & Michaud, 1998; Ferron, Narring, Cauderay, & Michaud, 1999). Questa ricerca si inseriva nel filone di altri studi simili condotti in Svizzera (Calmonte, Kooler, & Weiss, 2000; Janin-Jacquat, & François, 1997; Wydler, Walter, Hattich, Hornung, & Gutzwiller, 1996) e all'estero (Arènes, Janvrin, & Baudier, 1998; Berg Kelly e al., 1991; Currie, Hurrelann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Resnick e al., 1997) che avevano come scopo di repertoriare i bisogni e i comportamenti di salute delle diverse popolazioni, in particolare degli adolescenti.

Il 2002 offriva un'opportunità particolarmente interessante, nella misura in cui la coincidenza del calendario prevedeva di ripetere l'inchiesta quadriennale HBSC (« Health Behaviour in School-aged Children ») condotta dall'Istituto svizzero di prevenzione dall'alcolismo e altre tossicomanie (Janin-Jacquat, & François, 1997) e l'inchiesta svizzera sulla salute condotta ogni cinque anni dall'Ufficio federale di statistica (Calmonte e al., 2000). Il gruppo di ricerca sulla salute degli adolescenti che collabora con l'IUMSP di Losanna ha dunque proposto all'Ufficio federale della sanità pubblica (sezione dipendenze e AIDS) di ripetere, dopo 10 anni dalla prima ricerca, un'inchiesta simile che coinvolgesse i giovani tra i 16 e i 20 anni. L'interesse dello studio consisteva nel misurare l'evoluzione dello stato di salute e dei bisogni dei giovani nel corso di un decennio. Inoltre si poteva offrire una panoramica completa dei comportamenti dei giovani tra gli 11 e 20 anni in collaborazione con l'Istituto Svizzero per la prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie (l'ISPA). Infine, si potevano convalidare in una certa misura i risultati ottenuti paragonandoli con quelli dell'inchiesta svizzera sulla salute, che è condotta con un'altra metodologia (colloqui telefonici).

L'inchiesta SMASH-2002 (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health) è stata condotta congiuntamente dal gruppo di ricerca sulla salute degli adolescenti dell'IUMSP di Losanna, l'Istituto di psicologia dell'Università di Berna e l'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria (Sezione sanitaria) del Cantone Ticino. Il presente rapporto è destinato a tutti i professionisti interessati per una qualsiasi ragione alla salute degli adolescenti. Il rapporto è pure disponibile sul sito Internet dell'Unità multidisciplinare della salute degli adolescenti al CHUV (Centro ospedaliero universitario vodese) di Losanna ([www.umsa.ch](http://www.umsa.ch)).

## 1.2 BREVE PANORAMICA SULLA LETTERATURA

L'adolescenza rappresenta una tappa decisiva nella vita di un individuo nel corso della quale l'individuo adotta dei comportamenti riguardanti la salute che influenzeranno il suo avvenire, sia a corto che a lungo termine: alimentazione, pratiche sportive, comportamenti protettivi come ad esempio l'utilizzo del casco o il ricorso ad una contraccezione efficace. E' anche durante questo periodo che i comportamenti detti di « prova »<sup>d</sup> possono causare seri problemi in termini di salute pubblica. Basti pensare al numero di giovani coinvolti in incidenti, tossicodipendenza, suicidio o infezioni sessualmente trasmissibili. Molte istituzioni e organismi cercano di rispondere sul piano medico, educativo o psicosociale a questi problemi. La pianificazione dei diversi servizi e dei programmi è basata sulla valutazione accurata dei bisogni degli adolescenti in questo campo (Michaud, Baudier, Choquet, & Mansour, 1994; Pineault, & Daveluy, 1986). Questa valutazione non deve basarsi unicamente su indicatori tradizionali come quello della mortalità per esempio, ma anche sui indicatori soggettivi che rendano conto dell'ampiezza e del carattere dei bisogni espressi dagli adolescenti (Friedman, 1989). Si può capire l'interesse di condurre delle grandi inchieste sul modo in cui gli adolescenti stessi valutano il proprio stato di salute, i propri atteggiamenti, le attitudini, i comportamenti e infine i bisogni.

### 1.2.1 Gli studi sulla percezione della salute e i comportamenti riguardanti la salute che interessano la salute pubblica

I primi studi trasversali che riguardavano gli adolescenti erano prevalentemente incentrati sulla devianza, il ricorso agli psicoattivi e i comportamenti a rischio (Choquet, & Ledoux, 1994; Jessor, 1991; Jessor, & Jessor, 1997; Lloyd, 1998). Durante quest'ultimo decennio, ci si è rapidamente accorti che una troppa focalizzazione sui comportamenti devianti dei giovani poneva dei problemi, da una parte comportava un rischio di stigmatizzazione non indifferente e dall'altra parte tralasciava l'esame delle risorse di cui i giovani dispongono per fare fronte alla sfida rappresentata dal mantenimento della salute (Michaud, Blum, & Ferron, 1998). Grazie soprattutto alle pubblicazioni sulla resilienza (Manciaux, Vanistendael, Lacomte, & Cyrulnik, 2001; Michaud, 1999; Rutter, 1993; Vanistendael, 1998), il quadro di comprensione dei determinanti della salute si è progressivamente allargato e oggi sono prese in considerazione numerose variabili di ordine individuale e ambientale (Antonovsky, 1986; Blum, 1998; Compas, Hinden, & Gerhardt, 1995).

Le ricerche epidemiologiche, in particolare le grandi ricerche nazionali (Arènes e al., 1998, Berg Kelly e al., 1991; Choquet, & Ledoux, 1994; Currie e al., 2000; Janin-Jacquat, & François, 1997; Narring, & Michaud, 1995; Resnick e al., 1997; Wydler e al., 1996), si sono focalizzate sulla percezione che i giovani hanno della propria salute e dei problemi di salute, le pratiche e i desideri riguardanti le cure. Altri argomenti trattati sono i comportamenti dei giovani riguardanti la salute e i gli stili di vita in diversi ambiti: alimentazione, pratica sportiva, sessualità o ancora utilizzo di sostanze psicoattive. La maggior parte delle inchieste, soprattutto le più recenti, indagano sugli aspetti psicosociali degli atteggiamenti e dei comportamenti legati alla salute, analizzando principalmente i fattori di rischio e di protezione ai quali sono legati, sia a livello individuale sia a livello collettivo come il livello socioeconomico, le reti relazionali o ancora i sentimenti d'efficacia personale e i fattori d'adattamento (Ajzen, & Fischbein, 1980; Antonovsky, 1986; Bandura, 1986; Donovan, Jessor, & Costa, 1993; Jessor, 1998; Resnick e al., 1997; Triandis, 1977). Questi studi permettono di seguire la situazione epidemiologica, ma anche di fornire dati esplicativi tra cui i fattori protettivi e le condizioni ambientali sono i più rilevanti (Arènes e al., 1998; Bonard, Janin-Jacquat, & Michaud, 2001; Devaud e al., 1998;

---

<sup>d</sup> In un'ottica di sviluppo e positiva della salute degli adolescenti, preferiamo utilizzare il termine comportamenti di prova piuttosto che comportamenti a rischio. Il termine comportamenti a rischio, utilizzato molto frequentemente nella letteratura anglosassone, è stigmatizzante e non tiene conto del carattere – il più delle volte esplorativo e limitato nel tempo – di comportamenti come, per esempio, il consumo occasionale di marijuana, di relazioni sessuali non protette o certi sport estremi (Michaud, Blum & Ferron, 1998).

Ferron e al., 1999; Konings e al., 1995; Narring e al., 1996; Resnick e al., 1997; Rey Gex e al., 1998; Stronski, Ireland, Michaud, Narring, & Resnick, 2000). Infine esse forniscono, ad intervalli regolari, una panoramica sullo stato di salute e i bisogni della popolazione adolescente a partire dalla quale è possibile elaborare politiche di cura e di prevenzione o sviluppare un quadro di vita e un ambiente macrosociale favorevoli alla salute, secondo la prospettiva della salutogenesi (Antonovsky, 1986).

### 1.2.2 L'utilizzo dei risultati di queste ricerche

Uno degli obiettivi prioritari di ogni inchiesta sulla salute è di migliorare *l'adeguatezza tra i bisogni di salute e le prestazioni dei programmi di salute – curativi e preventivi – e, più globalmente, il quadro di vita offerto*. Quali sono i bisogni e i problemi presentati e percepiti attualmente dagli adolescenti tra i 16 e i 20 anni? I servizi esistenti rispondono in modo adeguato oppure bisogna modificarne la struttura e il funzionamento o addirittura crearne di nuovi? I programmi di salute scolastici e di prevenzione in generale trattano in modo adeguato i problemi in modo che possano essere appresi attraverso le informazioni fornite dai giovani stessi? Come riflettere al quadro di vita dei giovani (contesto scolastico, condizioni di lavoro, divertimenti) in una prospettiva che favorisca la salute? Questa riflessione porta sulla selezione delle priorità in materia di salute pubblica (Pelletier, 1990) e permette di identificare più precisamente nuovi segmenti di popolazione che hanno bisogni specifici o anche l'emergenza di nuove domande di salute, legate alla situazione epidemiologica (per esempio: l'AIDS, l'epatite B) o a nuove mode (per esempio: l'utilizzo degli auricolari o la moda degli sport estremi).

Come si è visto, le grandi inchieste permettono di descrivere e di seguire nel tempo un certo numero di indicatori per identificare i bisogni degli adolescenti e informare i decisori nell'ambito della salute pubblica, tanto sul piano dell'organizzazione dei servizi per gli adolescenti, tanto sul piano della programmazione delle attività di prevenzione e di promozione della salute (Jessor, 1991; Millstein, Petersen, & Nightingale, 1993; Pineault, & Daveluy, 1986). Ma la valutazione dei programmi (servizi di cura o aiuto e iniziative di prevenzione e promozione della salute) e soprattutto la valorizzazione dei risultati di queste grandi inchieste restano ancora poco sviluppate (Michaud e al., 1994). E' importante che i risultati ottenuti siano pertinenti per l'organizzazione delle cure per gli adolescenti (Lapointe, & Michaud, 2002, Narring, & Michaud, 2000), così come per le attività di prevenzione (Michaud, 2001). Una tale valorizzazione dei risultati delle ricerche può essere sviluppata su vari assi: pubblicazioni e divulgazione di rapporti e articoli scientifici, presentazione su larga scala al pubblico includendo in particolare i genitori e i professionisti che sono in contatto con i giovani, mobilitazione dei politici e dei decisori e riflessioni in piccoli gruppi che associano operatori e adolescenti con lo scopo di giungere a proposte concrete d'azione (Michaud e al., 1994; Narring e al. 1994).

Due approcci si trovano negli studi che riguardano la salute degli adolescenti: il primo mette l'accento sugli aspetti sociologici dei comportamenti della salute e cerca di evidenziare il determinismo psico-sociale e la percezione dei modi di comportarsi (« lifestyle »). Il secondo, di natura più epidemiologica, mette l'accento sulla prevalenza dei comportamenti e procede alla sua analisi in diversi sottogruppi o nel tempo (o entrambe), in funzione dei fattori più oggettivi (regione geografica per esempio). Per permettere un utilizzo ottimale dei risultati, un'inchiesta sulla salute su scala nazionale deve poter coniugare le due prospettive, ecco perché è necessario utilizzare indicatori affidabili e in modo identico nel tempo e stabilire un quadro concettuale ben definito.

## 1.3 OBIETTIVI DELLO STUDIO, QUADRO CONCETTUALE

Nella stessa ottica di quanto spiegato precedentemente, lo scopo principale dello studio SMASH 2002 può essere così definito :

1. fornire una panoramica globale sulla situazione degli adolescenti e sul loro stato di salute alle soglie del terzo millennio, sotto forma di indicatori che descrivono i bisogni e i comportamenti di salute degli adolescenti e i principali fattori associati, nonché permettere paragoni nel tempo e con altre popolazioni di giovani in Svizzera e all'estero ;
2. riflettere ad miglior utilizzo di queste informazioni in materia di pianificazione dei servizi di cura e dei programmi di prevenzione e di promozione della salute per gli adolescenti.

In riassunto gli **obiettivi specifici** dello studio sono :

- elencare i bisogni legati alla salute percepiti dai giovani (in un'ottica bio-psico-sociale) come anche alcuni determinanti della salute : ambiente e clima familiare, scolastico, professionale, sociale e atteggiamenti riguardanti la salute ;
- recensire i diversi comportamenti di salute e gli stili di vita, particolarmente in termini di comportamenti preventivi o di comportamenti di prova e di assunzione di rischio (utilizzo delle cinture di sicurezza, comportamento alimentare, pratiche sportive, utilizzo di sostanze psicoattive, sessualità, ecc.);
- esaminare in quale modo e per quali ragioni i diversi tipi di servizi (nel campo medico e psico-sociale) sono utilizzati.

Questa ricerca dovrebbe inoltre permettere di :

- stabilire confronti con altri studi simili : l'inchiesta HBSC realizzata presso adolescenti più giovani dall' Istituito svizzero per la prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie, condotta anche nel 2002 con adolescenti dagli 11 ai 16 anni. Permettere paragoni con altre ricerche simili condotte all'estero (Quebec, Francia, Minnesota (Arènes e al., 1998; Calmonte e al., 2000; Choquet, & Ladoux, 1994; Resnick e al., 1997));
- paragonare diversi sotto gruppi di adolescenti : ragazze e ragazzi, studenti e apprendisti, giovani della città e giovani della campagna, di origine svizzera o straniera, della Svizzera romanda, della Svizzera tedesca e del Ticino ;
- fornire una banca dati per analisi più approfondite in ambiti specifici, mirando a elaborare ipotesi per spiegare gli atteggiamenti e i comportamenti riscontrati.

Questo rapporto restituisce la prima parte di queste analisi e si focalizza sulla descrizione dei risultati principali dello studio. In futuro articoli specifici tratteranno diverse tematiche che rivestono una particolare importanza clinica e di salute pubblica.

Per raggiungere questi obiettivi, la ricerca SMASH 2002 si basa su una metodologia precisa, descritta nel capitolo seguente. Si basa inoltre su un quadro concettuale coerente che permette di scegliere indicatori pertinenti, come pure le variabili esplicative che si possono utilizzare in seguito nelle analisi, sia a livello individuale che comportamentale.

Il modello ecologico di Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979) fornisce un primo quadro teorico utile per l'analisi dei risultati (Figura 1.3-1): esso distingue diversi livelli di analisi che sono il macrosistema, l'esosistema, il mesosistema e il microsistema.

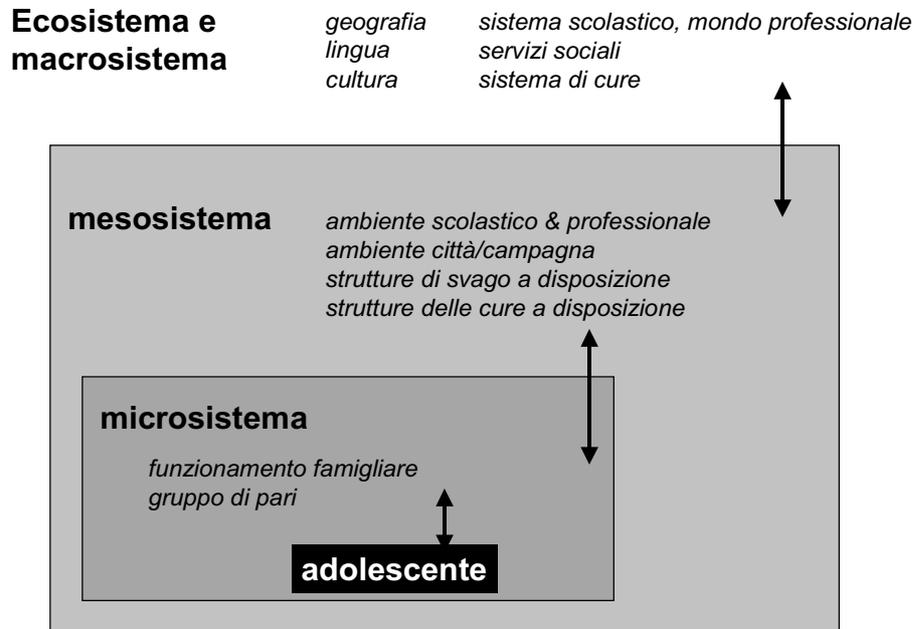


Figura 1.3-1

Un'illustrazione del modello concettuale di Bronfenbrenner, con i diversi livelli di analisi (Bronfenbrenner, 1979)

Il microsistema descrive le interazioni di un individuo con il suo ambiente immediato, che si tratti del suo ambiente familiare e scolastico o della sua rete formale e informale di amici. Il mesosistema è un insieme di microsistemi e ne descrive le interazioni a un livello di organizzazione che implica ancora la partecipazione attiva degli individui. Al contrario, l'esosistema e il macrosistema si riferiscono alle interazioni tra il mesosistema e gli insiemi più grandi, su scala nazionale o regionale e alle strutture esistenti, che si tratti di legislazione in vigore, di modi di funzionamento scolastico, di sistema di cure o ancora di dispositivi sociali, come ad esempio il sistema di assicurazioni o le leggi sulla protezione dell'infanzia. Nella prospettiva di Bronfenbrenner, questi differenti livelli sono inscatolati gli uni negli altri e interagiscono in modo dinamico: esiste dunque una forte interdipendenza tra questi livelli d'analisi e non si può ignorare l'impatto sulla salute delle legislazioni in materia di derrate alimentari, della pianificazione delle strade o ancora della politica d'accesso alle cure degli individui di ambienti sfavoriti (Domenighetti, Quaglia, & Inderwildi Bonivento, 2000). L'inchiesta SMASH 2002, nella misura in cui raccoglie i dati forniti per ogni adolescente, si focalizza essenzialmente sulle variabili di tipo individuale o che concernono l'ambiente più vicino al giovane, *così com'è percepito dal giovane che risponde*.

### 1.3 Obiettivi dello studio, quadro concettuale

Dieci anni fa, lo studio SMASH del 1993 era stato elaborato a partire da diverse ricerche simili (Choquet, & Ledoux, 1994; Michaud, & Martin, 1983) e soprattutto sulla base di una riflessione condotta all'interno di un seminario durato più giorni dove si sono incontrati giovani e professionisti della salute provenienti da diversi ambiti. Con il passare del tempo, il quadro concettuale di tali studi si è affinato e specificatamente arricchito di una riflessione sull'importanza della percezione della salute, delle risorse individuali dei giovani, del ruolo giocato dai legami e le relazioni interpersonali, e infine dell'impatto dell'ambiente familiare, scolastico e professionale. La Figura 1.3-2 propone un modello che spiega la salute, come può essere compresa attraverso diverse pubblicazioni (Antonovsky, 1986; Compas e al., 1995; Millstein e al., 1993; Pineault, & Daveluy, 1986; Prochaska e al., 1994). Inoltre, confronto alla ricerca del 1993, questa ricerca comporta tutta una serie di aggiunte e modifiche che prendono in considerazione le esperienze fatte in questi ultimi 10 anni, e soprattutto l'evoluzione della situazione epidemiologica. In questo senso è stata prestata maggiore attenzione alla tematica degli incidenti e nuove domande sono state elaborate nell'ambito della salute mentale, dell'uso dei media elettronici o ancora dell'udito e dei rumori.

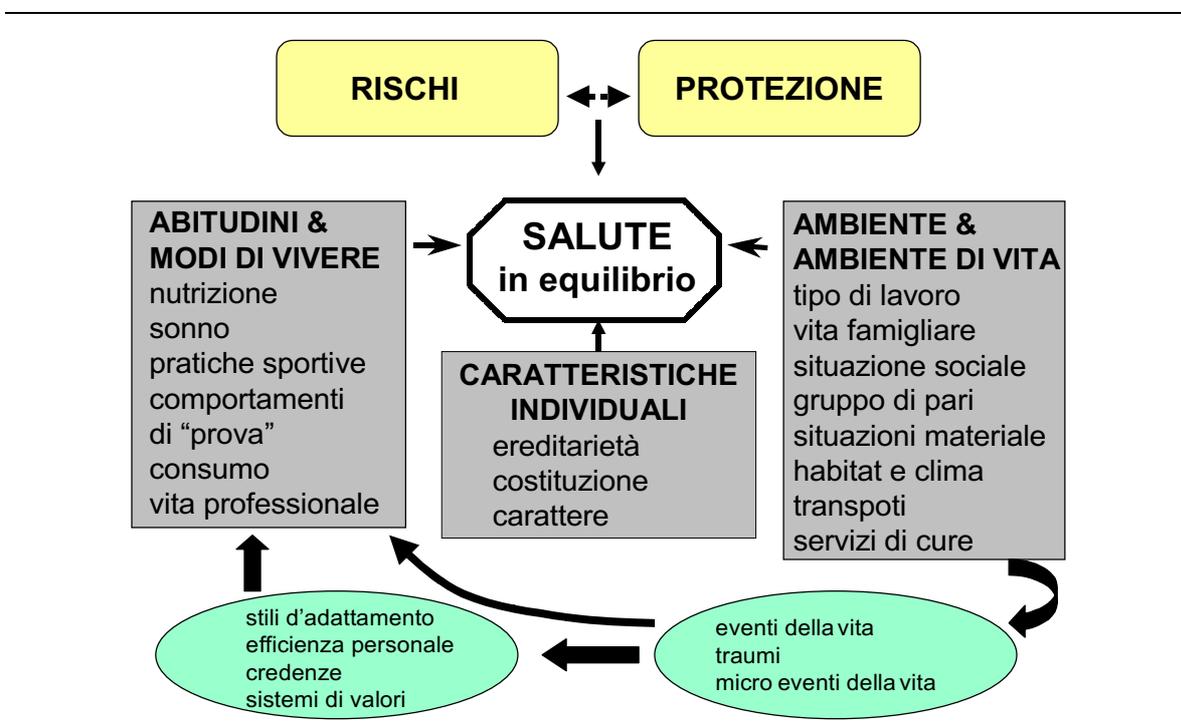


Figura 1.3-2 Un modello che spiega la salute (Bronfenbrenner, 1979)

Nello schema precedente, la salute è vista come uno stato d'equilibrio, un processo dinamico che è costantemente influenzato da elementi e comportamenti personali come pure da dati ambientali di prossimità (livello socio-economico) e di lontananza (il clima, i mezzi di trasporto, ecc.). Esistono, sia a livello individuale sia collettivo, fattori di rischio e di protezione provenienti dall'ambiente (per esempio diversi eventi della vita) o legati piuttosto al funzionamento e allo stato psicologico dell'adolescente (per esempio le strategie di adattamento, la fiducia in se stessi). Questo schema non è esaustivo ma rende conto della prospettiva nella quale è stato elaborato il questionario SMASH 2002 così come della maniera in cui le analisi del presente rapporto e soprattutto delle pubblicazioni future saranno condotte.

## Riferimenti bibliografici

- Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1980.
- Antonovsky A. The salutogenic model as theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1986; 1: 1-18.
- Arènes J, Janvrin M, Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98. Paris: Comité Français d'éducation pour la santé; 1998.
- Bandura A. Social foundations of thoughts and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1986.
- Berg Kelly K, Ehrvér M, Erneholm T, Gundevall C, Wennerberg I, Wettergren L. Self-reported health status and use of medical care by 3500 adolescents in Western Sweden. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1991; 80:837-843.
- Blum R. Healthy youth development as a model for youth health promotion. *Journal of Adolescent Health* 1998;22:368-375.
- Bonard L, Janin-Jacquat B, Michaud P. Who are the adolescents who stop smoking? *European Journal of Pediatrics* 2001;160:430-435.
- Bronfenbrenner H. The ecology of human development: experiment by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
- Calmonte R, Kooler C, Weiss W. Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse en 1997. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2000.
- Choquet M, Ledoux S. Adolescents: enquête nationale. Paris: INSERM; 1994.
- Compas B, Hinden B, Gerhardt C. Adolescent development: pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology* 1995; 46:265-293.
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. Health and health behavior among young people. Copenhagen: World Health Organization; 2000.
- Devaud C, Jeannin A, Narring F, Ferron C, Michaud P. Eating disorders among female adolescents in Switzerland: prevalence and associations with mental and behavioral disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1998;24:207-216.
- Domenighetti G, Quaglia J, Inderwildi Bonivento L. Determinanti eco-socio-economici della salute: informazioni statistiche. Bellinzona: Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria, Sezione sanitaria, cantone del Ticino; 2000.
- Donovan J, Jessor R, Costa F. Structure of health-enhancing behavior in adolescence: a latent-variable approach. *Journal of Health & Social Behavior* 1993;34:346-362.
- Ferron C, Narring F, Cauderay M, Michaud P. Sports activity in adolescence : association with health perceptions and experimental behaviours. *Health Education and Research* 1999;14:225-223.
- Friedman H. The health of adolescents: beliefs and behaviour. *Social Science and Medicine* 1989;29:309-315.
- Janin Jacquat B, François Y. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues chez les écoliers suisses âgés de 11 à 16 ans. *Schweizerische Ärztezeitung* 1997;45:1672-1677.
- Jessor R. Risk behavior in adolescence : a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health* 1991;12:597-605.
- Jessor R, Jessor S. Problem behaviour and psychosocial development: a longitudinal study of youth. New-York: Academic Press; 1977.

### 1.3 Obiettivi dello studio, quadro concettuale

Jessor, RE. New perspectives on adolescent risk behavior. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.

Koffi-Blanchard M, Dubois-Arber F, Michaud P, Narring F, Paccaud F. Hat sich der Beginn der Sexualität bei Jugendlichen in der Zeit von Aids verändert? Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1994;124:1047-1055.

Konings E, Dubois-Arber F, Narring F, Michaud P. Identifying Adolescent Drug Users Results of a National Survey on Adolescent Health in Switzerland. Journal of Adolescent Health 1994; 16:240-247.

Lapointe A, Michaud P. Ces jeunes qui ne consultent pas... Comment améliorer l'accès aux soins des adolescents? Revue Médicale de la Suisse Romande 2002;122:585-588.

Lloyd C. Risk factors for problem drug use: identifying vulnerable groups. Drugs education, prevention and policy 1998;5:217-232.

Manciaux M, Vanistendael S, Lecomte J, Cyrulnik B. La résilience, état des lieux. In M Manciaux (Ed). La résilience, résister et se construire. Genève: Médecine et Hygiène; 2001:13-20.

Michaud P (Ed). La résilience: un regard neuf sur les soins et la prévention. Archives de pédiatrie 1999;6:827-831.

Michaud P. La recherche rend-elle la prévention efficace? L'exemple des adolescents. Dépendances 2001;14:8-12.

Michaud P, Baudier F, Choquet M, Mansour S. La santé des adolescents: quels liens entre recherche et prévention? Paris: Comité français d'éducation pour la santé; 1994.

Michaud P, Blum R, Ferron C. "Bet you I will!" Risk or experimental behavior during adolescence? Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 1998;152:224-226.

Michaud P, Martin J. La santé des adolescents vaudois de 16 à 19 ans: leurs perceptions, leurs pratiques et leurs souhaits. Revue Suisse de Médecine 1998;72:1545-1553.

Millstein S, Petersen A, Nightingale E. Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century. Oxford: Oxford University Press; 1993.

Narring F, Michaud P. Les adolescents et les soins ambulatoires: résultats d'une enquête nationale auprès des jeunes de 15-20 ans en Suisse. Archives de pédiatrie 2000;7:25-33.

Narring F, Michaud P, Sharma V. Demographic and behavioral factors associated with adolescent pregnancy in Switzerland. Family Planning Perspectives 1996;28:232-236.

Narring F, Michaud P. Methodological issues in adolescent health surveys: the case of the Swiss multicenter adolescent survey on health. Sozial- und Präventivmedizin 1995;40:172-182.

Narring F, Tschumper A, Michaud P, Vanetta F, Meyer R, Wydler H. La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994.

Pelletier L. Les indicateurs de santé et la planification sanitaire. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 1990;38:47-56.

Pineault D, Daveluy C. La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies. Ottawa: Agence de l'Arc Inc; 1986.

Prochaska J, Velicer W, Rossi J, Goldstein M, Marcus B, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. Health Psychology 1994;13:39-46.

Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Haris KM, Jones J. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. Journal of the American Medical Association 1997;278:823-832.

Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud P. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;98:28-33.

Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health* 1993;14:626-631.

Stronski S, Ireland M, Michaud P, Narring F, Resnick M. Protective correlates of stages in adolescent substance use: A swiss national study. *Journal of Adolescent Health* 2000;26:420-427.

Triandis H. *Interpersonal behaviour*. Monterey: Brook/Cole; 1977.

Vanistendael S. *La résilience ou le réalisme de l'espérance; blessé mais pas vaincu*. Genève: Bureau International Catholique de l'Enfance; 1998.

Wydler H, Walter T, Hattich A, Hornung R, Gutzwiller F. *Die Gesundheit 20-Jähriger in der Schweiz : Ergebnisse der PRP 1993*. Aarau: Sauerländer; 1996.

## 2 POPOLAZIONE E METODI

### 2.1 ORGANIZZAZIONE DELL'INCHIESTA

L'inchiesta SMASH 2002 (« **S**wiss **M**ulticenter **A**dolescent **S**urvey on **H**ealth») è stata condotta congiuntamente tra il gruppo di ricerca sulla salute degli adolescenti dell'IUMSP di Losanna, l'Istituto di psicologia dell'Università di Berna e l'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria (Sezione sanitaria) del Cantone Ticino.

Nel rispetto della natura federalista della Svizzera, i responsabili si sono prodigati per ottenere l'approvazione di ognuna delle istanze cantonali implicate (Servizi di salute, Servizi dell'insegnamento), nei differenti cantoni. La maggioranza dei cantoni ha accettato di collaborare allo studio: Appenzello Esterno, Basilea Città, Berna, Friburgo, Ginevra, Grigioni, Giura, Lucerna, Neuchâtel, Nitvaldo, Obvaldo, San Gallo, Sciaffusa, Ticino, Uri, Vallese, Zugo, e Zurigo. Ogni cantone ha proposto un coordinatore (in generale all'interno di un Servizio dello Stato, o a volte in una struttura associata commissionata dallo stato), incaricato di organizzare la raccolta dei dati. In particolare i coordinatori erano incaricati di fornire all'IUMSP una lista delle classi con studenti che frequentavano scuole post-obbligatorie (vedi metodo di campionamento). Le diverse fasi di ricerca sono state centralizzate all'IUMSP di Losanna, l'organismo che ha commissionato lo studio. La distribuzione dei questionari nelle classi è avvenuta dal marzo al giugno del 2002.

Una particolare attenzione è stata posta sulle modalità di distribuzione del questionario nelle classi. La distribuzione è stata organizzata localmente sulla base di un modello imposto per l'insieme dell'inchiesta. I formulari sono stati compilati in classe, in assenza del professore. Infermiere dei servizi di salute scolastica, mediatori e collaboratori dei servizi di prevenzione sono stati incaricati della distribuzione. Per questo motivo essi hanno ricevuto un'informazione sul modo di procedere, in particolare su quali punti importanti dell'inchiesta dovevano essere presentati per riscuotere l'interesse dei giovani, in quali condizioni i giovani dovevano compilare il questionario e perché queste dovevano essere identiche in tutte le classi e come rispondere ai diversi tipi di domanda.

Queste raccomandazioni corrispondevano a due preoccupazioni: assicurare la qualità dei dati raccolti (Fink, 1989; Michaud, Blum, & Slap, 2001; Miller, 1991) mettendo tutti i partecipanti nelle stesse condizioni per rispondere al questionario e rispettare i principi etici indispensabili a ogni processo di questo tipo (vedi infra). Per rispondere erano necessari da quaranta a sessanta minuti, in modo che erano richieste alle scuole due ore scolastiche consecutive per presentare lo studio, riempire il questionario e lasciare ai giovani che lo desideravano il tempo di esprimersi o informarsi sullo studio o sui temi trattati. I giovani hanno partecipato volentieri e si sono mostrati interessati al contenuto del questionario, come testimoniato dai numerosi commenti che figuravano alla fine del formulario. Gli adolescenti hanno trovato utile che li si consultasse sulla loro salute, sostenendo che la loro voce in capitolo doveva essere ascoltata. Essi si sono pure interessati ai passi concreti successivi dello studio. Il basso tasso di rifiuto e di non risposta (meno di dieci rifiuti di partecipazione per l'insieme della Svizzera, tasso di non-risposta variante tra l'1% e un massimo del 6% a seconda delle domande) è d'altronde un'indicazione del riscontro favorevole che i giovani hanno riservato all'inchiesta.

## 2.2 ELABORAZIONE DEL QUESTIONARIO

I responsabili dell'inchiesta si sono trovati di fronte ad un dilemma specifico delle inchieste sulla popolazione ripetute periodicamente. Da un lato, disponevano di tutta una serie di domande provenienti dai numerosi studi condotti in questi ultimi dieci anni sugli adolescenti (Arènes, Janvrin, & Baudier, 1998; Berg Kelly e al., 1991; Choquet & Ledoux, 1994; Currie, Hurrelann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Janin Jacquat & François, 1997; Resnick e al., 1997; Wydler, Walter, Hattich, Hornung, & Gutzwiller, 1996), tutti ugualmente interessanti. Dall'altro lato, si desiderava poter utilizzare una parte delle domande utilizzate nell'inchiesta SMASH 1993 per avere dei paragoni validi. La soluzione che è stata scelta è un compromesso. Una parte importante del questionario si basa sul lavoro condotto 10 anni fa (Narring & Michaud, 1995; Narring e al., 1994) che aveva in particolare coinvolto numerosi giovani e professionisti. Per questo vi sono le domande che riguardano le attività di svago e di sport, i temi sulla sessualità, l'uso di sostanze psicoattive (droghe legali e illegali), e il campo delle cure. Significative aggiunte sono state apportate al formulario: domande che riguardano alcuni aspetti socio-demografici (adozione, migrazione), una serie di domande sugli incidenti e i comportamenti protettivi, una domanda sull'attività fisica quotidiana, una domanda sui problemi di salute legati alle mestruazioni (dismenorrea), due domande sulle conseguenze eventuali dell'utilizzo di sostanze psicoattive, due domande sulle ripercussioni nella vita quotidiana dell'handicap o delle malattie croniche, domande che riguardano l'utilizzo di Internet come pure l'esposizione al rumore, per non dimenticare tre serie di domande convalidate nell'ambito della salute mentale (depressione, problemi alimentari e la ricerca di sensazioni). In altri termini, si è cercato di conservare la formulazione delle domande che figuravano nell'inchiesta SMASH 1993 e nella misura del possibile si è fatto appello agli item dei questionari esistenti per la creazione delle nuove domande.

Il questionario è stato pretestato, poi discusso in alcune classi per assicurarsi che non vi fossero ambiguità e per verificare che potesse essere compilato in massimo 60 minuti circa. Il questionario era composto da 93 domande presentate sotto forma di un documento cartaceo di 28 pagine ed è stato elaborato in francese, tradotto in seguito in lingua tedesca e italiana e a sua volta pretestato in queste due versioni linguistiche. I cantoni bilingue avevano accesso alle due versioni.

## 2.3 METODO DI CAMPIONAMENTO

Contrariamente alle inchieste svolte durante gli anni scolastici obbligatori, la popolazione di riferimento per lo studio riguardante le scuole post-obbligatorie esclude un certo numero di giovani al di fuori del sistema di formazione. Uno studio che riguarda la popolazione dai 16 ai 20 anni non permette di raggiungere i giovani esclusi dal sistema di formazione (probabilmente il 20% della popolazione totale). Inoltre la diversificazione del tipo di formazione dopo la scuola dell'obbligo (secondaria superiore, apprendistato) impone tecniche di campionamento complesse (Statistics Canada, 1996).

Il piano di campionamento di questo studio è stato preparato grazie alla collaborazione e ai preziosi consigli degli statistici dell'IUMSP di Losanna, in particolare il Dr. G. van Melle. Si tratta di un campionamento probabilistico a grappolo che permette di estrarre a sorte delle classi intere da una base di sondaggio preparata a partire dalle liste di classi fornite per ogni cantone. Il campione è stato inoltre stratificato in base alla regione e in base al tipo di formazione.

I responsabili di ogni cantone partecipante hanno fornito, grazie alla collaborazione dei dipartimenti presi in considerazione, una lista esaustiva delle classi degli istituti pubblici che accolgono gli studenti (stabilimenti secondari superiori) e apprendisti (centri professionali). La base del sondaggio era composta da 13857 classi per un totale di 216595 studenti. Il campione calcolato rappresentava una

## 2.4 Gestione dei dati e analisi

frazione di campionamento di circa il 3.6% della popolazione numerata nella base del sondaggio e prevedeva di includere 9740 studenti, cifra stimata dalle liste delle classi.

Per controllare l'effetto dei grappoli, che accresce l'errore standard per la stima delle misure dato che gli individui di uno stesso gruppo hanno certe caratteristiche comuni (Moser & Kalton, 1979), si è scelto un campione di importante ampiezza in ciascuna delle tre regioni in modo da accrescere la precisione delle stime. Per meglio assicurare la rappresentatività del campione per i diversi criteri legati ai comportamenti studiati, si è optato per una stratificazione su tre criteri: il tipo di formazione, il livello di studio e la regione (Miller, 1991). Questa stratificazione della popolazione permette una migliore ripartizione del campione tra i diversi sottogruppi.

## 2.4 GESTIONE DEI DATI E ANALISI

I dati dei questionari auto-amministrati sono stati oggetto di lettura ottica tramite scanner, effettuata grazie alla specificazione del posizionamento esatto dei luoghi per le risposte nelle pagine. Il procedimento sofisticato utilizzato prevedeva l'intervento di un operatore quando si verificava un'ambiguità di lettura, assicurando così un tasso d'errore di raccolta molto debole. La fase di pulizia dei dati ha incluso la ricodifica delle domande aperte, l'attribuzione di codici per le non risposte e per le domande non applicabili (per esempio ai ragazzi, per le domande che riguardavano soltanto le ragazze) così come controlli di coerenza. Discussioni all'interno della squadra di ricerca hanno contribuito a queste operazioni. La banca dati ottenuta conta più di 500 variabili.

Le analisi (essenzialmente tabelle incrociate per quello che riguarda questo rapporto) sono state realizzate con il programma SPSS, versione 10. Analisi multivariate<sup>e</sup> che includono le variabili sesso, età e tipo di formazione professionale, sono state realizzate per assicurarsi che alcune delle differenze constatate tra le diverse popolazioni non fossero solamente dovute alle eterogeneità della composizione dei sottogruppi. Per la chiarezza della presentazione, queste analisi non sono né discusse né pubblicate in questo rapporto. Di conseguenza le differenze secondo il sesso, l'età o il tipo di formazione professionale non sono dovute alla composizione del campione bensì alle differenze tra i gruppi.

Durante gli anni 2004 e 2005, analisi più complesse in diversi ambiti approfondiranno alcuni temi che in questo rapporto sono solo parzialmente trattati.

## 2.5 QUESTIONI ETICHE

Le questioni etiche legate ad una ricerca che porta alla raccolta di informazioni che riguardano l'intimità degli adolescenti sono state oggetto dieci anni fa di una grossa consultazione presso diversi bioetici. Nel 2001, il protocollo di SMASH 2002 è stato sottoposto e accettato dalla Commissione etica della Facoltà di medicina dell'Università di Losanna e sono state così rispettate le norme che regolano la gestione di una tale ricerca (Coughlin & Beauchamp, 1992). L'anonimato delle risposte è stato garantito dall'assenza di qualsiasi tipo di identificazione sul formulario. Il giovane intervistato stesso consegnava direttamente al somministratore (al di fuori della gerarchia scolastica, il questionario era compilato in classe) in busta accuratamente chiusa. La confidenzialità delle informazioni è stata così assicurata, grazie anche al fatto che il questionario è stato compilato individualmente. I partecipanti dovevano dare il loro consenso in modo chiaro, libero e volontario. Gli intervistati sono stati avvisati per iscritto e oralmente che erano liberi di non rispondere a tutte o parte delle domande del questionario. Quelli che accettavano di partecipare all'inchiesta avevano a disposizione gli indirizzi dei

---

<sup>e</sup> Regressioni multiple, regressioni logistiche o modelli loglineari a seconda dei casi.

responsabili dello studio e informazioni sulle modalità di restituzione dei risultati ai partecipanti tramite gli istituti scolastici.

L'importanza dell'anonimato e la confidenzialità dei risultati non escludono le preoccupazioni che riguardano l'impatto di domande delicate relative a soggetti come la sessualità, le aggressioni sessuali, i comportamenti suicidari o i comportamenti additivi o tossicomaniaci. Queste domande possono essere percepite come invasive da parte di certi giovani. Peggio ancora, esse possono rianimare tra i più coinvolti emozioni, ansie, dolori e paure che sono legate alla loro storia personale. Per questa ragione gli incaricati della distribuzione del questionario proponevano ai giovani gli indirizzi dei servizi di riferimento (nel cantone) da consultare nel caso in cui il bisogno di un colloquio si facesse sentire a proposito di uno dei temi trattati nel questionario.

Nella pratica, l'attenzione data alle questioni etiche è stata molto utile. Le autorità, i genitori, gli istituti e anche i rappresentanti ufficiali sono stati sensibilizzati sugli scopi e sugli interessi dei progetti, e alcuni tra loro sono stati consultati fin dalla pianificazione dell'inchiesta e della concezione del questionario. I responsabili della ricerca non hanno registrato fino a questo momento nessuna reazione negativa o violenta.

## Riferimenti bibliografici

Arènes J, Janvrin M, Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98. Paris: Comité Français d'éducation pour la santé; 1998.

Berg Kelly K, Ehrvér M, Erneholt T, Gundeval C, Wennerberg I, Wettergren L. Self-reported health status and use of medical care by 3500 adolescents in Western Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;80:837-843.

Choquet M, Ledoux S. Adolescents: enquête nationale. Paris: INSERM; 1994.

Coughlin S, Beauchamp T. Ethics, scientific validity, and the design of epidemiologic studies. *Epidemiology* 1992;3:343-347.

Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. Health and Health Behavior among Young People. Copenhagen: World Health Organization; 2000.

Fink R. Issues and problems in measuring childrens health status in community health research. *Social Science and Medicine* 1989;29:715-719.

Janin Jacquat B, François Y. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues chez les écoliers suisses âgés de 11 à 16 ans. *Schweizerische Arztezeitung* 1997;45:1672-1677.

Michaud P, Blum R, Slap G. Cross-cultural surveys of adolescent health and behaviour: progress and problems. *Social Science and Medicine* 2001;53:1237-1246.

Miller D. Handbook of research design and social measurement. London: Sage Publication; 1991.

Moser C, Kalton G. Survey methods in social investigation. New-York: Gower Publishing Company; 1979.

Narring F, Michaud P. Methodological issues in adolescent health surveys: The case of the Swiss multicenteradolescent survey on health. *Sozial- und Präventivmedizin* 1995;40:172-182.

Narring F, Tschumper A, Michaud P, Vanetta F, Meyer R, Wydler H. La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994.

Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Haris KM, Jones JA. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA* 1997;278:823-832.

Statistics Canada. Census Dictionary - Final Edition. Appendix O: Data Quality, Sampling and Weighting, Confidentiality and Random Rounding. Ottawa: Statistics Canada; 1996.

Wydler H, Walter T, Hattich A, Hornung R, Gutzwiller F. Die Gesundheit 20-Jähriger in der Schweiz : Ergebnisse der PRP 1993. Aarau: Sauerländer; 1996.

## 3 RESULTATE

### 3.1 DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Nel campione estratto a sorte, 102 classi non disponibili per l'inchiesta sono state rimpiazzate e 14 classi non hanno partecipato. Una classe dell'ultimo anno non disponibile è stata rimpiazzata da una classe dello stesso tipo di formazione di livello inferiore, estratta a caso nello stesso istituto. Negli altri livelli, il rimpiazzo è stato fatto da una classe parallela (stessa scuola, stesso tipo di formazione, stesso anno) estratta a caso.

Gli 8740 studenti interrogati (ragazze : 4041 ; ragazzi : 4716), di età compresa tra i 13 e i 50 anni, provengono dalle 475 classi alla fine incluse nell'inchiesta. La differenza tra il numero pianificato e il numero effettivo è essenzialmente legata alla sopravvalutazione degli effettivi che figuravano sulle liste delle classi (soprattutto nelle classi di apprendistato), all'assenteismo e alla presenza in alcune classi di giovani che avevano più di 20 anni e di adulti che non hanno riempito il questionario non appartenendo alle fasce d'età di cui si occupava lo studio. In totale ci sono stati meno di una decina di rifiuti di partecipazione all'inchiesta.

Nella banca dati, ogni questionario è stato ponderato per l'inverso della probabilità di selezione della classe alla quale apparteneva lo studente, in modo da permettere le inferenze statistiche (intervalli di fiducia e test statistici). Sono stati esclusi in totale 1049 questionari per le ragioni seguenti : le informazioni sul sesso o sull'età mancavano (256 questionari), gli intervistati avevano meno di 16 anni (156) o più di 20 anni (534), la proporzione delle non risposte era superiore al 20 % del totale delle domande (102) o mancava l'informazione sulla situazione scolastica (1). Il numero ponderato di questionari validi e utilizzabili riguardanti i giovani dai 16 ai 20 anni ammontano a 7428<sup>f</sup> (ragazze : 3384 ; ragazzi : 4044). Le principali caratteristiche socio-demografiche di questo campione sono descritte nella Tabella 3.1-1

---

<sup>f</sup> A seconda delle variabili analizzate, il numero può variare leggermente a causa della ponderazione e degli arrotondamenti.

Caratteristiche	Apprendisti/e		Studenti/esse		Totale		
	Ragazze (%)	Ragazzi (%)	Ragazze (%)	Ragazzi (%)	Ragazze (%)	Ragazzi (%)	Totale (%)
	n=2131	n=3183	n=1252	n=861	n=3384	n=4044	n=7428
<b>Età</b>							
16 anni	9.3	11.2	12.9	15.8	10.7	12.2	11.5
17 anni	28.0	24.1	33.1	30.1	29.8	25.4	27.4
18 anni	34.7	29.4	28.4	28.1	32.4	29.1	30.6
19 anni	17.5	20.7	18.8	18.4	18.0	20.2	19.2
20 anni	10.5	14.6	6.8	7.7	9.1	13.1	11.3
<b>Nazionalità</b>							
Svizzera	83.4	82.3	89.6	89.9	85.7	83.9	84.7
Altra	16.6	17.7	10.4	10.1	14.3	16.1	15.3
<b>Residenza</b>							
Città o periferia	39.3	40.4	46.0	53.0	41.8	42.8	42.3
Campagna	59.5	58.4	53.6	45.8	57.3	55.8	56.5
Non risposta	1.2	1.6	0.4	1.2	0.9	1.5	1.2
<b>Statuto dei genitori</b>							
Vivono insieme	73.7	76.6	77.6	80.8	75.1	77.5	76.4
Separati o divorziati	21.2	18.9	16.5	15.3	19.4	18.2	18.8
Padre o madre deceduti, altro	4.6	4.1	5.8	3.6	5.1	4.0	4.5
Non risposta	0.6	0.3	0.1	0.2	0.4	0.3	0.3

Tabella 3.1-1

Campione analizzato (ponderato) dell'inchiesta SMASH 2002

## 3.2 AMBIENTI DI VITA E RELAZIONI CON L'ENTOURAGE

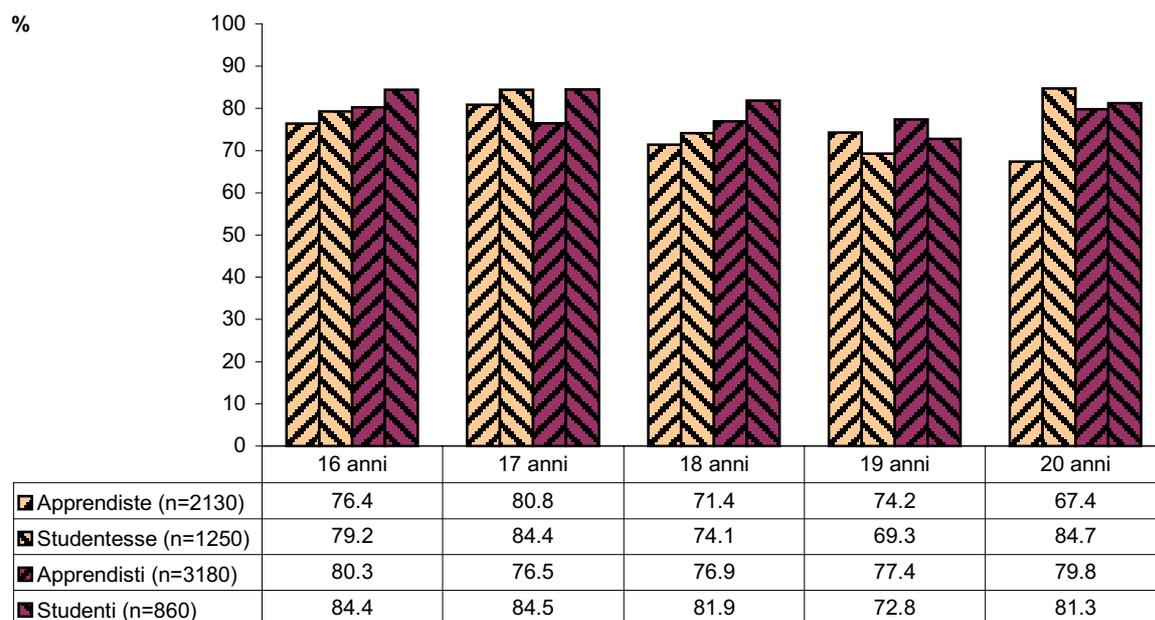
I paragrafi seguenti riguardano il contesto psicosociale dei giovani intervistati. In un primo momento esso può essere interpretato come l'insieme delle possibilità socio-strutturali a disposizione degli interessati per la soddisfazione dei loro bisogni in materia di benessere, di produttività e di presa di coscienza positiva (Siegrist & Marmot, 2003). In un secondo momento, si tratta di considerare la famiglia, le relazioni con i compagni della stessa età, la scuola e il mondo professionale degli apprendisti.

### 3.2.1 Relazioni con la famiglia

La famiglia ha innanzi tutto una funzione di socializzazione; gioca un ruolo importante anche nell'apprendimento e nell'esercizio della comunicazione così come nella condivisione dei sentimenti ed è infine un luogo di sicurezza primario. Anche se l'importanza delle relazioni con i compagni della stessa età aumenta durante l'adolescenza, questo non significa che i legami con i genitori deperiscano (Flammer & Alsaker, 2002). La qualità delle relazioni con i genitori si ripercuote su aspetti importanti quanto il benessere soggettivo dei giovani, il « locus of control » interiorizzato e l'ottimismo (Ben-Zur, 2003) ma anche sulla qualità delle relazioni con i compagni della stessa età (Dekovic & Meeus, 1997). In questi ultimi anni, si è ammesso nuovamente che i genitori e il loro stile di educazione hanno un impatto importante sulla salute e il benessere dei figli. Sembra che i comportamenti a rischio diminuiscano quando i genitori esercitano un certo controllo sui fatti e le azioni dei figli, riponendo loro nello stesso tempo fiducia (Resnick et al., 1997), (Borawski, Ievers-Landis, Lovegreen, & Trapl, 2003). Le strutture familiari sono divenute complesse. Molti figli e giovani si vedono confrontati a cambiamenti che toccano tanto il loro ruolo in seno alla famiglia quanto la composizione di questa. Questo stato di cose non dovrebbe pregiudicare la loro salute. Ciononostante alcuni segni indicano che i fattori di stress come la scomposizione della famiglia o le cattive relazioni familiari sono associate a comportamenti a rischio dei giovani coinvolti (Butters, 2002). L'esperienza della violenza domestica rappresenta senza alcun dubbio una minaccia particolare per la salute (Council of Scientific Affairs & Association, 1993; Dube e al., 2003).

Per quel che riguarda la struttura familiare, i giovani intervistati indicano in grande maggioranza che i propri genitori biologici vivono insieme (Grafico 3.2-1). Il 18.8% dichiara che i genitori sono separati o divorziati. Il padre è deceduto nel 2.5% dei casi, la madre nel 1.1% di casi e entrambe i genitori nello 0.1% dei casi. Alcuni giovani hanno segnalato che i genitori vivono insieme, ma litigano molto.

### 3.2 Ambienti di vita e relazioni con l'entourage



**Grafico 3.2-1** Proporzioni di giovani che indicano che i loro genitori vivono insieme, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D21)

La Tabella 3.2-1 mostra che la ripartizione nelle categorie sopra menzionate non riflette a sufficienza la diversità delle situazioni di vita dei giovani.

<i>Persone con le quali i giovani hanno dichiarato di vivere la maggior parte del tempo durante la settimana</i>	Ragazze (%)		Ragazzi (%)	
	apprendiste n = 2130	studentesse n = 1250	apprendiste n = 2130	studentesse n = 1250
Con la madre e il padre	65.7	72.2	69.3	74.1
Solamente con la madre	12.1	12.8	11.5	13.8
Solamente con il padre	2.3	1.2	3.5	1.2
Con la madre e il patrigno	5.8	4.2	4.0	3.3
Con il padre e la matrigna	.6	.5	1.2	1.0
Alternativamente con la madre e il padre (+/- suo coniuge)	1.0	1.1	2.0	1.7
Con altri adulti	.7	.5	.7	.1
Soli	2.2	.8	1.9	.7
Con il(la) loro partner	3.5	.2	1.6	-
Con degli altri giovani (compreso foyer)	3.0	5.2	1.2	2.9
Altre forme	2.4	.8	2.3	1.0

**Tabella 3.2-1** Ripartizione dei giovani secondo la situazione di alloggio durante la settimana menzionata (più risposte possibili), per sesso e tipo di formazione (SMASH 2002, D19)

Risulta che la maggioranza dei giovani di questa fascia d'età abita ancora con i due genitori. La proporzione è leggermente inferiore tra gli apprendisti che tra gli studenti. Le ragazze che vivono senza nessun adulto di riferimento sono leggermente più numerose che i ragazzi.

La proporzione di giovani che afferma di essere stata adottata è dell'1.3% per le ragazze e dell'1.4% per i ragazzi. Lo 0.7% dei giovani è stato adottato dal proprio padre o dalla madre, mentre lo 0.8% è stato adottato da entrambi i genitori. In media, per le ragazze l'adozione si situa attorno ai 5 anni e per i ragazzi attorno ai 2.4 anni.

Oltre alle strutture familiari, il sondaggio si è anche interessato alla qualità delle relazioni con i genitori. Le risposte ad alcune domande sono raggruppate nella Tabella 3.2-2.

	Ragazze (%) n = 3380	Ragazzi (%) n = 4040
I miei genitori mi accettano come sono	90.5	91.6
Racconto spesso le miei difficoltà e i miei problemi ai miei genitori	63.6	53.7
I miei genitori mi capiscono	77.8	81.6
I miei genitori notano quando sono triste	83.0	80.0
Ho fiducia nei miei genitori	90.5	92.5
I miei genitori hanno fiducia in me	89.7	90.3

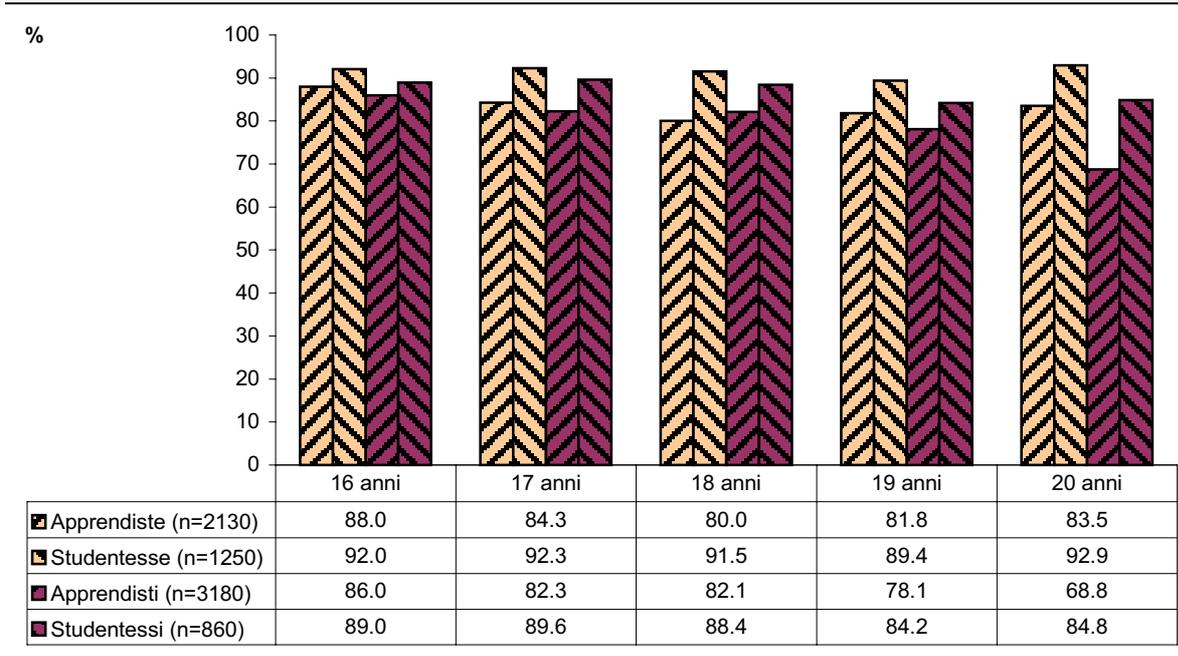
**Tabella 3.2-2**                      **Proporzioni di giovani d'accordo con differenti affermazioni inerenti la relazione con i loro genitori, secondo il sesso (SMASH 2002, D84)**

Gli intervistati danno un'immagine particolarmente positiva delle relazioni con i propri genitori, in particolare per quel che concerne la fiducia reciproca e il sentimento di essere accettati così come si è. La maggioranza si sente compresa. Circa un sesto dei giovani intervistati ha tuttavia risposto il contrario e precisa che i propri genitori non notano quando sono tristi. Si osserva che i ragazzi hanno meno tendenza rispetto alle ragazze ad abordare i propri problemi con i genitori. A parte ciò, da questo punto di vista non c'è differenza per quanto concerne il sesso, l'età e il tipo di formazione.

Anche se solamente una buona metà degli intervistati ha dichiarato di discutere sovente dei propri problemi con i genitori, la famiglia (e in particolare i genitori) resta un interlocutore importante durante questa fase della vita, in particolare per i problemi di salute (Grafico 3.2-2).

Come il grafico mostra, la proporzione dei giovani che parlano dei loro problemi di salute in famiglia è abbastanza costante in tutti i gruppi d'età. E' unicamente tra i ragazzi apprendisti che questa proporzione tende ad abbassarsi con gli anni (tra i 19-20 anni).

### 3.2 Ambienti di vita e relazioni con l'entourage



**Grafico 3.2-2** Proporzioni di giovani che dichiarano di confidarsi con i propri genitori sui problemi di salute, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D38)

Secondo quanto affermano, il 69.5% delle ragazze e il 64.4% dei ragazzi parlano in famiglia dei problemi che riscontrano a scuola o al lavoro. Una proporzione inferiore di giovani ha dichiarato di parlare dei propri problemi psicologici in famiglia (40.1% delle ragazze, 36.7% dei ragazzi).

Inoltre, le relazioni con i genitori sono pure fonte di timori e preoccupazioni per alcuni giovani: mentre l'11.4% delle ragazze e l'8.4% dei ragazzi temevano chiaramente, al momento dell'inchiesta, di veder i propri genitori divorziare o separarsi, il 24.8% delle ragazze e il 18% dei ragazzi hanno confessato di aver « un po' » paura che questo accadesse. La proporzione degli studenti che temono questa eventualità è leggermente più grande rispetto alla proporzione degli apprendisti. Gli studenti che affermano di vivere ancora con i due genitori sono più numerosi rispetto agli apprendisti; ciò potrebbe spiegare perché gli studenti si inquietano maggiormente a questo proposito. Gli intervistati più giovani e le ragazze si dicono inoltre più preoccupati da un'eventuale separazione dei propri genitori rispetto ai loro compagni più anziani o ai ragazzi. Il fatto che questa preoccupazione tenda a diminuire con l'età deve essere probabilmente considerato nel quadro del processo di distacco progressivo che rende i giovani meno coinvolti in questa situazione. La differenza tra i sessi è interessante. Ci si può chiedere se questa è dovuta al fatto che i litigi sono vissuti in modo diverso o vi sono attese particolarmente forti riguardo al ruolo delle ragazze nei litigi tra i genitori (ad esempio rivestire il ruolo di mediatrici tra i genitori).

Il tema della violenza in famiglia è stato affrontato anche attraverso la domanda se talvolta i giovani hanno paura di essere picchiati dai propri genitori. Secondo le risposte date, è il caso del 4.8% delle ragazze e il 2.7% dei ragazzi. Inoltre, l'8.6% delle ragazze e il 5.0% dei ragazzi nutrono "un po'", di questa paura. Dati provenienti dall'Army Family Advocacy Central Registry della milizia americana confermano che le ragazze potrebbero essere effettivamente più spesso toccate, durante la loro adolescenza, dalla violenza fisica in seno alla famiglia. (Raiha & Soma, 1997).

Molti commenti spontanei al questionario, così come qualche reazione dei giovani ai primi risultati apparsi nel maggio 2003, mostrano a che punto i litigi dei genitori e l'esperienza della violenza in seno alla famiglia opprimano i giovani coinvolti. Diversi di loro ci hanno chiesto di menzionare questa sofferenza nella stesura del rapporto. Si contano più ragazze che ragazzi (17% contro 12%) tra i giovani che avrebbero avuto bisogno di sostegno, al momento dello studio, per risolvere i problemi con la famiglia.

### 3.2.2 Relazioni con i compagni della stessa età

Le relazioni con i compagni della stessa età aiutano a scoprirsi e definirsi. Costruire e mantenere buone relazioni con gli amici è un elemento essenziale del benessere dei giovani. I giovani dai 16 ai 20 anni senza migliore amico(a) si sentono meno bene nella loro pelle e cadono più facilmente in stati depressivi. Essi hanno un'immagine più negativa di se stessi e hanno l'impressione di essere « diversi » (Alsaker, 2000). L'appartenenza, così come il sentimento di essere accettati(e) e apprezzati(e), giocano un ruolo primordiale nello sviluppo dell'identità personale (Rokach, Bauer, & Orzeck, 2003). Parallelamente, si osserva anche un rapporto significativo tra le amicizie e il comportamento. Da una parte, gli amici sono scelti in funzione degli interessi e dei comportamenti comuni ; dall'altra parte, il loro stile di vita influenza anche il comportamento individuale del giovane in questione (Dishion & Owen, 2002).

Tra gli intervistati, il 93.4% ha indicato di avere un(a) amico(a) con cui poter discutere di tanto in tanto. Come menzionato sopra, l'assenza di una tale persona di riferimento può rappresentare un pericolo per la salute. Tra le ragazze, il 4.4% delle apprendiste e il 2.2% delle studentesse è in questa situazione. Tra i ragazzi, questo caso concerne il 9.7% degli apprendisti e il 7.9% degli studenti. Gli amici sono interlocutori importanti in svariati campi (Grafico 3.2-3). Nella maggior parte di casi i giovani discutono con i loro amici dei problemi che hanno a scuola e al lavoro.

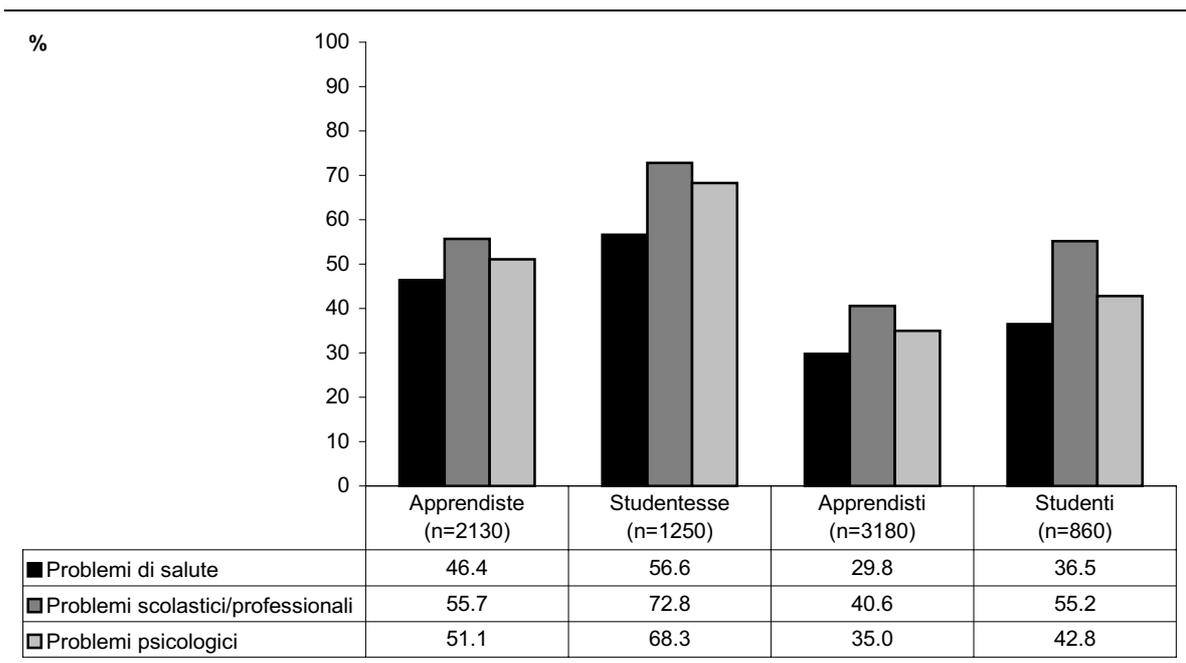
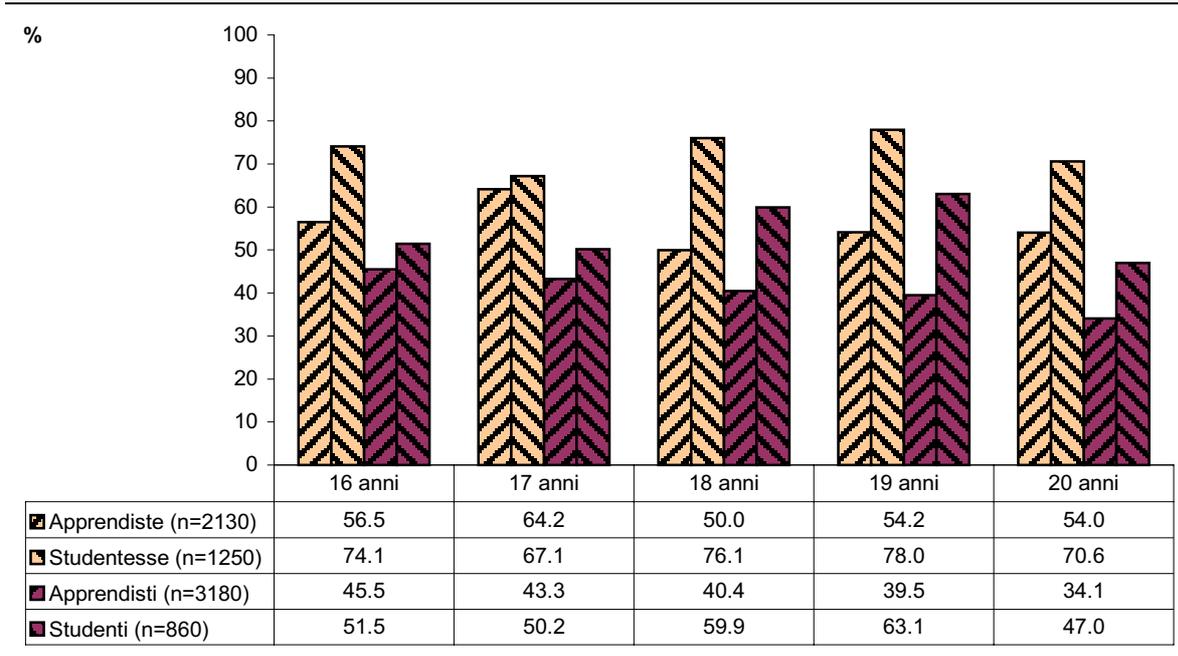


Grafico 3.2-3

Proporzioni di giovani che affermano di parlare di differenti problemi con gli amici, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D38)

### 3.2 Ambienti di vita e relazioni con l'entourage



**Grafico 3.2-4** Proporzioni di giovani che affermano di parlare con gli amici dei problemi legati alla scuola e al lavoro, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D38)

Nell'insieme, i risultati indicano che sono più numerosi gli studenti che gli apprendisti a parlare dei problemi di salute agli amici. La constatazione non si applica solamente ai problemi riscontrati a scuola e al lavoro, un quadro dove gli studenti, contrariamente agli apprendisti, condividono con un certo numero di compagni della stessa età la loro quotidianità e quindi molti problemi (Grafico 3.2-4). Per tutti i tipi di problemi, i ragazzi riconoscono che ne discutono con gli amici in proporzione minore rispetto alle ragazze. Al contrario non vi sono differenze di rilievo tra i sessi per quel che concerne le discussioni in famiglia.

Globalmente le risposte dei giovani che concernono la qualità delle relazioni con gli amici sono positive. La maggioranza dei giovani ha fiducia (96% delle ragazze e 93.4% dei ragazzi) e si sente accettata per quello che è (97.6% delle ragazze e 96.7% dei ragazzi). Mentre la maggior parte dice di confidare i propri problemi anche agli amici, una piccola parte è più reticente a farlo (9.8% delle ragazze e 20.5% dei ragazzi), o ha l'impressione che gli amici non si accorgano in generale della propria tristezza (8.7% delle ragazze, 18.4% dei ragazzi). I ragazzi si sentono apparentemente leggermente meno sostenuti rispetto alle ragazze dalla cerchia di amici. Al momento del sondaggio, 9.1% delle ragazze e 8.2% dei ragazzi sostenevano che avverrebbero avuto bisogno d'aiuto, dato che avevano difficoltà ad instaurare delle amicizie.

#### 3.2.3 Scuola e apprendistato

La scuola gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo dell'identità. I fattori di influenza sembrano essere la comunicatività degli insegnanti, la coesione della classe e l'effetto normalizzatore della scuola sulle relazioni sociali (Neuenschwander, Herzog, & Holder, 2001). Nell'adolescenza l'ambiente scolastico (ambiente in classe, relazioni con gli insegnanti, partecipazione degli studenti, assenza di mobbing e sentimento di benessere a scuola) appaiono così essere in correlazione con diversi indici di salute (problemi di salute, dolori psicosomatici, strategie di coping attive, sensazione di grande efficienza) come con i comportamenti che riguardano la salute (consumo di stupefacenti o alimentazione equilibrata) (Alsaker & Dick, in press; Flammer & Alsaker, 2002; Vuille & Schenkel, 2001; Vuille & Schenkel, 2002).

Entrando nel mondo lavorativo, i giovani si trovano immersi in un nuovo ambiente psicosociale con esigenze e carichi non abituali (carico corporeo, responsabilità, stress, ecc.) che questo cambiamento implica, ma anche con nuove risorse (rinforzo della stima di sé e dell'efficacia personale, sostegno sociale) (Flammer & Alsaker, 2002). Le relazioni con i colleghi e i superiori, la collaborazione tecnica così pure la possibilità di imparare e di assumere una responsabilità, sembrano essere percepite in modo particolarmente positivo dai giovani apprendisti. Il fatto che il tempo libero è fortemente ridotto in confronto a quello degli studenti è per contro vissuto in modo abbastanza negativo (Galais, 2001). Le esperienze realizzate nel corso della formazione professionale hanno un'importanza primordiale per lo sviluppo della personalità. Una buona situazione di apprendimento e di lavoro (lavoro interessante e motivante, colleghi e superiori competenti, relazioni da pari a pari, apprendimento imperniato sulla formazione) porta a un cambiamento positivo della visione di se stessi e dell'attitudine professionale. Un sovraccarico generale (quantitativo e qualitativo) ha al contrario ripercussioni piuttosto negative sugli aspetti della personalità come la fiducia in se stessi (Häfeli, Kraft, & Schallberger, 1988). Lo stesso psicosociale vissuto è quasi lo stesso che per i lavoratori più anziani (Kälin et al., 2000). Mentre l'equilibrio tra le esigenze e le possibilità di controllo individuali si ripercuotono sull'efficacia, l'equilibrio tra la fatica e la ricompensa influenzano la stima di sé (Siegrist & Marmot, 2003).

La Tabella 3.2-3 mostra come i giovani giudicano i diversi aspetti dell'ambiente nel proprio luogo di formazione. La grande maggioranza sembra a proprio agio nella classe. Le differenze tra apprendisti e studenti a tempo pieno sono sorprendentemente contenute sebbene gli apprendisti non frequentino la scuola professionale che uno o due giorni per settimana.

	Ragazze (%)		Ragazzi (%)	
	apprendiste n = 1250	studentesse n = 2130	apprendisti n = 860	studenti n = 3180
La maggior parte di noi si trova bene nella nostra classe	87.8	83.0	89.2	83.2
Gli insegnanti si occupano dei problemi degli studenti	58.3	43.8	59.0	45.8
Gli insegnanti hanno fiducia in me	78.2	78.4	73.5	73.3
Ricevo dai miei insegnanti il riconoscimento che merito	76.0	70.4	71.2	69.6

**Tabella 3.2-3** Percentuali di giovani d'accordo con differenti affermazioni relative all'ambiente che regna sul loro luogo di formazione, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D8)

Per gli apprendisti l'ambiente dell'impresa dove lavorano riveste probabilmente ancora più importanza, visto che vi trascorrono la maggior parte della settimana (Tabella 3.2-4).

### 3.2 Ambienti di vita e relazioni con l'entourage

	Apprendiste (%) n = 2130	Apprendisti(%) n = 3180
La maggior parte di noi si trova bene nel nostro gruppo di lavoro	79.7	83.2
Il (la) nostro(a) capo(a) o il (la) maestro(a) di tirocinio si occupa dei problemi degli (delle) apprendisti(e)	71.3	71.1
Il (la) nostro(a) capo(a) o il (la) maestro(a) di tirocinio ha fiducia in me	86.0	84.0
Ricevo dal (dalla) mio(a) capo(a) o mio(a) maestro(a) di tirocinio il riconoscimento che merito	77.8	76.6

**Tabella 3.2-4** Proporzioni di apprendisti d'accordo con differenti affermazioni relative all'ambiente che regna al di lavoro, secondo il sesso (SMASH 2002, D9)

La maggior parte degli apprendisti interrogati sembra a proprio agio sul posto di lavoro. Nella grande maggioranza dei casi, gli intervistati hanno l'impressione che il maestro di tirocinio ponga loro fiducia e i tre quarti ottengono anche un riconoscimento adeguato. Dato che una collaborazione quotidiana porta a instaurare legami più stretti, non vi è da sorprendersi se sono più numerosi gli apprendisti che si sentono sostenuti dai maestri di tirocinio piuttosto che dagli insegnanti in caso di problemi. Ciò è comunque positivo. Mentre una maggioranza di apprendisti sembra ricevere un buon appoggio da parte dei formatori, nel quadro dei corsi così come del lavoro, ciò è il caso per la metà solamente degli studenti intervistati.

Sul lavoro vi sono diversi tipi di fattori di stress. Per valutare il benessere è dunque determinante conoscere se questo carico di lavoro è percepito come conseguente. La Tabella 3.2-5 mostra quale proporzione di apprendisti si trova disturbata da differenti fattori di stress, paragonabile alla proporzione di apprendisti che hanno indicato che questi fattori esistono ma non li disturbano (*valori in italico e tra parentesi*):

	Apprendiste (%) n = 2130	Apprendisti (%) n = 3180
Sono spesso stressato(a) dal tempo a causa del forte carico di lavoro.	21.7 (55.1)	19.7 (54.2)
Sono spesso interrotto(a) sul lavoro.	12.9 (45.9)	16.1 (46.4)
Sul lavoro ho molte responsabilità.	9.8 (76.7)	10.9 (74.0)
Sono spesso costretto(a) a fare ore supplementari	9.8 (23.8)	8.3 (25.5)
Il mio lavoro richiede sforzi fisici	8.5 (44.3)	8.3 (60.9)
Nel corso del mio apprendistato il mio lavoro è diventato sempre più impegnativo	7.5 (75.8)	9.6 (81.6)

\* Tra parentesi e in italico : la proporzione d'apprendisti che hanno indicato di essere confrontati a un fattore di stress .

**Tabella 3.2-5** Proporzioni di apprendisti che sono turbati da differenti fattori di stress, secondo il sesso (SMASH 2002, D10)

La Tabella 3.2-5 rivela chiaramente quanto i fattori di stress possano essere percepiti e vissuti in modo differente. La maggior parte degli apprendisti dice di lavorare sotto la pressione del tempo e di essere spesso interrotta. Molti giovani si sentono anche investiti di una grande responsabilità e hanno la sensazione che il loro lavoro diventi sempre più esigente. Ma, apparentemente, la maggior parte di loro ha abbastanza risorse (strategie di coping, formazione conseguente e sostegno dell'impresa) per gestire bene questo carico di lavoro e non trovarsi troppo disturbata.

Al di là dell'analisi di ogni singolo fattore di stress, la somma dei fattori gioca un ruolo rilevante per la salute. Il Grafico 3.2-5 indica i valori medi della somma di tutte le risposte alle domande che riguardano i 6 punti sopra menzionati per le ragazze e i ragazzi in funzione delle fasce d'età. Per ogni domanda, la risposta oscilla tra 1 (niente stress) e 5 (lo stress è presente e preoccupa molto gli interessati). Per la somma di tutte le risposte si ottiene dunque un valore compreso tra 6 e 30.

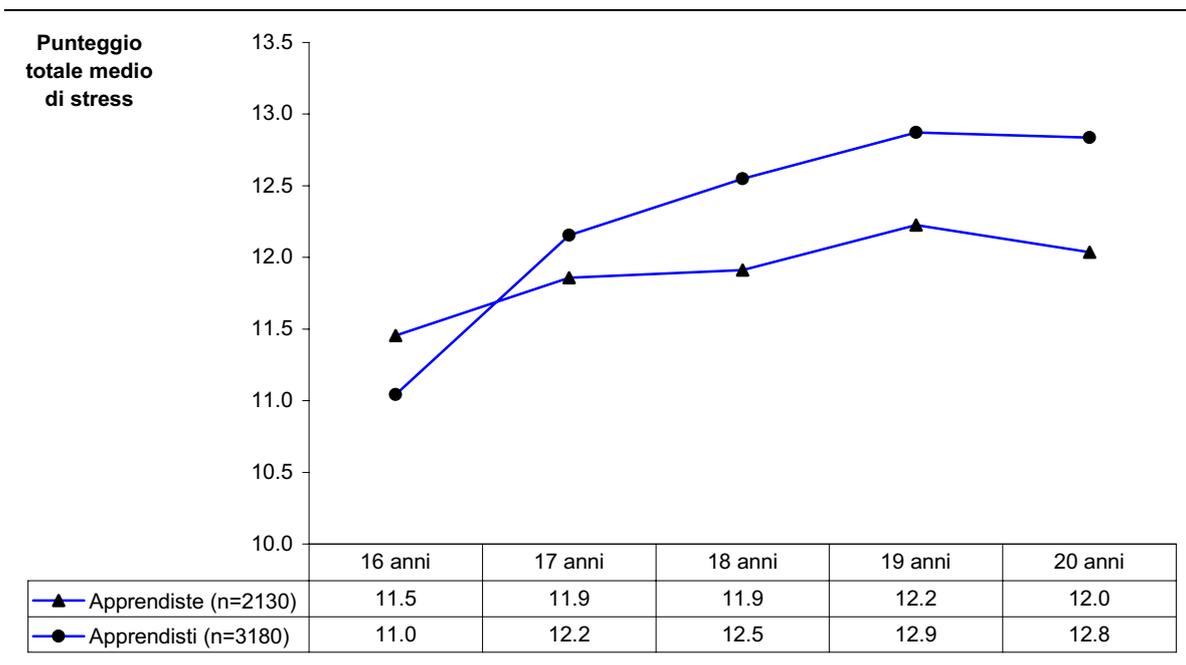


Grafico 3.2-5 Punteggio totale medio di stress indicato dagli apprendisti, secondo il sesso e l'età (SMASH 2002, D10)

Nell'insieme, gli apprendisti più anziani hanno un carico di lavoro più importante rispetto ai più giovani. I ragazzi si sentono apparentemente maggiormente sollecitati rispetto alle ragazze. Le differenze sono tuttavia minime. Mentre il 44% degli apprendisti non è disturbato da nessuno di questi fattori di stress, o solamente da uno, il 34% è disturbato da 2 o 3 fattori. Tra gli apprendisti intervistati ve ne sono comunque il 22% che segnalano da 4 a 6 fattori di stress come fonte di preoccupazione. Al di là dei fattori di stress menzionati, la formazione è anche fonte di riconoscimento; i tre quarti dei giovani ricevono dai propri insegnanti e maestri di tirocinio il riconoscimento che meritano. A scuola, il 77.8% delle ragazze e 76.2% dei ragazzi hanno dichiarato di avere delle belle note. Non meno del 90.3% delle ragazze e 91.5% dei ragazzi sono sicuri di poter terminare la propria formazione. Per quel che concerne il trovare più tardi lavoro, il 91.5% delle ragazze e 92.2% dei ragazzi non hanno alcun dubbio a questo proposito. Ma il 53.9% delle ragazze e il 50% dei ragazzi non sanno ancora che professione eserciteranno.

A questo riguardo è possibile stabilire un paragone con SMASH 1993. All'epoca, solo il 70% delle ragazze e il 75% dei ragazzi in apprendistato e il 65% degli studenti erano sicuri di trovare un lavoro. Questa differenza riflette la situazione sul mercato del lavoro. Nel 1992/1993, il tasso di

### 3.2 Ambienti di vita e relazioni con l'entourage

disoccupazione era particolarmente elevato in Svizzera romanda ed era un fenomeno inusuale per il nostro paese dopo lunghi anni di pieno impiego. Riguardo il diploma di formazione e l'incertezza relativa alla futura professione, i risultati sono simili.

Al momento dell'inchiesta, il 27% delle ragazze e il 23% dei ragazzi ammettevano di aver bisogno d'aiuto per risolvere dei problemi a scuola o al lavoro. La metà delle ragazze e il 29% dei ragazzi avevano inoltre bisogno d'aiuto per gestire i problemi di stress.

Riassumendo, ecco cosa si può ritenere a proposito del contesto psicosociale dei giovani interrogati.

La famiglia e i genitori rappresentano ancora persone di riferimento importanti per i giovani di questa fascia d'età. Rimangono gli interlocutori utili per tutti i tipi di problemi. E' particolarmente interessante rivelare a questo proposito che non si constatano differenze grandi tra i sessi. Come conseguenza dell'importante ruolo dei genitori, i giovani sono anche particolarmente sensibili ai problemi relazionali, come alla violenza in seno alla famiglia. La promozione della salute deve riprendere coscienza del ruolo importante della famiglia, anche per gli adolescenti più anziani. Essa si vede inoltre incaricata di rafforzare i genitori nel loro ruolo e nei compiti educativi, anche durante l'adolescenza dei figli.

Le amicizie sono la risorsa cardinale per la maggioranza dei giovani che vi ritrovano accettazione e fiducia. Le ragazze riescono meglio che i ragazzi a discutere con gli amici dei problemi che si pongono nei diversi campi della vita. Bisogna tenere conto di questa differenza tra i sessi nei progetti di prevenzione che lavorano con i gruppi di pari.

La situazione vissuta a scuola e durante l'apprendistato è positiva per una maggioranza dei giovani che riscontra riconoscimenti, si vede aprire delle prospettive e sa di riuscire a risolvere i compiti che le incombono. Una minoranza significativa si sente pertanto sovraccaricata e segnala difficoltà a risolvere i problemi che insorgono durante la formazione o risolvere i problemi che le competono.

L'ambiente, come anche le condizioni che regnano in classe e sul posto di tirocinio, hanno una grande incidenza sullo stato di salute e il comportamento dei giovani che vi vivono. La scuola, il posto di tirocinio e le istituzioni di svago sono nello stesso tempo luoghi dove i giovani possono essere raggiunti da misure di promozione della salute. I giovani hanno anche la possibilità di influenzare l'organizzazione di questi ambienti e di partecipare a misure di promozione della salute. I responsabili di questi luoghi, come anche i servizi specializzati nella promozione della salute, sono inoltre chiamati a pianificare le responsabilità e la partecipazione e a trasmettere loro esperienze suscettibili di rinforzare l'efficacia personale. Le "scuole di salute" e la promozione della salute nelle imprese hanno raccolto riguardo a questo tema preziose esperienze e scoperte che si possono ancora sviluppare, diffondere e utilizzare (vedi le implicazioni alla fine del rapporto).

## Riferimenti bibliografici

- Alsaker FD. The development of a depressive personality orientation: The role of the individual. In WJ Perrig & A Grob (Eds). *Control of human behaviour, mental processes and consciousness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 2000: 345-359.
- Alsaker FD, Dick A. (in press). Depression and suicide. In L Goossens & S Jackson (Eds), *Handbook of adolescent development: European perspectives*. HOVE, UK: Psychology Press.
- Ben-Zur H. Happy adolescents: The link between subjective well-being, internal resources, and parental factors. *Journal of Youth and Adolescence* 2003;32:67-79.
- Borawski EA, Ievers-Landis CE, Lovegreen LD, Trapl ES. Parental monitoring, negotiated unsupervised time, and parental trust: The role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:60-70.
- Butters JE. Family stressors and adolescent cannabis use: a pathway to problem use. *Journal of Adolescent* 2002; 25:645-654.
- Council of Scientific Affairs, American Medical Association. Adolescents as victims of family violence. *Journal of American Medical Association* 1993;270:1850-1856.
- Dekovic M, Meeus W. Peer relations in adolescents: effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescent* 1997;20:163-176.
- Dishion TJ, Owen LD. A longitudinal analysis of friendships and substance use: bidirectional influence from adolescence to adulthood. *Developmental Psychology*, 2002;38:480-491.
- Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction, and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 2003;111:564-572.
- Flammer A, Alsaker FD. *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz*. Bern: Verlag Hans Huber; 2002.
- Galais NMK. Eintritt in die Arbeitswelt – enttäuschte, erfüllte und übertroffene Erwartungen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 2001;55:179-186.
- Häfeli K, Kraft U, Schallberger U. *Berufsbildung und Persönlichkeitsentwicklung. Eine Längsschnittstudie*. Huber, Schriften zur Arbeitspsychologie; 1988.
- Kälin W, Semmer NK, Elfering A, Tschann F, Dauwalder J-P, Heunert S, Crettaz von Roten F. Work characteristics and well-being of Swiss apprentices entering the labor market. *Swiss Journal of Psychology* 2000;59:272-290.
- Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
- Litt IF. Parents are "in" again. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:59.
- Neuenschwander MP, Herzog W, Holder M. Schulkontext und Identitätsentwicklung im Jugendalter. *Forschungsbericht Nr. 22, Institut für Pädagogik der Universität Bern*; 2001.
- Raiha NK, Soma DJ. Victims of child abuse and neglect in the US army. *Child Abuse & Neglect* 1997;21:759-768.
- Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, Beuhring T, Sieving RE, Ireland M, Bearinger LH, Udry RJ. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of American Medical Association* 1997;278:823-832.
- Rokach A, Bauer N, Orzeck T. The experience of loneliness of Canadian and Czech youth. *Journal of Adolescence* 2003;26 :267-282.

### 3.2 Ambienti di vita e relazioni con l'entourage

Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges. *Social Science and Medicine* 2004;58:1461.

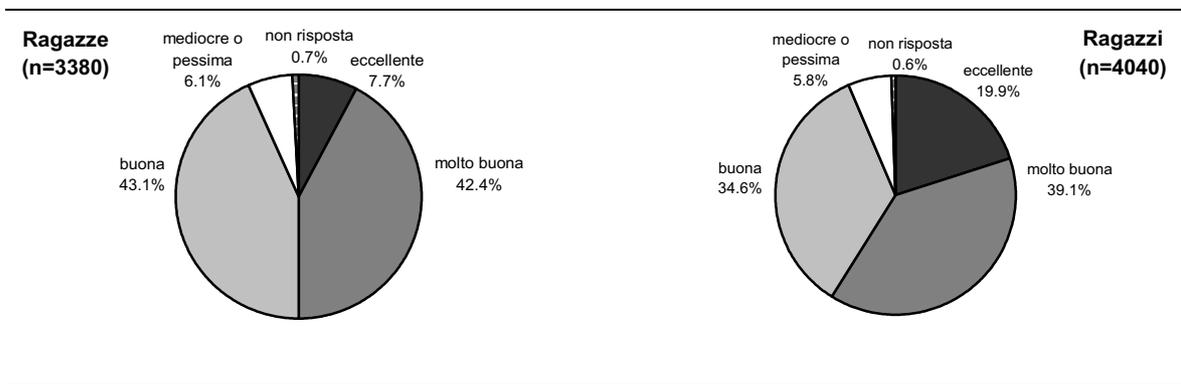
Vuille J-C, Schenkel M. Social equalization in the health of youth. The role of the school. *European Journal of Public Health* 2001;11:287-293.

Vuille J-C, Schenkel M. Psychosocial determinants of smoking in Swiss adolescents with special reference to school stress and social capital in schools. *Sozial- und Präventivmedizin* 2002;47:240-250.

### 3.3 SALUTE GENERALE E SALUTE MENTALE

#### 3.3.1 Salute somatica e i bisogni di salute

Contrariamente alle visioni stereotipate sovente dettate dai media, gli adolescenti non hanno tutti lo stesso profilo di salute (Deschamps, 1987): molti si sentono in buona salute e lasciano trasparire la loro gioia di vivere e le loro speranze. Ciononostante, in proporzione non trascurabile, i giovani vivono, in modo transitorio o duraturo, mali, preoccupazioni o periodi difficili per i quali devono trovare risorse e rimedi in se stessi o con l'aiuto dei prossimi. Questo capitolo presenta una prima analisi sul modo in cui i giovani percepiscono la propria salute, le domande o i problemi per i quali vorrebbero trovare delle risposte, così come le persone dalle quali trovano più facilmente sostegno per risolvere i problemi di salute. Di fatto, i risultati della prima domanda del questionario (vedi annesso) potrebbero far pensare che gli adolescenti si sentano essenzialmente in buona salute (Grafico 3.3-1).

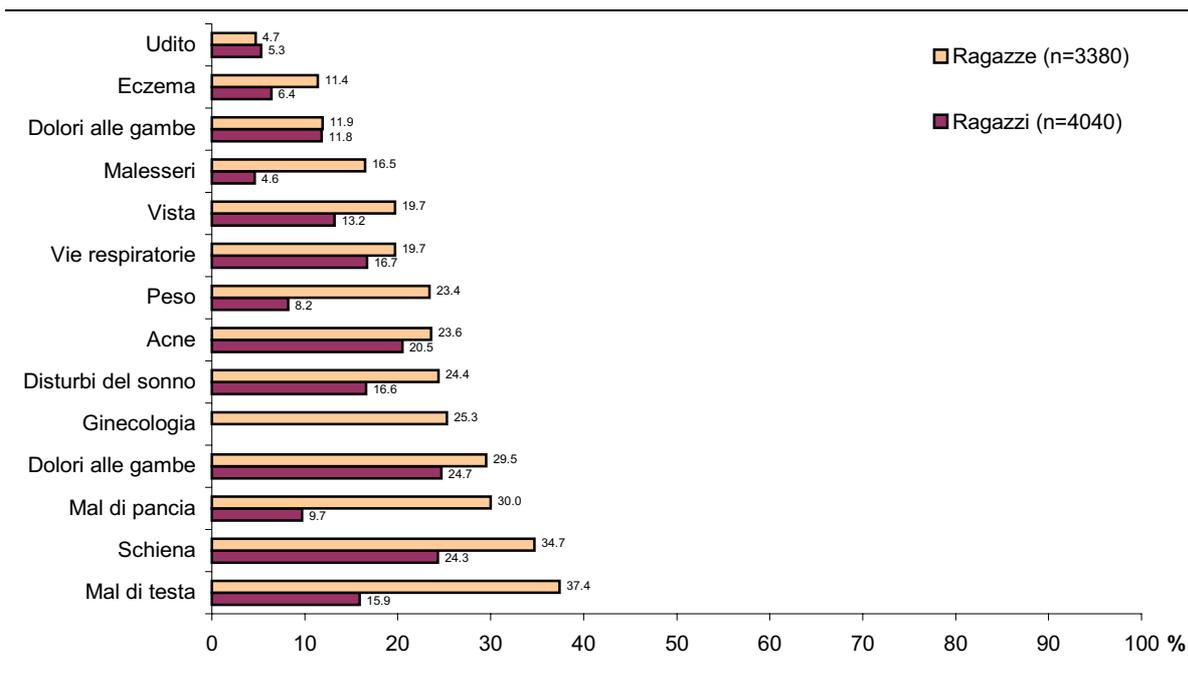


**Grafico 3.3-1** Proporzioni di giovani che si dichiarano in buona o pessima salute, secondo il sesso (SMASH 2002, D1)

Si può notare che soltanto una minoranza (circa il 6%) degli intervistati dichiara che la propria salute è mediocre o pessima. Come in altre inchieste simili, i ragazzi hanno tendenza a considerarsi in cattiva salute in proporzione minore rispetto alle ragazze ( $p < .001$ ). Esistono pure differenze sostanziali tra ragazze e ragazzi secondo l'età: la valutazione sulla propria salute non cambia nei ragazzi con l'età, mentre sono più numerose le ragazze più grandi a considerare la propria salute mediocre rispetto alle ragazze più giovani (ragazze: 16 anni 3.5%; ragazze: 20 anni 7.5%).

Si potrebbe dunque dedurre da questo grafico che gli adolescenti non hanno quasi nessun problema e si trovano bene nella propria pelle nella maggioranza dei casi. Tuttavia l'esame del Grafico 3.3-2 attenua questa impressione. Mentre la maggioranza degli adolescenti si dice globalmente in buona salute, una proporzione significativa di essi dichiara di riscontrare abbastanza spesso o molto spesso problemi in diversi ambiti.

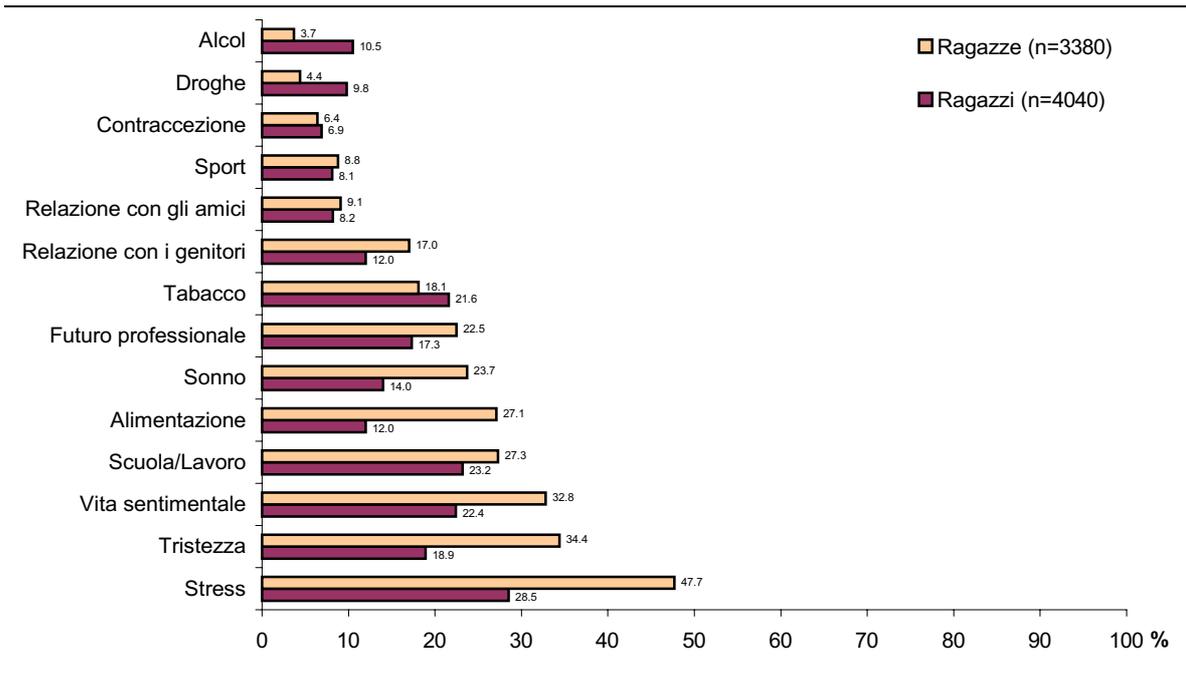
### 3.3 Salute generale e salute mentale



**Grafico 3.3-2** Proporzioni di giovani che dicono di riscontrare spesso o molto spesso differenti problemi di salute, secondo il sesso (SMASH 2002, D36, D37)

Generalmente le ragazze riscontrano più problemi che i ragazzi, in proporzioni spesso statisticamente significative. I mali di schiena, di gambe, e i malesseri, sono più frequenti tra gli apprendisti che tra gli studenti. Si potrebbe ipotizzare che le restrizioni fisiche legate a diverse professioni, in modo particolare durante il primo anno di apprendistato, spieghino un simile divario: lunghe ore in piedi per venditrici, posizione chinata e sollevamento di carichi notevoli per alcuni lavori nel settore dell'edilizia. I sintomi che si potrebbero qualificare come funzionali sono i malesseri, i mal di pancia e le cefalee, frequenti in medesima misura soprattutto tra le ragazze intervistate. Quasi una ragazza su due si lamenta di aver spesso o molto spesso cefalee, mal di schiena o mal di pancia. L'acne, come pure i sintomi respiratori (principalmente di tipo allergico) colpiscono un giovane su cinque, in proporzioni simili per entrambi i sessi. I problemi di vista (miopia, astigmatismo, ecc.) sono pure relativamente frequentemente segnalati, visto che toccano una ragazza su cinque e un ragazzo su otto. Infine, un quarto delle intervistate segnala l'insorgere di problemi ginecologici spesso o molto spesso.

Segnalare dei problemi di salute non significa necessariamente soffrirne realmente nella vita di tutti i giorni. Disturbi moderati della vista, acne non grave, affaticamento delle gambe, possono far parte dei normali malesseri che accompagnano la vita di ogni individuo. Al fine di definire in modo più preciso l'impatto di alcuni malesseri nella vita di tutti i giorni, un'altra domanda proponeva ai giovani una lista di problemi per i quali manifestavano il bisogno di un aiuto personale. Questa lista comprendeva intenzionalmente non soltanto i disturbi di origine fisica ma anche quelli legati al benessere, alla salute mentale e relazionale. Il Grafico 3.3-3. mostra che una proporzione elevata di intervistati identifica ambiti della propria salute nel senso generale del termine per i quali *avrebbe bisogno di aiuto*.



**Grafico 3.3-3** Proporzioni di giovani che dicono di aver bisogno di un aiuto personale per risolvere differenti problemi di salute, secondo il sesso (SMASH 2002, D45)

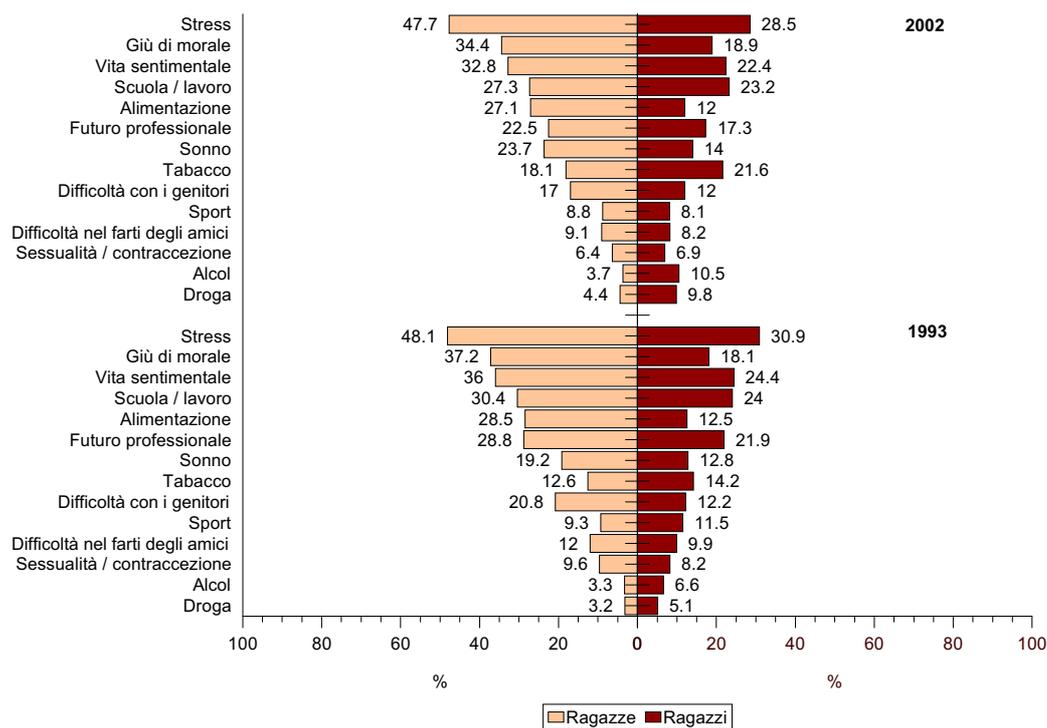
Questi risultati portano ad attenuare l'immagine positiva data nel Grafico 3.3-1 e suggeriscono diversi commenti :

- I risultati sottolineano l'importanza dei problemi di natura psicosociale e relazionale, dato che i temi come lo stress e la depressione hanno una maggior frequenza. Si potrebbe obiettare che il termine « stress » è soggetto a svariate interpretazioni secondo gli individui. Ciò che è importante ritenere da queste cifre (una ragazza su due e un ragazzo su tre rispondono positivamente a questo item) è che gli adolescenti si trovano indifesi sui modi di affrontare le esigenze che sono imposte loro dalla vita quotidiana e che se il livello « oggettivo » di stress a cui devono far fronte potrebbe essere considerato come accettabile, ciò non toglie che molti giovani non sappiano bene come reagire. L'importante proporzione di giovani che si sentono tanto depressi da aver bisogno di un aiuto è pure considerevole. Come abbiamo sottolineato precedentemente, questo aiuto non deve necessariamente consistere in un trattamento medico visto che probabilmente una parte di giovani alludeva, nelle proprie risposte, all'assenza di sostegno da parte delle persone vicine. Vedremo in seguito l'aiuto che gli adolescenti ricercano delle diverse persone a loro vicine.
- Il Grafico 3.3-3. evidenzia nuovamente grosse differenze di percezione tra ragazze e ragazzi : soltanto per quanto riguarda l'abuso di sostanze psicoattive (tabacco, alcol e droghe illegali) la percentuale di ragazzi che vorrebbero un aiuto è maggiore rispetto alle ragazze. Per il resto, sono sistematicamente più numerose le ragazze ad aver bisogno di un aiuto personale. Da questi risultati si potrebbe pensare che le ragazze siano più in grado di prendere coscienza e esprimere i propri bisogni di salute fisica e psicologica. Per quanto riguarda l'alimentazione (capitolo 3.3.4) le differenze tra ragazze e ragazzi sono particolarmente marcate.
- Ci si può pure soffermare sul fatto che, mentre gli adulti identificano il ricorso a sostanze psicoattive come il problema maggiore negli adolescenti, i temi d'abuso d'alcol e di droga vengono all'ultimo posto della lista sia per le ragazze sia per i ragazzi. Le cifre del grafico ci segnalano a questo proposito che i giovani identificano come problemi lo stress e la tristezza, essendo il consumo di sostanze in definitiva nient'altro che il sintomo del malessere. In altri termini è alla radice dei comportamenti devianti che bisogna investigare e non alle loro conseguenze.

### 3.3 Salute generale e salute mentale

Le analisi sui bisogni di aiuto per le diverse fasce d'età svelano alcune tendenze significative. Abbastanza logicamente, i problemi relazionali con i genitori tendono a diminuire leggermente con il passare del tempo: i giovani di 19 anni, già in gran parte emancipati, entrano meno in conflitto con i genitori rispetto all'età di 15 o 16 anni. I problemi di stress e le domande legate al futuro tendono a emergere più frequentemente negli intervistati più anziani. Ci sono pure differenze significative tra apprendisti e studenti, in particolare nell'ambito del consumo di tabacco, alcol e droghe, per cui gli apprendisti chiedono aiuto in proporzione più importante. Ciò può essere legato al fatto che una proporzione più elevata di apprendisti (sia per le ragazze che per i ragazzi) consuma queste sostanze (capitolo 3.4). La preoccupazione per il proprio avvenire professionale vede gli studenti proporzionalmente più numerosi rispetto agli apprendisti probabilmente per il fatto che gli studenti non hanno ancora scelto il proprio mestiere.

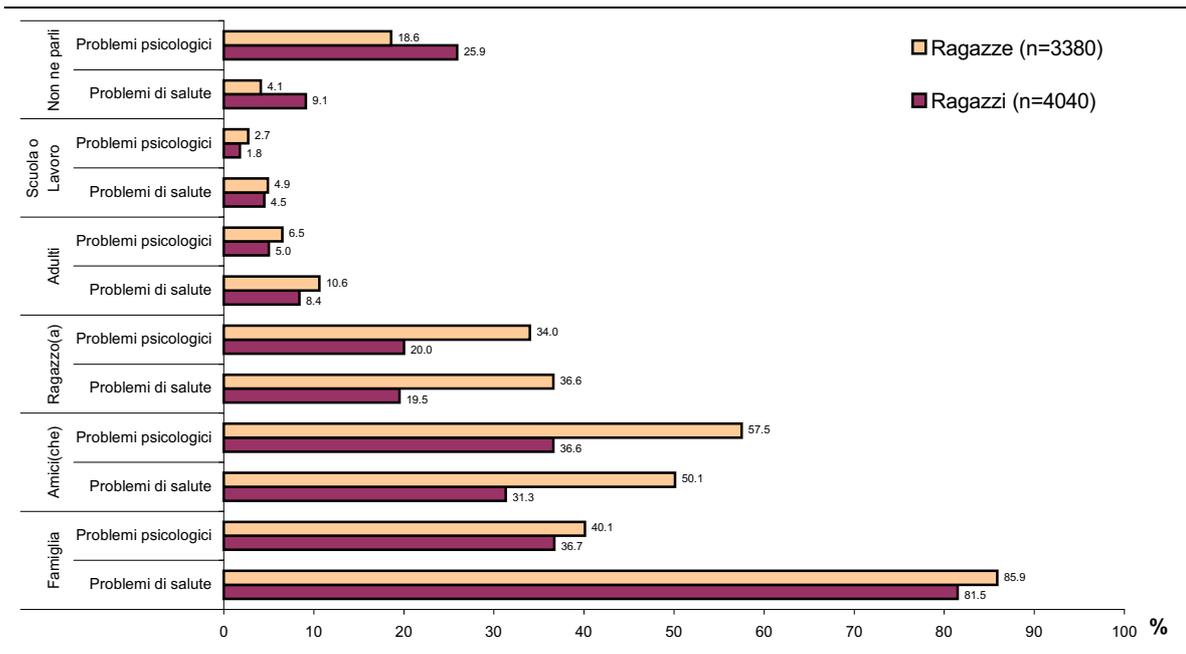
In quale misura la situazione si è cambiata in questi dieci anni? Il Grafico 3.3-4. propone una bozza di risposta a questo interrogativo e mostra che gli ambiti nei quali si osserva un'evoluzione sono essenzialmente quello dell'avvenire professionale (paradossalmente una diminuzione della richiesta di aiuto) ma pure quelli del consumo di tabacco e dell'uso di droghe per i quali una percentuale nettamente più importante di giovani, soprattutto ragazzi, chiede un aiuto personale. In generale le differenze tra i risultati dello studio SMASH 1993 e quelli dello studio attuale sono sorprendentemente contenute. L'importanza relativa dei temi resta sostanzialmente la stessa.



**Grafico 3.3-4** Proporzioni di giovani che dicono di aver bisogno di un aiuto personale per risolvere differenti problemi di salute, secondo il sesso, paragonando 1993-2002 (SMASH 2002, D45)

A chi chiedono aiuto i giovani quando hanno un problema? Il Grafico 3.3-5. dà un'idea delle persone a cui gli adolescenti chiedono più volentieri aiuto quando sono confrontati con un problema di salute sia di natura fisica sia di natura psicologica. Come si nota, anche tra i 16 e 20 anni la famiglia rappresenta di gran lunga la risorsa più importante, sia per le ragazze che per i ragazzi, soprattutto per

quello che riguarda i problemi di salute in generale, soprattutto somatici. Per difficoltà di origine psicologica, i ragazzi e soprattutto le ragazze si rivolgono volentieri ai loro coetanei e al(la) proprio(a) ragazzo(a). Infine, una proporzione sostanziale di giovani, soprattutto ragazzi, non indica nessuna persona del proprio entourage alla quale confidare i tormenti personali: una ragazza su cinque e un ragazzo su quattro non parlano con nessuno dei propri problemi psicologici. Ciò evidenzia lo stato di solitudine in cui si trovano alcuni ragazzi. Questo tema è affrontato più in dettaglio nel capitolo 3.2.



**Grafico 3.3-5** Proporzioni di giovani che dicono di essersi rivolti a differenti partner per essere aiutati a risolvere i loro problemi di salute, secondo il sesso (SMASH 2002, D38)

Riassumendo, lo sguardo che i giovani hanno nei confronti della propria salute è segnato da un paradosso: mentre la maggioranza dei giovani si ritiene globalmente in buona salute, un'analisi più approfondita delle diverse tematiche mostra bisogni importanti, soprattutto nel campo della salute mentale e relazionale. I risultati indicano inoltre una grande differenza tra ragazze e ragazzi. Un ulteriore paradosso è che se la proporzione di intervistati che identificano problemi psicologici è maggiore tra le ragazze (Grafico 3.3-3), la proporzione di giovani che non parlano con nessuno è maggiore tra i ragazzi (Grafico 3.3-5). Le ragazze sembrano essere maggiormente coscienti dei propri bisogni di salute e pongono con più facilità domande che le preoccupano. Gli studi effettuati precedentemente (Arènes, Janvrin, & Baudier, 1998; Berg Kelly et al., 1991; Choquet & Ledoux, 1994; Currie, Hurrelann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Narring et al., 1994; Wydler, Walter, Hattich, Hornung, & Gutzwiller, 1996) dimostrano con regolarità le stesse differenze e gli stessi paradossi, visto che una proporzione importante di giovani si giudica in buona salute (tra 90 e 95% generalmente) ma una minoranza (dal 20 al 30%) riscontra difficoltà non trascurabili nei più svariati ambiti. Inoltre molti studi sottolineano che alcuni giovani tendono ad accumulare difficoltà di ordine diverso (Jessor, 1991; Jessor & Jessor, 1977).

### 3.3 Salute generale e salute mentale

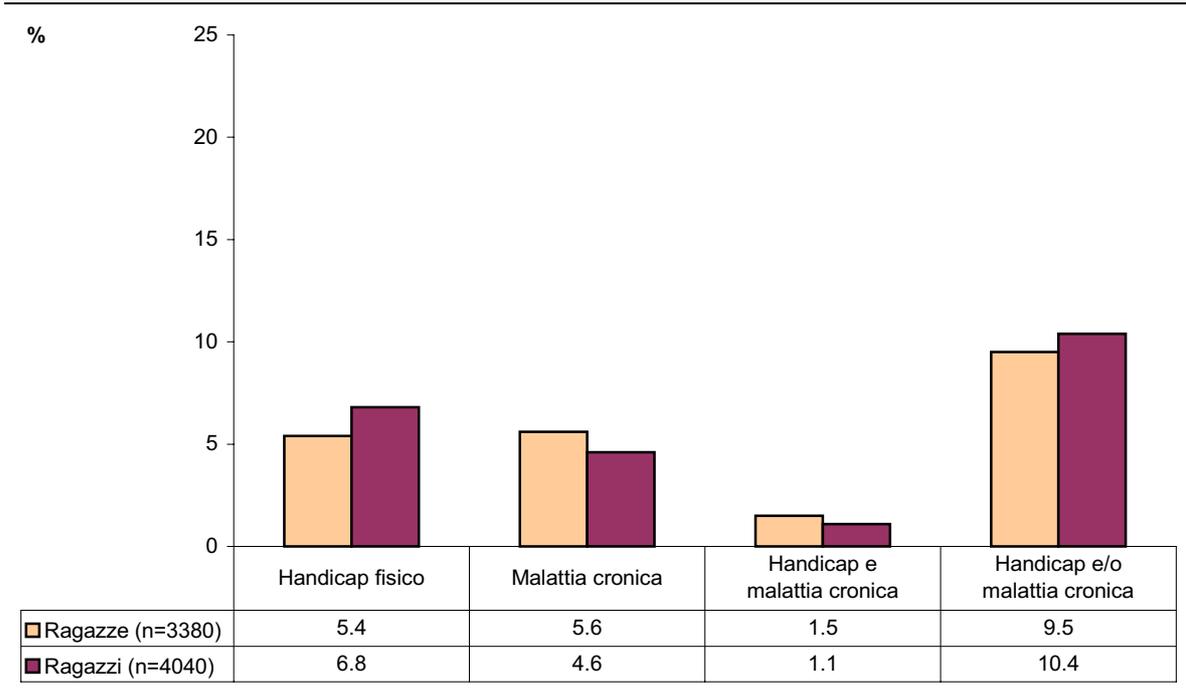
Le implicazioni di questi risultati sono molteplici :

- Prima di tutto, anche se la proporzione degli interrogati che segnala problemi è importante, non bisogna sopravvalutare le difficoltà alle quali devono far fronte i giovani nell'ambito della salute : la maggioranza di essi supera questa tappa della vita senza incontrare grandi ostacoli ; si deve evitare di fare dell'adolescenza una malattia.
- Una proporzione significativa di giovani trova nel proprio entourage (adulti, giovani della stessa età) persone su cui potere contare in caso di problemi. Si evidenzia l'importanza del valore delle relazioni nel mantenimento della salute, come sottolineano d'altronde i risultati di lavori consacrati alla resilienza (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Michaud, 1999; Resnick, 2000; Resnick, Bearman, & Blum, 1997).
- La diversa percezione della salute e dei problemi di salute tra ragazze e ragazzi sottolinea l'importanza di un approccio differenziato secondo i sessi, come proposto sempre più dai responsabili della salute pubblica in una prospettiva di « gender issues » (Kolip, 1997; Meier, 2003). Tanto il trattamento individuale di certe problematiche quanto la concezione dei programmi di prevenzione potrebbero utilmente tenere conto delle specificità delle ragazze e dei ragazzi.

#### 3.3.2 Affezioni croniche e handicap

E' difficile conoscere la prevalenza delle malattie croniche poiché varia a seconda della definizione utilizzata. Bisogna dunque tenere conto anche del fatto che le risposte possono essere distorte da un errore di dichiarazione o di percezione da parte degli intervistati. Nel questionario, si è definito il termine di handicap fisico (domanda 39) come « una lesione che tocca l'integrità del tuo corpo e, in un modo o nell'altro, ne limita il funzionamento» e malattia cronica (domanda 40) come « una malattia di lunga durata (almeno 6 mesi) che può richiedere cure regolari». Diversi studi condotti tramite questionari auto-amministrati in differenti popolazioni di adolescenti scolarizzati hanno utilizzato a grandi linee lo stesso tipo di definizione. In questi studi, quasi il 10% degli adolescenti dichiarano di soffrire di una malattia cronica o di un handicap (Choquet & Ledoux, 1994; The McCreary Centre Society, 1994; Miauton, Narring, & Michaud, 2003). Bisogna comunque considerare che queste inchieste non includono gli adolescenti la cui gravità della malattia non permette loro di proseguire gli studi e neppure quelli che frequentano istituti speciali. Di fatto è molto probabile che la prevalenza delle malattie croniche sia sottovalutata nelle inchieste condotte sulla popolazione scolastica (Suris, 2003).

Il Grafico 3.3-6 mostra che in generale il 9.5% delle ragazze e il 10.4% dei ragazzi affermano di soffrire di una malattia cronica e/o di un handicap, con tassi simili a quelli descritti in Francia (Choquet & Ledoux, 1994) e in Canada (The McCreary Centre Society, 1994) e nello studio del 1993 (Miauton et al., 2003). Sembra che il tasso di affezioni croniche tra gli adolescenti svizzeri resti stabile. Vi sono significativamente più ragazzi (6.8%) che ragazze (5.4%) che dichiarano di avere un handicap fisico, mentre più ragazze (5.6%) che ragazzi (4.6%) affermano di soffrire di una malattia cronica, nonostante questa differenza non sia significativa. La proporzione di ragazze e di ragazzi che dichiarano di soffrire sia di un handicap sia di una malattia cronica è rispettivamente dell'1.5% e dell'1.1%.

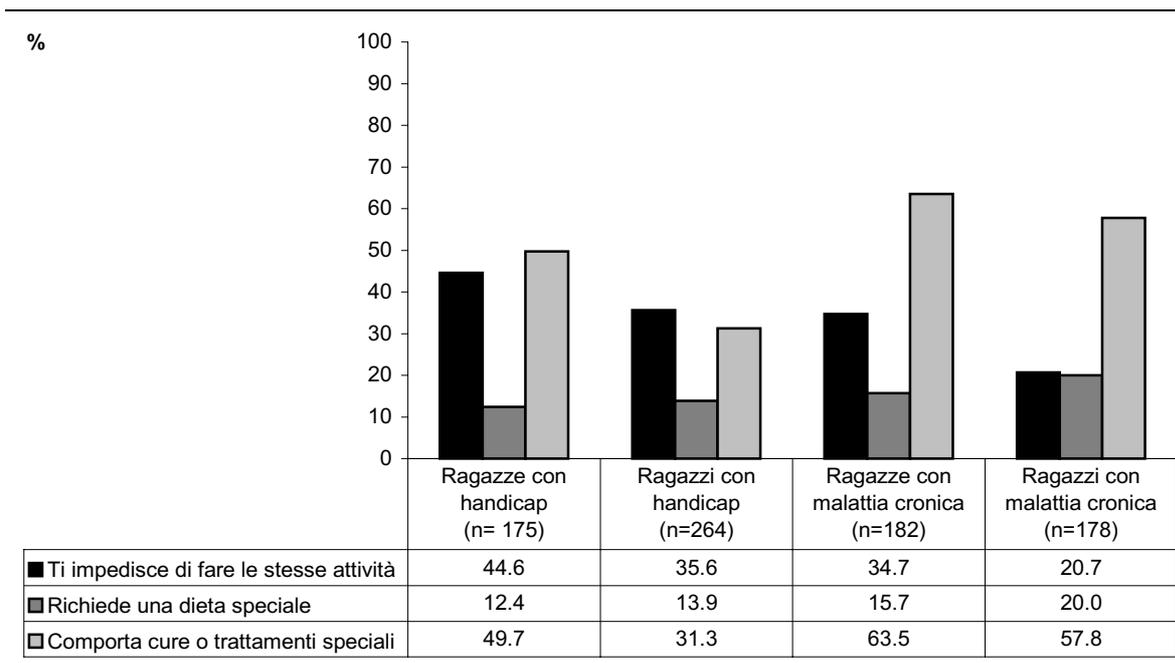


**Grafico 3.3-6** Proporzioni di giovani che dichiarano di avere un handicap fisico e/o una malattia cronica, secondo il sesso (SMASH 2002, D39, D40)

In quasi il 40% dei casi sia per le ragazze sia per i ragazzi l'handicap è dovuto a un problema esistente fin dalla nascita, in un terzo dei casi a un incidente e per un quarto delle ragazze e un quinto dei ragazzi a una malattia.

Una proporzione non trascurabile di giovani (tra il 10% e 20% secondo i casi) soffre di un handicap fisico o di una malattia cronica e ha bisogno di una dieta speciale, di apparecchiature o dell'aiuto di altre persone per compiere le proprie attività quotidiane. Quasi i due terzi dei ragazzi affetti da una malattia cronica, e più di un terzo dei ragazzi e la metà delle ragazze aventi un handicap, necessitano di cure speciali. Ancor più importante a quest'età è che, tra il 20% e il 45% di questi adolescenti indicano di non poter partecipare allo stesso tipo e/o alla stessa quantità di attività degli altri giovani (Grafico 3.3-7).

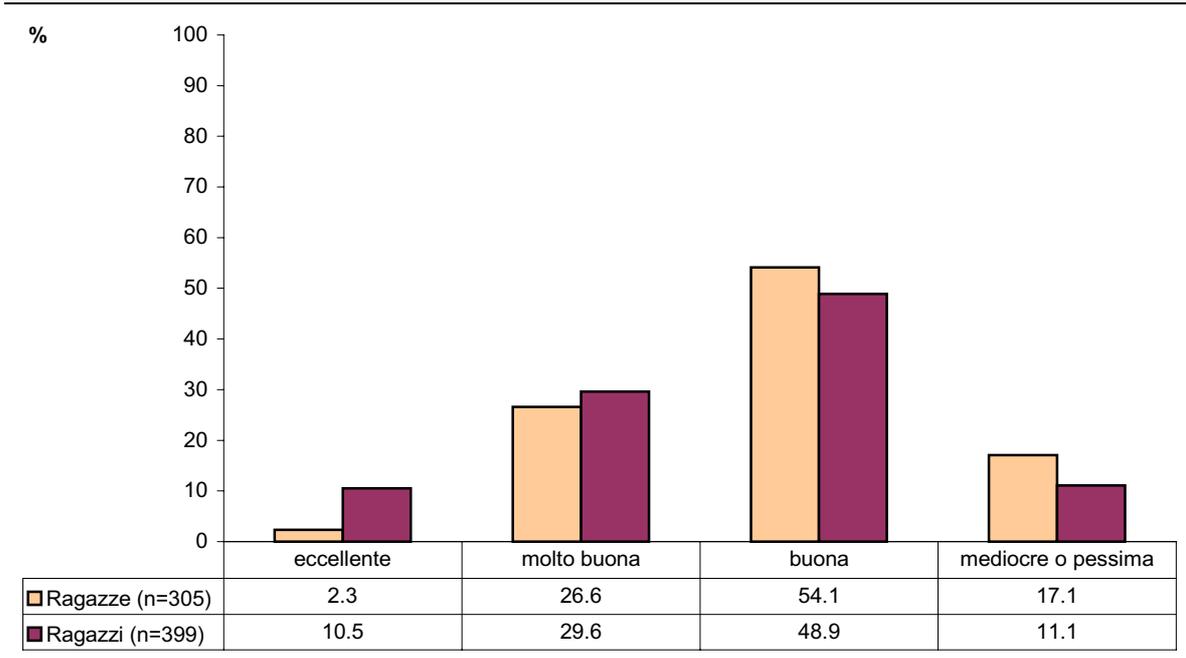
### 3.3 Salute generale e salute mentale



**Grafico 3.3-7** Proporzioni di giovani che indicano limitazioni imposte dal loro handicap fisico o dalla loro malattia cronica, secondo il sesso (SMASH 2002, D39, D40)

Dall'inchiesta risulta che nel corso dell'anno precedente lo studio quasi la metà delle ragazze e un terzo dei ragazzi sofferenti di una malattia cronica o di handicap non sono andati a scuola una volta al mese o più sovente a causa della loro affezione. Queste proporzioni sono significativamente più elevate che tra gli adolescenti sani (ragazze: 26.9%; ragazzi : 23.6%). Alcuni autori (The McCreary Center Society, 1994 ; Charlton & Meller, 1991) hanno indicato che gli adolescenti che soffrono di una malattia cronica o di un handicap perdono più giorni di scuola che i loro compagni sani, date le complicazioni somatiche e i trattamenti legati all'affezione di base. Si potrebbe ipotizzare che questo eccesso di assenteismo è dovuto anche a problemi psicologici e sociali legati alla malattia o all'handicap (Miauton & all, 2003).

Il Grafico 3.3-8 mostra che, se la maggior parte dei giovani che soffrono di un'affezione cronica si dichiara in buona o eccellente salute, la proporzione di quelli che si dichiarano mediocre o pessima salute (17% delle ragazze e 11% dei ragazzi) è molto più elevata che tra gli adolescenti sani (6% di loro solamente dichiara una salute mediocre o pessima, vedi capitolo 3.3.1). Quasi nove adolescenti su dieci che soffrono di un'affezione cronica sono stati in consultazione presso un medico generalista nel corso dei 12 mesi precedenti l'inchiesta rispetto ai tre quarti solamente dei loro pari sani. Come ci si poteva attendere questi giovani (ragazze : 71.5%; ragazzi : 55.2%) hanno consultato da un medico in numero maggiore rispetto agli adolescenti sani (ragazze 33.6%; ragazzi 30.4%). Inoltre quasi un quarto di questi giovani sono stati ricoverati nel corso dei 12 mesi precedenti lo studio (contro il 10% degli adolescenti sani) e tra questi, il 40% più di una volta (rispetto al 17.1% delle ragazze e 21.7% dei ragazzi sani).



**Grafico 3.3-8** Proporzioni di giovani che soffrono di una malattia cronica e/o di un handicap fisico che si dichiarano in buona o pessima salute, secondo il sesso (SMASH 2002, D1)

Riassumendo, un adolescente su dieci circa dichiara di soffrire di una malattia cronica e/o di un handicap fisico. Questa proporzione è tanto più importante quanto riflette unicamente quella degli adolescenti che possono frequentare una scuola e costituisce dunque una sottostima della situazione nell'insieme della popolazione. Inoltre si potrebbe immaginare che in futuro questa proporzione aumenterà ancora visto che sempre più giovani sopravvivono a affezioni un tempo fatali. Questa situazione evolutiva esige due tipi di risposte, una da parte dei professionisti della salute, l'altra da parte della scuola.

- Questi giovani dichiarano sovente di essere in cattiva salute, sono più frequentemente ricoverati in ospedale e sono assenti da scuola e dal lavoro più giorni rispetto ai soggetti sani della stessa età. E' importante che le strutture educative trovino i mezzi di ridurre l'impatto delle cure sull'apprendimento scolastico. Inoltre l'integrazione di questi adolescenti nell'ambiente scolastico merita di essere perseguita migliorando l'informazione del corpo docenti e degli studenti in merito alle affezioni croniche (McCarthy A & al, 1996).
- Diversi studi indicano inoltre che il fatto di soffrire di un'affezione cronica non costituisce un fattore di protezione contro i comportamenti di prova o le prese di rischio (The McCreary Centre Society, 1994 ; Suris et al., 1996; Alderman et al., 1995 ; Choquet et al., 1997 ; Forero et al., 1996 ; Miauton & al, 2003). E' dunque importante non dimenticare che, qualunque sia l'affezione cronica, gli adolescenti in questione sono adolescenti come gli altri e hanno bisogno di essere informati sulla prevenzione come i loro pari. Questo implica una migliore formazione degli specialisti in materia di presa a carico globale e una collaborazione rafforzata tra le équipes di cura della specialità e i medici di primo soccorso, se necessario anche i pedopsichiatri.

## 3.3.3 Sindrome mestruale

I medici e soprattutto le infermiere scolastiche evidenziano il numero di consulti motivati dalle difficoltà che insorgono durante il periodo delle mestruazioni tra le adolescenti. Questi dolori sarebbero all'origine di un numero importante di ore e di giorni d'assenteismo scolastico per le ragazze, come testimoniato da uno studio britannico secondo cui la dismenorrea è la causa nel 42% dei casi delle assenze da scuola, dal lavoro o da altre attività (Harlow, 1996). La frequenza di questi disturbi occasionali delle adolescenti ci ha suggerito di introdurre alcune domande nello studio 2003 che non figuravano nella ricerca precedente.

La dismenorrea consiste in un dolore addominale del tipo crampo al basso ventre o lombare che sopraggiunge durante i primi tre giorni delle mestruazioni. Può cominciare uno o due giorni prima dell'inizio delle mestruazioni e accompagnarsi alla sindrome premestruale con nausea, cefalee, aumento di peso, diarrea, aumento della temperatura, malessere, ecc. E' legata alla produzione di ormoni (le prostaglandine) durante le mestruazioni. Questi ormoni provocano contrazioni dell'utero e si riscontrano con un tasso più elevato tra le giovani che soffrono di dismenorrea, senza che vi sia un'anomalia organica. I sintomi della dismenorrea appaiono in generale nel corso dell'anno seguente le prime mestruazioni e tendono ad aumentare durante i cinque anni seguenti.

Solo il 4.9% delle ragazze [n=3385] non indica alcun sintomo di dismenorrea nel corso degli ultimi 12 mesi : il 6% delle apprendiste e il 3.1% delle studentesse. La frequenza e l'accumulo dei sintomi appaiono relativamente elevati dato che il 45% delle ragazze indica da 1 a 5 sintomi e che più della metà (54.8%) indica più di 3 sintomi (4 o più) [n=3385]. Una ragazza su 6 (17%) dichiara da 7 a 12 sintomi. I sintomi i più frequenti associati ai dolori sono la fatica, il cattivo umore o la depressione. La Tabella 3.3-1 mostra le frequenze dei sintomi dichiarati dalle ragazze. Si notano poche differenze tra le apprendiste e le studentesse e nessuna differenza significativa secondo l'età, in particolare tra le giovani che segnalano più di 6 sintomi.

	Mai		A volte		Quasi sempre	
	apprendiste (%)	studentesse (%)	apprendiste (%)	studentesse (%)	apprendiste (%)	studentesse (%)
Ti senti bene e fai delle attività normali	12.6	8.0	39.7	36.9	45.6	53.8
Hai mal di pancia o mal di schiena	14.2	11.6	47.8	51.9	36.8	35.6
Ti fanno male i seni	58.3	64.4	29.1	24.9	11.0	9.8
Vomiti o hai problemi intestinali	89.1	89.9	6.5	6.9	2.5	2.2
Ti senti debole e stanca	36.0	37.0	48.6	50.0	13.8	12.2
Svieni	89.7	92.8	6.6	5.0	1.5	1.1
Sei di cattivo umore o hai sbalzi d'umore	29.2	28.5	48.6	52.6	20.7	17.9
Ti senti depressa	57.7	55.8	31.8	35.6	9.1	7.6

\* apprendiste : n = 2133 ; studentesse : n = 1252

Tabella 3.3-1 Percentuali di ragazze che segnalano differenti sintomi di dismenorrea secondo la frequenza negli ultimi 12 mesi, per tipo di formazione (D64)

Questi problemi non sono senza conseguenze sulla vita quotidiana delle giovani. La Tabella 3.3-2 mostra che circa una ragazza su cinque si sente limitata in un momento o nell'altro nelle attività scolastiche e professionali o nelle attività sociali. L'impatto più importante si ha sulla pratica sportiva : più di una ragazza su tre è portata a volte o quasi sempre a rinunciare alle attività sportive. Queste conseguenze intralciano palesemente la pratica regolare di uno sport e si può pensare che questo disturbo scoraggi la pratica sportiva tra le giovani dai 16 ai 20 anni.

Per calmare la dismenorrea o tentare di attenuarne i disturbi, una ragazza su due assume farmaci : nel corso degli ultimi 12 mesi, il 32% delle ragazze ha a volte assunto farmaci per la dismenorrea e il 12.9% ne ha assunti sovente o sempre (nessuna differenza secondo il tipo di formazione). Nel corso di questo stesso periodo, l'11.9% delle apprendiste e l'8.2% delle studentesse hanno consultato un medico per questi problemi.

	Mai		A volte		Quasi sempre	
	apprendiste (%)	studentesse (%)	apprendiste (%)	studentesse (%)	apprendiste (%)	studentesse (%)
Devi rimanere a casa	82.6	82.6	13.6	14.3	2.3	2.0
Limiti le tue attività sportive	63.5	63.7	26.0	28.4	7.9	6.5
Ti senti limitata nelle tue attività sociali	78.8	77.4	15.3	19.3	3.0	2.2
Ti senti limitata nelle tue attività scolastiche e/o professionali	76.3	79.9	18.8	16.8	2.8	2.2

\* apprendiste : n = 2133 ; studentesse : n = 1252

**Tabella 3.3-2** Percentuali di ragazze che segnalano differenti conseguenze della dismenorrea sulle attività quotidiane secondo la loro frequenza nel corso degli ultimi 12 mesi, per tipo di formazione (D64)

La dismenorrea è poco studiata nelle inchieste sulla popolazione delle adolescenti in Europa ; si trova comunque qualche studio che riporta prevalenze simili ai nostri risultati, dal 45% al 75% tra le giovani di meno di 20 anni (Neinstein 2002 ; Klein, 1981 ; Robinson, 1989 ).

Cosa fare davanti a questa constatazione? L'informazione ai giovani e alle persone che li circondano sembra essere primordiale per permettere l'accettazione di problemi a volte difficili da svelare. Si potrebbe pensare che per le ragazze la dismenorrea è un'occasione per imparare a gestire il dolore. La panoplia delle soluzioni esistenti è distante dall'essere ideale : una buona gestione del sonno e del ritmo di vita, dei metodi di rilassamento e un'attività sportiva regolare potrebbero diminuire gli inconvenienti della dismenorrea. Il trattamento con farmaci non è l'unica soluzione ma può essere utile se dosato in modo adeguato. La formazione dei medici in merito è indispensabile visto che un numero elevato di ragazze li consulta. La sensibilizzazione degli insegnanti potrebbe permettere di migliorare l'accoglienza delle ragazze a scuola e al lavoro e l'accettazione dei loro problemi affinché possano gestire le difficoltà.

### 3.3 Salute generale e salute mentale

#### 3.3.4 Immagine corporea e comportamento alimentare

##### 3.3.4.1 Immagine corporea

L'immagine corporea è un aspetto particolarmente importante della percezione di sé (Harter, 1990), soprattutto nell'adolescenza. Nuove esperienze legate allo sviluppo corporeo, ai sentimenti d'amore e alle idee che i giovani si costruiscono sull'attrazione fisica, pongono il corpo al centro dell'attenzione. Inoltre i giovani costituiscono il bersaglio favorito dall'industria della moda e diverse fonti li informano sull'aspetto che dovrebbero avere (Flammer & Alsaker, 2002).

Nei paesi industrializzati occidentali, l'ideale di snellezza impone chiaramente il suo dictat sulle donne. Chiaramente, la maggior parte delle interessate non lo può raggiungere nutrendosi normalmente, ciò si ripercuote sull'insoddisfazione crescente delle giovani in rapporto al proprio corpo (Alsaker, 1995; Devaud, Michaud, & Narring, 1994; Fombonne, 1995).

Nello studio abbiamo chiesto ai giovani se erano soddisfatti del proprio aspetto e se avessero voluto cambiarlo. Sulla base di queste due domande è stato costruito un indice di soddisfazione (Alsaker, 1992). Le risposte delle ragazze sono nettamente meno positive di quelle dei ragazzi. In termini relativi, 40% delle ragazze e 17.5% dei ragazzi si dichiarano insoddisfatti del proprio aspetto e del proprio corpo, indipendentemente dall'età e dalla formazione.

##### 3.3.4.2 Il peso e la preoccupazione della linea

Questa inchiesta ha mostrato che soprattutto le ragazze sono insoddisfatte del proprio peso, come provato dagli studi degli anni settanta (per esempio, Nylander, 1971). Abbiamo inoltre potuto dedurre dalle ricerche più recenti che circa un terzo delle giovani di molti paesi si preoccupano del proprio peso, contro circa il 10% dei ragazzi (Huon, 1994; Wichstrøm, 1995). Quasi il 15% delle ragazze dai 13 ai 18 anni e dal 2% al 5% dei ragazzi hanno inoltre paura di aumentare di peso (Steinhausen, Winkler & Meier, 1997). Ma oggi vi sono anche risultati che indicano che bambini e giovani soffrono di eccesso ponderale o di obesità (Ebbeling, Pawlak, & Ludwig, 2002; Woringer, & Schütz, 2003).

Per ragioni pratiche, i partecipanti a questo studio non hanno potuto essere misurati e pesati. Abbiamo dunque chiesto loro di indicare altezza e peso, sapendo che le cifre così ottenute danno soltanto un'approssimazione dei valori oggettivi. Seppur influenzati dalle attese o dai desideri, i valori indicati dai giovani sono generalmente vicini alle misure oggettive (correlazione di .97 nello studio di Brooks-Gunn e al., 1989). Questi dati sono stati convertiti in indice di massa corporea (IMC: peso/altezza[m]<sup>2</sup>).

Secondo i dati forniti dai giovani, l'obesità (IMC  $\geq$  30) non è ancora un grande problema nel nostro campione (1.3%). La proporzione di giovani che presentano chiaramente un eccesso ponderale (senza comunque essere obesi: IMC = 25-29) oscilla tra il 4% e l'11% a seconda dei sessi e della formazione. Dai dati è apparso nettamente come gli apprendisti dei due sessi abbiano fornito indicazioni di altezza e di peso corrispondenti ad un IMC superiore a 25 più spesso rispetto agli studenti della stessa età. Una possibile ragione di questo squilibrio potrebbe essere che gli apprendisti mangiano più sovente fuori casa (mense, ristoranti, a volte in piedi o pasti già pronti e panini) visto che il luogo di lavoro è in genere più distante da casa o il tempo per la pausa è minore. Anche se i dati a disposizione si basano unicamente sulle affermazioni degli intervistati, bisognerà interessarsi a questa differenza.

Il peso insufficiente dichiarato da certe ragazze pone pure problemi. Circa il 20% delle ragazze ha fornito valori di altezza e di peso corrispondenti a un IMC inferiore a 18.5. Dobbiamo comunque trattare le cifre con estrema prudenza, siccome le ragazze hanno tendenza a indicare un peso inferiore (Paxton e al., 1991).

Un'altra domanda importante che abbiamo posto ai giovani riguardava la soddisfazione riguardo al proprio peso. Volevamo conoscere se i ragazzi si sentono troppo magri, bene o troppo grassi.

Mentre quasi il 60% dei ragazzi considera il proprio peso come giusto, ciò non è il caso per circa il 40% delle ragazze (Grafico 3.3-9). Come ci si attendeva, le ragazze (un po' più della metà) si

considerano generalmente troppo grasse. Questo tasso corrisponde ai risultati della letteratura internazionale. In numerosi studi si è in effetti scoperto che tra il 50% e 80% delle ragazze si sentono troppo grasse. Questa proporzione è aumentata in confronto allo studio SMASH di dieci anni fa. All'epoca, in effetti, nel 37% dei casi le ragazze si sentivano troppo grasse (Devaud et al., 1994).

Nello studio attuale, la proporzione dei ragazzi che si sentono troppo grassi è del 20% e corrisponde alla ricerca internazionale (tra 13% e il 26%; Flammer & Alsaker, 2002). Anche per i ragazzi, la proporzione è leggermente più elevata che dieci anni fa, visto che allora in Svizzera il 12% dei ragazzi si dichiaravano troppo grassi.

Sempre conformemente alle attese, poche ragazze si trovano troppo magre (5%, esattamente come il 1993). Questa impressione riguarda per contro il 21% dei ragazzi, un tasso nettamente maggiore che dieci anni fa, epoca in cui soltanto l'8% dei ragazzi era di quest'opinione (Devaud et al., 1994).

Si potrebbe provvisoriamente concludere che i ragazzi che credono che il proprio peso sia giusto sono meno numerosi rispetto a dieci anni fa. Una larga frangia di ragazze si sente troppo grassa, mentre tra i ragazzi si constata un'insoddisfazione crescente in due direzioni (troppo magri o troppo grassi). Potrebbe darsi che i giovani uomini al giorno d'oggi siano per esempio più influenzati dalle immagini ideali dell'uomo veicolate dai media. In questo senso, il nostro risultato si inserisce in una serie di dati recenti che dimostrano che nella pubertà i ragazzi fanno più fatica ad accettare i propri peli rispetto al passato (Flammer & Alsaker, 2002). Queste tendenze corrispondono al modello attuale del petto mascolino tutto muscoli ma glabro degli spot pubblicitari.

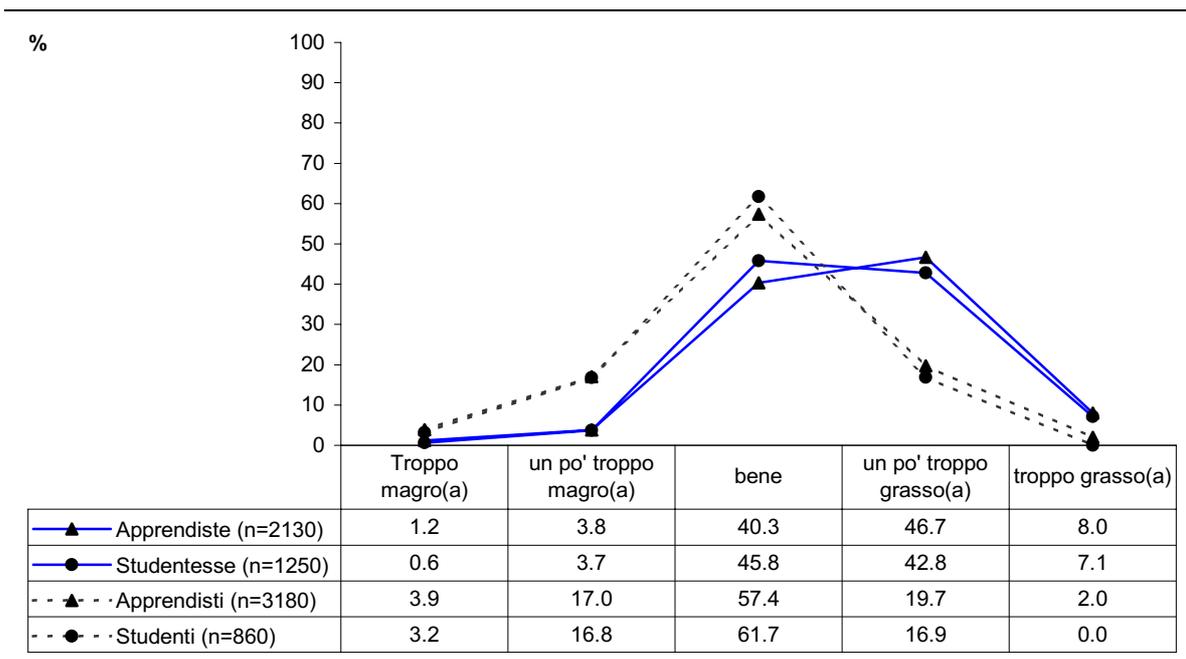


Grafico 3.3-9 Percentuali di giovani che si sentono troppo magri, bene o troppo grassi, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D56)

Abbiamo chiesto a questi giovani se desiderano cambiare il proprio peso. Mentre la metà dei ragazzi ha risposto negativamente, il 70% delle ragazze ha espresso il desiderio di dimagrire (contro 55% nel 1993; Devaud et al., 1994) e il 20% ha ammesso che questa idea le preoccupa continuamente. Come ci si poteva attendere sulla base degli studi precedenti, circa il 25% dei ragazzi vorrebbe poter aumentare leggermente di peso, senza tuttavia farne la preoccupazione principale. La stessa cosa vale per il desiderio di perdere peso (Tabella 3.3-3).

### 3.3 Salute generale e salute mentale

Vorresti modificare il tuo peso?	Ragazze (%)		Ragazzi (%)	
	apprendiste n = 2130	studentesse n = 1250	apprendisti n = 3180	studenti n = 860
Vorrei dimagrire ma non è la mia preoccupazione principale	48.1	53.4	24.2	20.7
Vorrei dimagrire e ci penso sempre	23.8	14.0	4.8	2.6
Vorrei aumentare di peso ma non è la mia preoccupazione principale	5.0	3.8	20.5	22.0
Vorrei aumentare di peso e ci penso sempre	.9	.8	2.1	1.6
No	22.2	28.0	48.3	53.2

**Tabella 3.3-3** Percentuali di giovani che vorrebbero o non vorrebbero modificare il proprio peso, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D57)

Cosa fanno i giovani che vogliono modificare il proprio peso? Nel questionario i ragazzi hanno potuto citare diversi metodi. Circa un quarto ha dichiarato di non far nulla. La maggioranza delle ragazze e dei ragazzi che desidera perdere peso ha dichiarato di praticare dello sport (63.6% e 70%). Già nel 1993, lo sport era il metodo preferito dalle ragazze che volevano tenersi in forma. Tuttavia la percentuale dei ragazzi che praticano dello sport allo scopo di perdere peso è esplosa (nel 1993 erano il 38%, Narring e al., 1994). Ci si può rallegrare del fatto che lo sport è il metodo preferito dai due sessi. E' interessante inoltre constatare che quasi il 20% delle ragazze e il 45% dei ragazzi che desiderano perdere peso praticano sport anche per questo scopo. Ma tra le ragazze che dicono di voler dimagrire vi è una forte proporzione (30.6%) che ha indicato pure di seguire una dieta, mentre soltanto il 20% dei ragazzi è in questa situazione. Rari sono i giovani che seguono una dieta speciale a questo scopo (4% e 1.4%). Solo alcuni hanno menzionato l'uso di medicinali (2% delle ragazze) o di rimedi naturali. Nell'insieme, le ragazze apprendiste sono state nettamente più numerose (36.4%) rispetto alle studentesse (27.3%) nell'indicare di avere già seguito almeno una volta nella loro vita una dieta (comprese quelle seguite al momento dell'inchiesta). Ciò è il caso solo per il 9% dei ragazzi.

Il numero di ragazze che afferma di aver già seguito una dieta è leggermente più basso rispetto gli studi internazionali, sia europei sia americani. Questi indicano che circa il 40% delle giovani (da 14 a 17 anni) seguivano una dieta al momento dell'inchiesta. Se si domanda a queste ragazze se hanno seguito una dieta nel corso dell'anno precedente, le cifre aumentano al 60% (vedi ad esempio Paxton e al., 1991). Questi alti tassi di prevalenza hanno anche suggerito a qualche autore di qualificare come normativo il fatto di seguire una dieta per le ragazze di cultura occidentale (Polivy & Herman, 1987; Strigel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986). In uno studio realizzato dieci anni fa sullo stress degli studenti in Norvegia e in Svizzera, il 40% delle ragazze della seconda e quarta media hanno anche indicato di essere in procinto di perdere peso (Alsaker, 1997; Lau & Alsaker, 2001). Potrebbe darsi tuttavia che l'abbiano fatto con altri mezzi al di là della dieta. Le cifre relative al controllo del peso e alla perdita di peso sono generalmente molto difficili da paragonare, visto che i metodi e i comportamenti in materia sono raccolti in modo molto eterogeneo. Diversi studi hanno già rivelato che se le diete non comportano problemi particolari per la maggioranza delle ragazze, i comportamenti indotti dalle diete continue possono essere un forte predittivo di problemi alimentari nel caso in cui si combinano con altri fattori (Huon, 1994; Patton, 1988; Sundgot-Borgen, 1994). Lo studio prospettivo di Patton e dei suoi collaboratori (1990) ha dimostrato ad esempio che le ragazze che hanno seguito una dieta (ma non avevano nessun disturbo alimentare) hanno sviluppato otto volte più frequentemente un tale disturbo nel corso dell'anno successivo.

### 3.3.4.3 Preoccupazioni legate al peso e all'alimentazione

Non è realistico pretendere di diagnosticare i disturbi alimentari con l'ausilio di un breve questionario (Devaud, Michaud, & Narring, 1995). Attraverso alcune domande che si basano su idee e esperienze che riguardano il cibo, si può tuttavia determinare abbastanza precisamente in quale misura una persona si può per così dire definire a rischio. In questo senso, alcuni autori sottolineano il ruolo centrale delle idee in questione (Garner & Bemis, 1982) e affermano che una visione inappropriata delle dimensioni del corpo, della linea, del peso, dell'alimentazione e del controllo dell'alimentazione può condurre a problemi alimentari se è combinata con una dieta. Lau e Alsaker, (2001) hanno inoltre potuto dimostrare che l'associazione tra una cura dimagrante e una grande quantità di idee relative al peso e al cibo può costituire un indicatore dell'inizio di disturbi alimentari.

In questo studio si sono utilizzate a tale scopo quattro domande che si sono rivelate buoni indicatori per i comportamenti alimentari problematici nelle inchieste precedenti (Lau & Alsaker, 2000; 2001; Richards, Casper, & Larson, 1990).

Queste domande coprono i seguenti campi: la paura di ingrassare, la sensazione di sentirsi "brutto" quando si è mangiato troppo, il fatto di pensare spesso al cibo e di gradire la sensazione di avere la pancia vuota. Le analisi che si occupano della combinazione di queste quattro domande rivelano chiaramente che le ragazze sono molto più spesso perseguitate da questo genere di idee che i ragazzi.

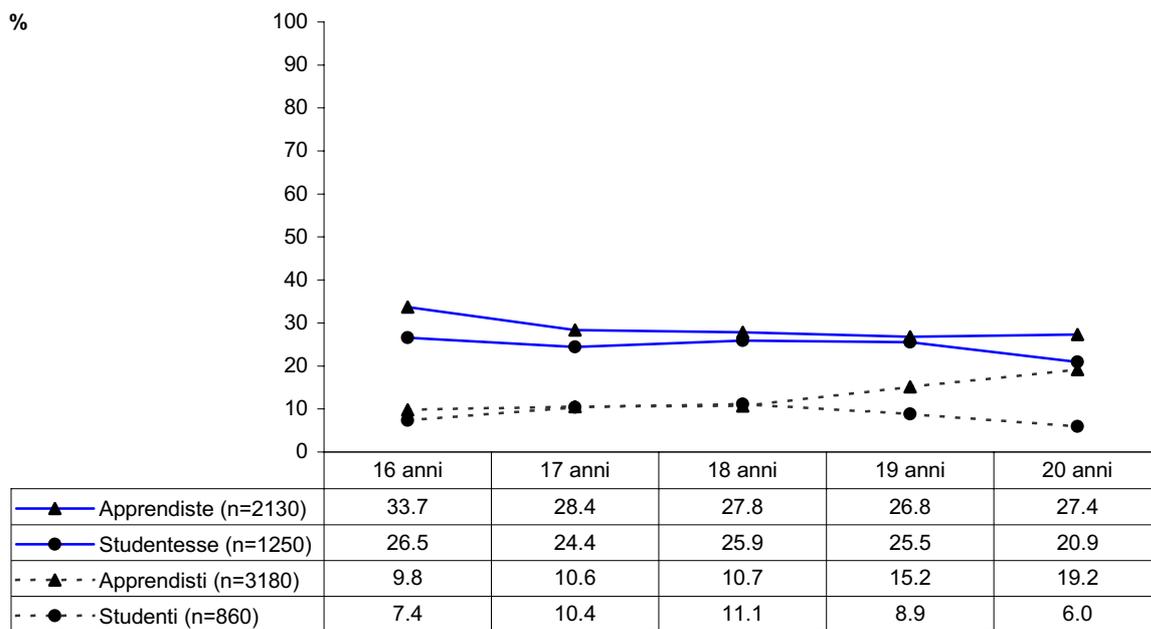
Se si considera il fatto di nutrire tutti questi pensieri nello stesso tempo più volte alla settimana come indice che i giovani sono molto preoccupati del proprio peso e del proprio comportamento alimentare, si constata che in questa situazione si trovano il 13.9% delle ragazze e il 1.6% dei ragazzi. I dati mostrano inoltre che il 2.3% delle ragazze sperimentano anche tutti i giorni ognuna di queste quattro preoccupazioni. Sulla base di una ricerca precedente (Lau & Alsaker, 2001), possiamo ipotizzare che le ragazze hanno un comportamento alimentare e un rapporto con il proprio corpo tanto perturbati da aver bisogno di aiuto per uscire da questo circolo vizioso.

Per quanto riguarda la diagnosi, si distinguono due categorie principali di problemi alimentari: l'anorexia nervosa (anoressia) e la bulimia nervosa (bulimia). Se l'anorexia nervosa si definisce soprattutto come un apporto ridotto di cibo, la bulimia nervosa è caratterizzata da una pulsione a ingurgitare una grande quantità di cibo (crisi di bulimia) e forme estreme di regolazione del peso caratterizzano (Flammer & Alsaker, 2002; Hoffmann-Müller & Amstad, 1995).

Abbiamo posto ai giovani due domande (Devaud e al., 1994) in grado di svelare il secondo disturbo. Il risultato è che il 16% delle ragazze e il 9% dei ragazzi hanno riconosciuto che mangiano molto più volte alla settimana senza veramente potersi fermare: il 2.7% delle ragazze e 0.7% dei ragazzi hanno confessato che si provocano volontariamente il vomito più volte alla settimana, anche giornalmente. Tra le ragazze, queste percentuali sono nettamente più elevate che quelle raccolte nel 1993. All'epoca, l'11% delle ragazze aveva dichiarato di avere una "fame da lupi" più volte alla settimana, anche giornalmente, e l'1% si provocava volontariamente il vomito con la stessa frequenza. I risultati attuali possono essere sia un indicatore del fatto che i problemi alimentari aumentano, sia un segno che molte ragazze mangiano meno di quello che avrebbero bisogno. Lau et Alsaker (2001) mostrano ad esempio che le crisi di bulimia avvengono più sovente tra le ragazze che stanno cercando di perdere peso. Questa scoperta conferma altri risultati secondo cui un comportamento di dieta continua può condurre a crisi di bulimia (Hill, Rogers & Blundell, 1989).

### 3.3.4.4 L'alimentazione come problema

Alla domanda in cui si chiedeva per quali problemi avessero avuto bisogno di aiuto al momento dell'inchiesta, tra un quarto e un terzo delle ragazze hanno risposto che era necessario un aiuto nel campo dell'alimentazione (vedi capitolo 3.3.1). Soltanto il 10% dei ragazzi invece, stima di aver bisogno di aiuto in questo campo (Grafico 3.3-10). Questo punto è più frequentemente menzionato dagli apprendisti (dei due sessi) che dagli studenti.



**Grafico 3.3-10** Proporzioni di giovani che segnalano problemi alimentari al momento dell'inchiesta precisando che avrebbero avuto bisogno di aiuto, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D45)

Considerando che rileviamo contemporaneamente un aumento dei problemi alimentari, una crescente insoddisfazione del proprio corpo per grande parte delle ragazze (40%) e un desiderio di voler perdere peso (70%), le cifre qui esposte sono da prendere sul serio. Molti di questi giovani sembrano aver dimenticato cos'è un'alimentazione sana e normale e hanno perso completamente il controllo in questo campo.

Il fatto che quasi un terzo delle ragazze che vorrebbero perdere peso non fanno nulla per raggiungere questo scopo, mostra pure l'insoddisfazione generale e la relativa impotenza delle ragazze nei confronti del proprio corpo. In una prospettiva di prevenzione, ci sembra importante pure sottolineare le differenze rilevate tra gli studenti e gli apprendisti al fine di poterle esaminare da più vicino. Potrebbe darsi che, dato la loro situazione professionale, gli apprendisti abbiano accesso a un'alimentazione meno equilibrata, mentre sono allo stesso tempo più esposti all'influenza delle immagini ideali della pubblicità. Essi sono inoltre confrontati più spesso con gente di ogni età. Può darsi che l'aspetto sia maggiormente valorizzato nel quadro del proprio lavoro che a scuola e dunque gli apprendisti si preoccupano maggiormente (siccome non sono meno soddisfatti degli studenti). Queste sono ipotesi che bisognerà verificare ulteriormente.

La pubblicità e gli ideali che essa trasmette giocano un ruolo importante nella visione del corpo e nella problematica del cibo. Essa presenta come indispensabili sia delizie ricche di calorie che prodotti dietetici. I giornali per donne incoraggiano l'accettazione di sé insinuando d'altra parte chiaramente che non si può essere attraenti senza seguire diverse diete. Le ragazze giovani non sono solamente direttamente confrontate a questi stimoli, ma anche esposte agli sguardi, commenti e buoni consigli degli adulti e dei compagni, anch'essi influenzati da queste norme e offerte. A che livello la prevenzione deve agire? È importante che i giovani abbiano voglia di coltivare sane abitudini per quanto riguarda il movimento e l'alimentazione. Questo potrebbe aiutare a prevenire sia l'eccesso di peso sia l'insoddisfazione cronica legata al corpo e ai gravi disturbi alimentari.

Se i giovani sono a tal punto focalizzati sull'apparenza esteriore e il proprio peso, ci troviamo in quanto fornitori di prestazioni in una situazione più propizia che in altri campi della prevenzione: molte ragazze infatti vorrebbero sapere come possono restare snelle e molti ragazzi vorrebbero sapere come aumentare la propria massa muscolare. In altri termini, gli interessati sono insoddisfatti e cercano di

informarsi. Oggigiorno, essi sono in balia degli interessi delle compagnie private dell'industria alimentare e cosmetica. Questi giovani hanno bisogno di servizi d'assistenza professionale che forniscano loro offerte vere e interessanti. Il movimento e lo sport possono presentarsi sotto forme appassionanti, l'esperienza della propria performance fisica (misurabile) può essere una fonte di soddisfazione. Bisogna anche creare delle offerte per i giovani che non possono o non vogliono praticare sport competitivi, ma che amano l'esercizio fisico e ne traggono un grande beneficio. Si tratta di trovare nuove forme e di testare la loro efficacia non soltanto in rapporto alle condizioni fisiche o alla composizione del corpo, ma anche in rapporto al benessere e all'aderenza ad un programma.

A questo proposito, è anche estremamente importante formare i giovani contro la pubblicità, ossia contro ideali irraggiungibili e prodotti malsani, ma anche contro le diete che promettono mare e monti. Bisogna formarli per comprendere precocemente i meccanismi della pubblicità e interrogarsi sugli interessi di coloro che propongono nuovi prodotti o nuove norme. Parallelamente, si tratta pure nel limite del possibile di difendere i bambini e i giovani contro gli eccessi della pubblicità e delle offerte che li riguardano.

### 3.3.5 Sonno

Il sonno e i disturbi del sonno occupano nell'adolescenza un posto considerevole e a volte sottovalutato (Alvin et al. 1997). Nonostante il bisogno teorico in ore di sonno aumenta in questo periodo della vita, il numero di ore tende a diminuire per la maggioranza degli adolescenti (Iglowstein et al. 2003). I disturbi del sonno sono sovente legati a semplici spostamenti del ritmo nictemerale e all'assenza di una compensazione sufficiente in seguito a veglie prolungate, ma possono essere anche il segno di problemi psicosociali non indifferenti, come uno stato ansioso o una depressione (Dahl 1998, Rosen 1997, Schuen & Millard 2000). Infine, un numero non trascurabile di giovani tende ad utilizzare medicinali per lottare contro i disturbi del sonno, con o senza prescrizione medica (Jaquier e al. 1998), con il rischio di dipendenza che ciò implica a medio o lungo termine. Diverse domande del questionario permettono di farsi una buona idea dei comportamenti di salute in questo campo.

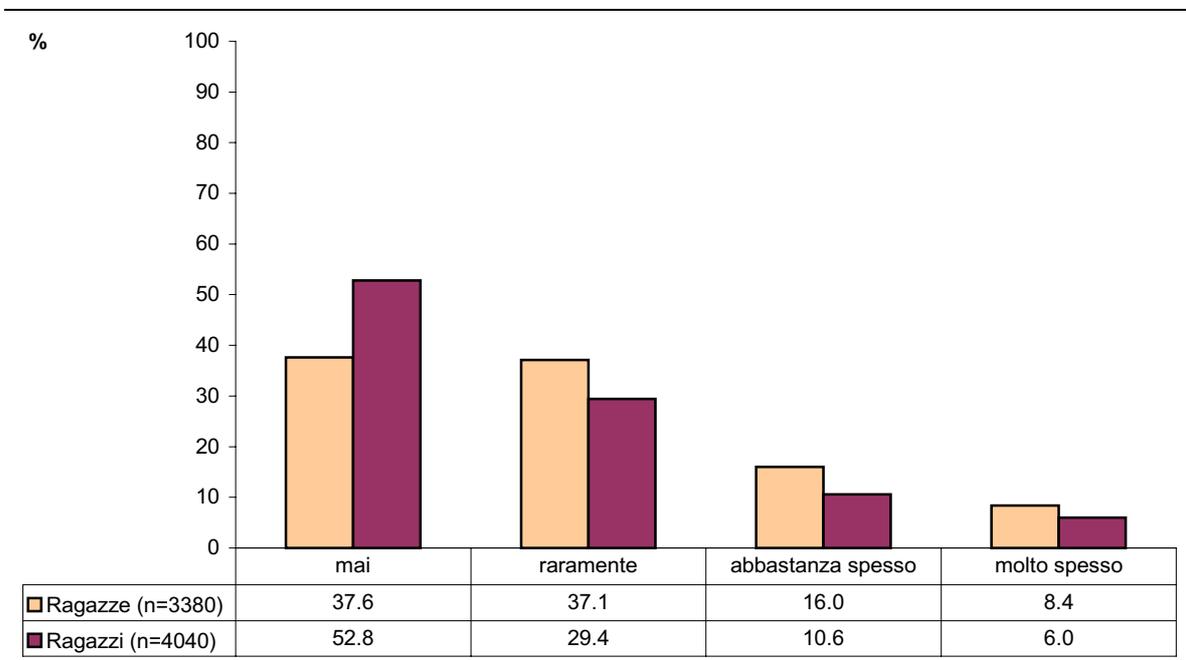
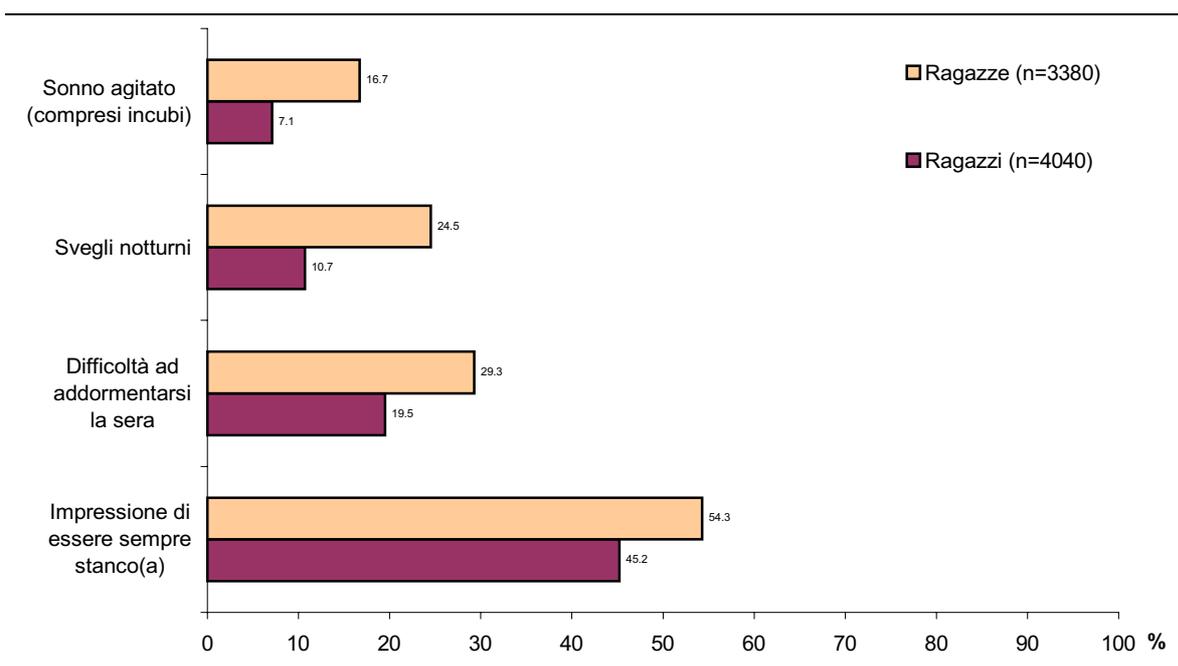


Grafico 3.3-11 Percentuali di ragazze e ragazzi che lamentano disturbi del sonno abbastanza spesso o molto spesso (SMASH 2002, D37)

### 3.3 Salute generale e salute mentale

Il Grafico 3.3-11 esprime le percentuali di ragazze e ragazzi che si lamentano di disturbi del sonno. Queste percentuali sono elevate visto che una ragazza su cinque e un ragazzo su sette dicono di avere disturbi del sonno frequentemente o molto frequentemente. Non vi sono differenze tra apprendisti e studenti.

Il modo in cui questi disturbi si manifestano varia da individuo all'altro : il Grafico 3.3-12 permette di farsi un'idea del tipo di problemi riscontrati dagli intervistati. I disturbi nell'assopimento sono più frequenti che l'insonnia durante la notte ma, soprattutto, una percentuale importante di intervistati indica un affaticamento diurno : 16% delle ragazze e 12% dei ragazzi dicono di sentirsi “molto spesso” stanchi durante la giornata. Ancora una volta, non esistono grandi differenze tra gli apprendisti e gli studenti.



**Grafico 3.3-12** Percentuali di ragazze e ragazzi che lamentano differenti disturbi del sonno o fatica diurna abbastanza spesso o molto spesso (SMASH 2002, D41)

In effetti, come mostra il Grafico 3.3-3 del capitolo dedicato ai bisogni riguardanti la salute, circa una ragazza su quattro e un ragazzo su sette dicono di aver bisogno di un appoggio o di un aiuto per superare i problemi del sonno e circa il 60% di loro dicono di non aver sufficienti ore di sonno. E' verosimile che molti intervistati che dicono di aver dei disturbi del sonno siano coscienti di non dormire a sufficienza, non solamente perché soffrono di problemi del sonno, ma anche perché non prendono il tempo di restare a letto un numero adeguato di ore. Così un terzo delle ragazze e dei ragazzi intervistati dice di essere coscienti di non dormire a sufficienza (Crouter & Larson, 1998). Resta comunque il fatto che questa problematica raramente è oggetto di una domanda formale di aiuto visto che soltanto il 3% delle ragazze e l'1.5% dei ragazzi dicono di aver consultato un medico, uno psicologo o un'infermiera scolastica per questo tipo di difficoltà. L'un per cento delle ragazze e lo 0.5% dei ragazzi dicono di prendere sonniferi più volte alla settimana e 2% delle ragazze e 1% dei ragazzi circa ne prendono più volte al mese, la metà di loro li prende su prescrizione medica, l'altra metà senza prescrizione (vedi capitolo 3.7.1). Infine i disturbi del sonno e i bisogni espressi in questo campo come anche nel consumo di sonniferi non sembrano essere aumentati dal 1993.

In conclusione, le cifre dell'inchiesta SMASH fanno risaltare chiaramente l'importanza della problematica del sonno nell'adolescenza. Se è così difficile valutare le conseguenze pratiche di questi disturbi, in termini di incidenti dovuti alla stanchezza o di abbassamento del rendimento scolastico, ci

si può tuttavia domandare se non sarebbe opportuno adattare in una certa misura gli orari scolastici con i ritmi nictemerali degli adolescenti, spostando per esempio di un'ora l'inizio delle lezioni scolastiche al mattino (Crouter & Larson, 1998). Inoltre, l'attività clinica con gli adolescenti suggerisce che essi sanno poco sul funzionamento del proprio organismo e sull'importanza del rispetto delle semplici regole come quella di evitare due notti in bianco di seguito o di rispettare una determinata ora per andare a letto durante la settimana (Crouter & Larson, 1998).

### 3.3.6 Esposizione al rumore e disturbi dell'udito

Il rumore e la musica ad alto volume possono danneggiare l'orecchio interno attraverso la distruzione meccanica delle cellule cigliate che trasformano l'energia sonora in un impulso nervoso nell'orecchio interno e attraverso un sovraccarico del metabolismo dell'orecchio interno. L'azione del rumore e della musica ad alto volume può comportare uno spostamento della soglia uditiva (trauma acustico) con un'impressione di sordità nell'orecchio o con rumori fastidiosi come fischi o ronzii. Questo spostamento può essere passeggero. In caso di rumori violenti o ripetuti oppure di particolare sensibilità dell'orecchio, la perdita dell'udito e i rumori fastidiosi possono anche essere definitivi. La perdita dell'udito dovuta al rumore si verifica inizialmente intorno alla frequenza di 4000 hertz per estendersi in seguito a suoni un po' più alti o più bassi (2000-6000 hertz) (Duan et al., 2002; May, 2000).

I giovani sono esposti a livelli sonori elevati in diverse circostanze e soffrono frequentemente di perdite dell'udito dovute al rumore. In uno studio americano che ha sottoposto ragazzi di 12-19 anni a test dell'udito, si è constatato che il 15.5% delle persone del campione presentava disturbi (Niskar et al., 2001). Un altro studio condotto tra le reclute francesi ha individuato una perdita dell'udito tipicamente dovuta al rumore nel 38% dei fans di musica rock che assistevano regolarmente a concerti, nel 18% dei lavoratori esposti al rumore e nel 17% degli utilizzatori di walkman (Job, Raynal, & Rondet, 1999). Risultavano particolarmente toccate le persone che avevano sofferto di otiti precoci e ricorrenti.

Il Grafico 3.3-13 indica la proporzione di giovani che nel presente sondaggio hanno affermato di avere subito un trauma acustico nel corso degli ultimi dodici mesi.

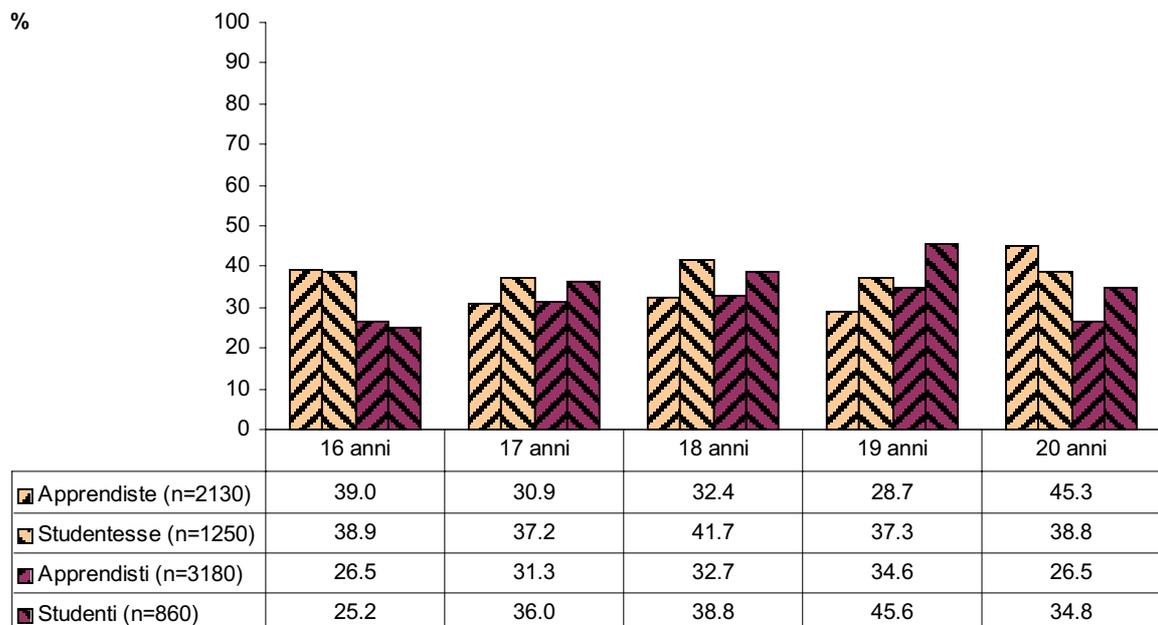


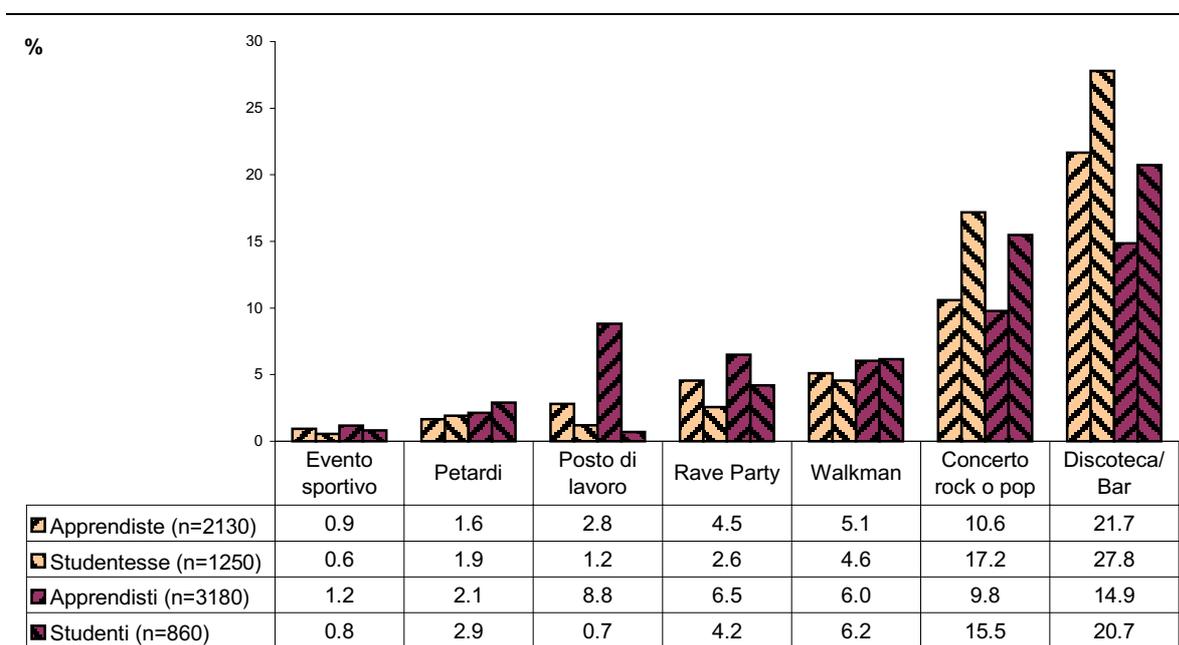
Grafico 3.3-13

Proporzioni di intervistati che affermano di avere subito un trauma acustico (impressione di sordità o rumore fastidioso in seguito ad un'esposizione al rumore) durante gli ultimi 12 mesi, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D86)

### 3.3 Salute generale e salute mentale

Non meno di un terzo dell'insieme degli intervistati ha indicato di avere subito un trauma acustico durante gli ultimi dodici mesi precedenti l'inchiesta. Per il 90% di questi, i rumori fastidiosi o l'impressione di sordità sono spariti entro 24 ore. Per il 3.8% queste sensazioni persistevano ancora al momento del sondaggio. In un questionario proposto al pubblico del festival di Nyon, il 36% delle persone interpellate ha ammesso di aver sofferto di un rumore fastidioso all'orecchio in seguito ad un concerto e l'1% ha dichiarato di soffrire di ronzii permanenti (Mercier, Hohmann, & Luy, 2001). I due studi raggiungono quindi risultati simili. Infine, un'inchiesta rivela che il 5% degli apprendisti lucernesi ha già avuto ronzii dovuti al rumore per un lasso di tempo di almeno una settimana (Mercier & Hohmann, 2000).

Alcuni giovani hanno indicato di avere subito un trauma acustico in più di una situazione durante gli ultimi 12 mesi. Il Grafico 3.3-14 mostra la proporzione di giovani tra *tutti* gli interpellati che hanno sofferto di rumori fastidiosi o che hanno avuto un'impressione di sordità in un determinato contesto.



**Grafico 3.3-14** Proporzioni di intervistati che hanno dichiarato un trauma acustico subito in situazioni specifiche (più risposte possibili), secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D86)

La notevole proporzione di intervistati che durante gli ultimi 12 mesi hanno subito un trauma acustico dovuto a un'esposizione al rumore indica che bisogna intensificare gli sforzi di prevenzione. Dal Grafico 3.3-14 emerge che discoteche e concerti sono i contesti più pericolosi e che in questi ambiti sono necessari altri sforzi di prevenzione.

In termini di prevenzione primaria, bisogna limitare in modo più coerente il volume sonoro durante i concerti e nelle discoteche. I giovani a cui piace andare a ballare con amici o che assistono a un concerto non possono scegliere il volume sonoro. Alcuni sondaggi effettuati in Svizzera e in Austria hanno rivelato che quasi il 60% dei giovani giudica il volume sonoro di queste manifestazioni troppo alto (Mercier & Hohmann, 2000; Zenner, 2002).

Le misure di *prevenzione individuale* giocano un ruolo altrettanto importante. La motivazione dei giovani a indossare sistematicamente i tamponi auricolari quando la musica è forte riveste un'importanza fondamentale. Tuttavia nei bar e nelle discoteche ci si confronta con soglie di accettazione imposte dalla funzione sociale che questi luoghi rivestono per i giovani. Con l'influenza prolungata della musica, le persone percepiscono sempre meno il volume sonoro. Questo adattamento riduce la

percezione del rischio e quindi verosimilmente anche la motivazione a proteggersi. Di conseguenza, per il momento i tamponi auricolari sono poco utilizzati (Mercier & Hohmann, 2000; Zenner, 2002). Si tratta inoltre di sensibilizzare in maniera mirata i giovani particolarmente a rischio (per esempio chi ha precedentemente sofferto di infiammazioni ricorrenti dell'orecchio medio) nell'ambito di consulenze preventive. Infine, sono necessari maggiori sforzi per un'utilizzazione costante dei tamponi auricolari da parte delle aziende che espongono i giovani a livelli sonori elevati.

### 3.3.7 Depressività

Tra l'infanzia e l'adolescenza, le fasi di stati depressivi hanno tendenza ad aumentare. Harrington (1993) parte dal principio che questo aumento va piuttosto messo in relazione con una diminuzione dei fattori protettivi che non con un incremento dei fattori di rischio. I giovani trascorrono meno tempo con i propri genitori ricevendo, probabilmente, anche meno sostegno da parte loro; questo potrebbe rendere i ragazzi più sensibili allo stress. A causa delle capacità cognitive ancora poco sviluppate e della tendenza a sopravvalutarsi, i bambini più giovani sembrano al riparo dalle percezioni negative di sé stessi. Durante l'adolescenza, si sviluppano la riflessione su sé stessi, la valutazione (adeguata) di sé ed eventuali percezioni negative. Numerosi studiosi vedono in questi aspetti uno dei motivi all'origine delle depressioni (Flammer, & Alsaker, 2002).

Molteplici fattori sembrano essere in relazione con la depressione giovanile: la personalità, gli avvenimenti della vita e l'ambiente psicosociale degli interessati (Flammer, & Alsaker, 2002; Steinhausen, & Winkler Metzke, 2000). I risultati di uno studio longitudinale pubblicato recentemente in Svizzera con il titolo ZAPPS (Zurich Adolescent Psychology and Psychopathology Study) indicano che la depressione è legata ad uno squilibrio tra i potenziali fattori di rischio e i fattori protettivi. Mentre l'amor proprio e l'accettazione manifestata dai genitori possono rivestire una funzione di ammortizzatore e attenuare il rischio dello sviluppo dei sintomi depressivi, l'influenza degli avvenimenti della vita, un rifiuto da parte dei genitori, la pressione di andare bene a scuola (in particolare per le ragazze) e la coscienza di sé (self-awareness) sono chiaramente associati ad un aumento dei sintomi depressivi (Steinhausen, & Winkler Metzke, 2000).

Secondo alcuni autori, la prevalenza delle depressioni durante l'adolescenza sarebbe aumentata in questi ultimi anni (Fleming, & Offord, 1990; Rutter, 1986). Il presente rapporto non può pronunciarsi sulla tendenza a lungo termine, ma l'importanza del problema appare anche in questo campione rappresentativo: al momento dell'inchiesta il 34.4% delle ragazze e il 18.9% dei ragazzi hanno affermato di avere bisogno di aiuto a causa di uno stato di «tristezza, scoraggiamento». Bisogna comunque precisare la differenza tra stato depressivo, depressione/scoraggiamento e depressione clinica. La depressione non è sinonimo di tristezza. Essa non si riduce al sentimento di essere infelice, sebbene lo stato d'animo delle persone depresse a volte possa essere descritto in questi termini.

E' opportuno distinguere *la depressione in quanto sintomo isolato* che fa parte del normale ventaglio delle reazioni emotive umane e *la depressione in quanto sindrome*, generalmente definita come la combinazione di uno stato depressivo e di certi altri sintomi (Harrington, 1993). Questa sindrome depressiva è diagnosticata come depressione clinica quando vengono osservati alcuni criteri relativi al numero e alla frequenza dei sintomi. I sentimenti di solitudine, nullità, tensione, angoscia, colpa, mancanza di fiducia in sé stessi, diffidenza e tristezza fanno parte dei sintomi tipici della depressione, così come la perdita d'interesse, i problemi di concentrazione, la mancanza di motivazione, le idee di suicidio, l'irritabilità, l'insonnia, i problemi di appetito e di peso.

Molti studiosi oggi considerano la depressione come un continuum di reazioni normali ad avvenimenti negativi della vita che possono spingersi fino a stati emotivi estremi. Riconoscere se uno stato depressivo debba essere o meno considerato come una depressione clinica dipende dal numero e dalla gravità dei sintomi (Angold, 1988).

Flammer e Alsaker (2002) deducono da diversi studi che i giovani sembrano soggetti a stati depressivi abbastanza frequentemente. Circa un quarto dei ragazzi e un terzo delle ragazze hanno affermato di essere passati da una fase depressiva durante gli ultimi sei mesi. I tassi di prevalenza delle depressioni

### 3.3 Salute generale e salute mentale

durante l'adolescenza sono tuttavia difficili da stabilire, poiché i valori limite e i metodi utilizzati variano considerevolmente. Essi sembrano comunque paragonabili a quelli rilevati per l'insieme della vita (circa 5%-7%) (Merikangas & Angst, 1995; Petersen, Compas et al., 1993). I genitori sembrano sottovalutare lo stato depressivo dei loro figli. Infatti, quando li si intervista al proposito, essi segnalano nettamente meno sintomi rispetto ai giovani stessi. Da qui l'importanza di indirizzarsi direttamente agli interessati. Il presente studio l'ha fatto nel seguente modo: è stato chiesto ai giovani di valutare se le affermazioni elencate nella Tabella 3.3-4 li riguardavano in quel momento e, se sì, in quale misura. Le affermazioni corrispondono ai sintomi di depressione tipici dell'adolescenza. Sappiamo che sono in stretta relazione con altri strumenti utilizzati per la misura di una sindrome di depressione (Alsaker, 1992; Holsen, Kraft, & Vittersø, 2000). In questo rapporto, scegliamo di utilizzare la nozione di depressività, per non destare l'impressione che parliamo di depressione clinica.

<i>Nella vita, capita di attraversare dei momenti difficili. Attualmente, è il caso per te? (completamente d'accordo / abbastanza d'accordo)</i>	Ragazze (%) n = 3380	Ragazzi (%) n = 4040	Totale (%) n = 7420
Mi sento spesso depresso/a, senza sapere perché	12.3 / 25.4	7.3 / 15.1	9.6 / 19.8
A momenti, penso che tutto è talmente deprimente che non ho voglia di niente	12.6 / 24.0	8.2 / 17.4	10.2 / 20.4
A momenti, penso che non ho niente di cui possa rallegrarmi	5.5 / 13.8	4.2 / 10.3	4.8 / 11.9
A momenti, sono talmente depresso/a che resterei a letto tutto il giorno	11.9 / 16.3	5.3 / 11.7	8.3 / 13.8
Sono spesso triste, senza trovare una ragione	9.1 / 20.5	4.6 / 9.7	6.7 / 14.6
Ritengo che la mia vita sia abbastanza triste	3.9 / 7.8	3.6 / 6.8	3.8 / 7.2
In questi ultimi tempi, ho pensato molto alla morte	6.4 / 10.2	5.2 / 7.5	5.8 / 8.7
A momenti, penso che la mia vita non valga la pena di essere vissuta	4.8 / 8.2	3.8 / 6.0	4.2 / 7.0

**Tabella 3.3-4** Percentuali di giovani che si sono identificati parzialmente o completamente in alcuni item della scala di depressività, secondo il sesso (SMASH 2002, D35)

Osservando le domande, sembra che le ragazze presentino molto più spesso sintomi depressivi rispetto ai ragazzi in quanto più numerose ad indicare che sono spesso depresse o tristi senza sapere veramente il perché. Questa differenza legata al sesso non è così fortemente marcata per tutti gli item, ma va sempre nella stessa direzione.

Siccome non è un sintomo specifico, ma la somma di tutti i sintomi che ci informa sulla depressività, il valore medio delle risposte a tutte le domande (tabella 3.3-4) è stato calcolato per ogni persona. Si è verificato che il 10% delle ragazze e il 5,6% dei ragazzi hanno ottenuto un punteggio medio tra 3 e 4 che corrisponde a essere "abbastanza d'accordo" o "completamente d'accordo" con la maggior parte delle domande poste. Secondo i nostri criteri, questi giovani devono quindi essere considerati come depressi. Per le ragazze, le percentuali di valori medi superiori o uguali a 3 sono leggermente più alte rispetto a quelle trovate nella letteratura che abbiamo citato precedentemente, ma la differenza è lieve.

Accanto a questa palese diversità tra i sessi, le analisi statistiche rivelano anche differenze significative tra gli apprendisti e gli studenti. Si sono inoltre osservate differenze tra le fasce d'età, ma senza indicare una tendenza chiara e senza un'interpretazione univoca. I valori medi di depressività si situano dalla

parte positiva del continuum. Il Grafico 3.3-15 indica le percentuali di giovani che presentano valori compresi tra 3 e 4.

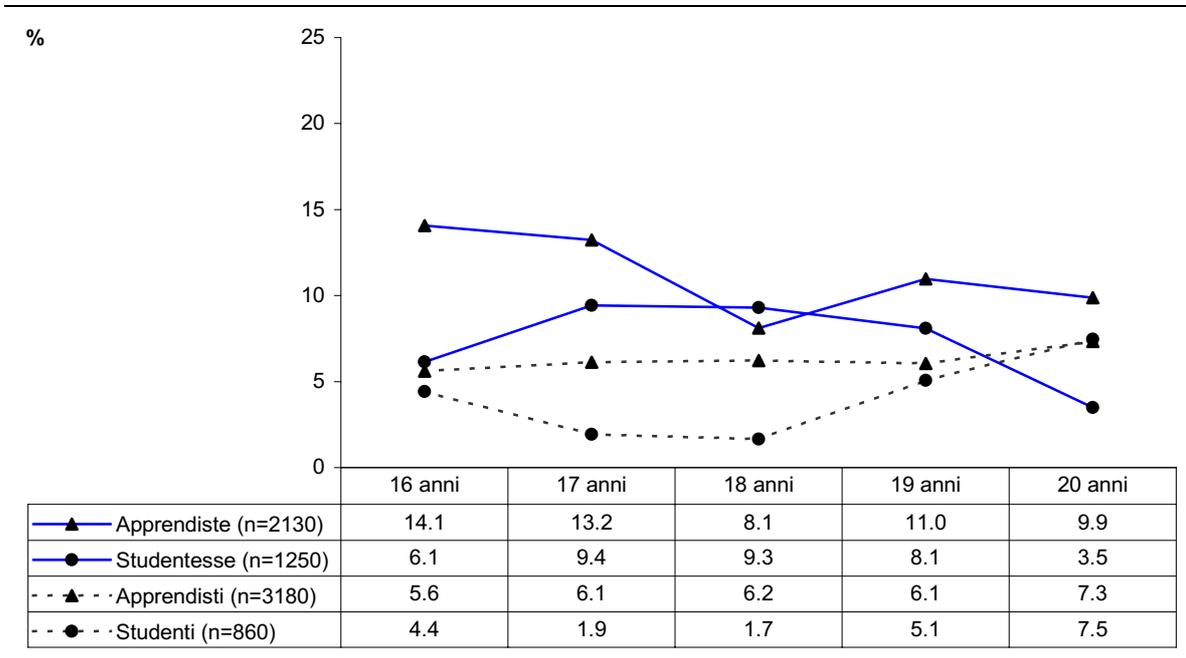


Grafico 3.3-15 Percentuali di giovani che segnalano valori di depressionità compresi tra 3 e 4, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D35)

Alla domanda se i giovani hanno sollecitato un aiuto professionale durante gli ultimi 12 mesi a causa di nervosismo o depressione, il 7.4% delle ragazze e il 2.5% dei ragazzi hanno risposto di avere consultato un medico, uno psicologo o un altro specialista. Tra i giovani che soffrono di depressione, solo una ragazza su quattro e un ragazzo su dieci hanno sollecitato un aiuto di questo tipo.

Riassumendo, in questo studio si constata che le ragazze soffrono più spesso di depressione rispetto ai ragazzi e gli apprendisti più spesso rispetto agli studenti. La differenza tra i sessi conferma i risultati di altri studi, tra i quali alcuni studi longitudinali in differenti ambienti culturali (Ge, Lorenz, Conger, Elder, & Simons, 1994; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews, 1993; Steinhausen, & Winkler Metzke, 2000).

Esistono diverse tracce che possono spiegare questa tendenza. La depressione più frequente delle ragazze è messa in relazione in particolare con una minore autostima e con l'immagine più negativa del corpo (Allgood-Merton, Lewinsohn, & Hops, 1990). Le ragazze con uno sviluppo fisico precoce sembrano particolarmente soggette ai disturbi depressivi e ad altri disturbi interiorizzati. Secondo Alsaker (1992, 1995), questa forte prevalenza potrebbe essere associata al fatto che le ragazze in questione sono meno soddisfatte del loro aspetto. Durante l'adolescenza, le ragazze possono inoltre essere confrontate con un maggior numero di sfide: non è raro che l'inizio della pubertà coincida per loro con un cambiamento di scuola (passaggio al secondario) (Petersen, Sarigiani, & Kennedy, 1991). Questo significa che le ragazze devono più spesso gestire simultaneamente diversi aspetti importanti del loro sviluppo; concomitanza che può essere vissuta come un fattore di stress (Alsaker, 1996).

Sulla base delle scarse conoscenze empiriche e teoriche riguardo alla relazione tra formazione e depressione (durante l'adolescenza), questo studio non può rispondere chiaramente alla domanda del perché gli apprendisti dichiarano più spesso rispetto agli studenti di soffrire di depressione. Può darsi che gli apprendisti (di entrambi i sessi) si trovino, come le ragazze, più spesso confrontati alla risoluzione di differenti aspetti del loro sviluppo e di sfide supplementari derivanti, per esempio, dalla

### 3.3 Salute generale e salute mentale

loro entrata nella vita professionale e dalla loro autonomia finanziaria (parziale) nei confronti dei genitori. Questo accenno di spiegazione potrebbe chiarire in special modo la ragione per cui una proporzione particolarmente grande di ragazze tra gli apprendisti (16-17 anni) presenta segni di depressività. Generalmente per gli studenti molte di queste tappe dello sviluppo si manifestano solo all'inizio dell'età adulta.

#### 3.3.8 Ricerca di sensazioni forti

L'essere umano aspira in generale a controllare le condizioni naturali e sociali delle sue azioni, con lo scopo di minimizzare i rischi che possono essere legati al raggiungimento dei propri obiettivi. Il beneficio potenziale che c'è nel minimizzare il rischio è paragonato al costo per procurarsi l'informazione necessaria per ridurlo, esercitando un controllo su di esso. Una persona che agisce razionalmente si sforza di raggiungere un rapporto ottimale tra il costo e il beneficio. Si può tuttavia osservare che gli individui non si comportano sempre secondo queste regole razionali e, a volte, preferiscono assumere dei rischi anche se hanno a loro disposizione soluzioni alternative che, a costo uguale, darebbero loro benefici maggiori (Schneider, & Rheinberg, 1996). Questo piacere per il rischio non dipende solamente dall'epoca, ma anche dalla cultura; esso sembra essere connotato positivamente nelle società industriali occidentali (Finney, 1978).

Secondo Schneider e Rheinberg (1996), la ricerca di nuove esperienze, impressioni e di sensazioni forti (in inglese *sensation seeking*) è una caratteristica tipica della specie umana, un fondamento della sua evoluzione. La curiosità corrisponde a una funzione d'adattamento nella misura in cui il sistema nervoso centrale riceve informazioni che lo mettono pienamente in azione.

Il bisogno di sensazioni variegata, nuove e complesse e la disponibilità che deriva dall'esporsi a rischi fisici e sociali possono tuttavia essere più o meno marcati a seconda degli individui. Alcuni studi empirici mostrano che i giovani che denotano alti valori sulla scala della «ricerca di sensazioni forti» (*Sensation Seeking* secondo Zuckerman, 1979a) sono anche più inclini ai comportamenti problematici. Zuckerman (1994) trova così in una serie di studi sulla ricerca di sensazioni forti e sul consumo di droghe una correlazione positiva tra quest'ultimo punto e alti valori sulla scala della «ricerca di sensazioni forti». I risultati di uno studio più recente di Hansen e Breivik (2001) non stabiliscono unicamente una relazione stretta tra la ricerca di sensazioni forti e i comportamenti a rischio negativi (per esempio la delinquenza e i comportamenti sociali non desiderabili come il furto e il consumo di droghe), ma anche tra la ricerca di sensazioni forti e i comportamenti a rischio *positivi* (per esempio arrampicata, kayak, rafting, ecc.). Gli studiosi partono dal principio che i giovani avidi di sensazioni ripiegano più spesso su un comportamento a rischio negativo quando sono confrontati con poche sfide e dispongono di risorse sociali e materiali piuttosto ristrette.

Un recente studio di Lin e Tsai (2002) spiega inoltre perché la variabile «ricerca di sensazioni forti» potrebbe rivestire così tanta importanza rispetto ai giovani. I ricercatori hanno analizzato il rapporto tra l'uso di Internet e la ricerca di sensazioni forti tra i giovani di Taiwan ( $n = 753$ ). I giovani dipendenti di Internet (che trascorrono circa 20 ore alla settimana in linea) hanno globalmente segnalato un più alto valore sulla scala della «ricerca di sensazioni forti» rispetto agli utilizzatori normali di Internet.

Nel presente studio, i giovani sono anche stati intervistati sui loro bisogni di sensazioni forti. La Tabella 3.3-5 seguente mostra che ogni forma di ricerca di sensazioni forti citata ha avuto nettamente più successo tra i ragazzi (completamente d'accordo o abbastanza d'accordo) che tra le ragazze.

<i>Spingersi ai limiti della propria resistenza e ricercare i rischi fisici (completamente d'accordo o abbastanza d'accordo)</i>	Ragazze (%) n = 3380	Ragazzi (%) n = 4040	Totale (%) n = 7420
Ogni tanto ho bisogno di lasciarmi andare senza alcun ritegno	69.2	75.0	72.4
Cerco spesso situazioni nelle quali posso dare il massimo	51.2	66.7	59.7
Mi spingo spesso fino ai limiti delle mie possibilità fisiche e psichiche	24.6	44.3	53.8
Gli sport pericolosi mi procurano molto piacere	19.9	47.7	55.2
Le situazioni pericolose mi attirano molto	18.2	42.0	47.4

Tabella 3.3-5 Percentuali di giovani che si sono identificano parzialmente o completamente negli item di ricerca di sensazioni forti e piacere per il rischio, secondo il sesso (SMASH 2002, D85)

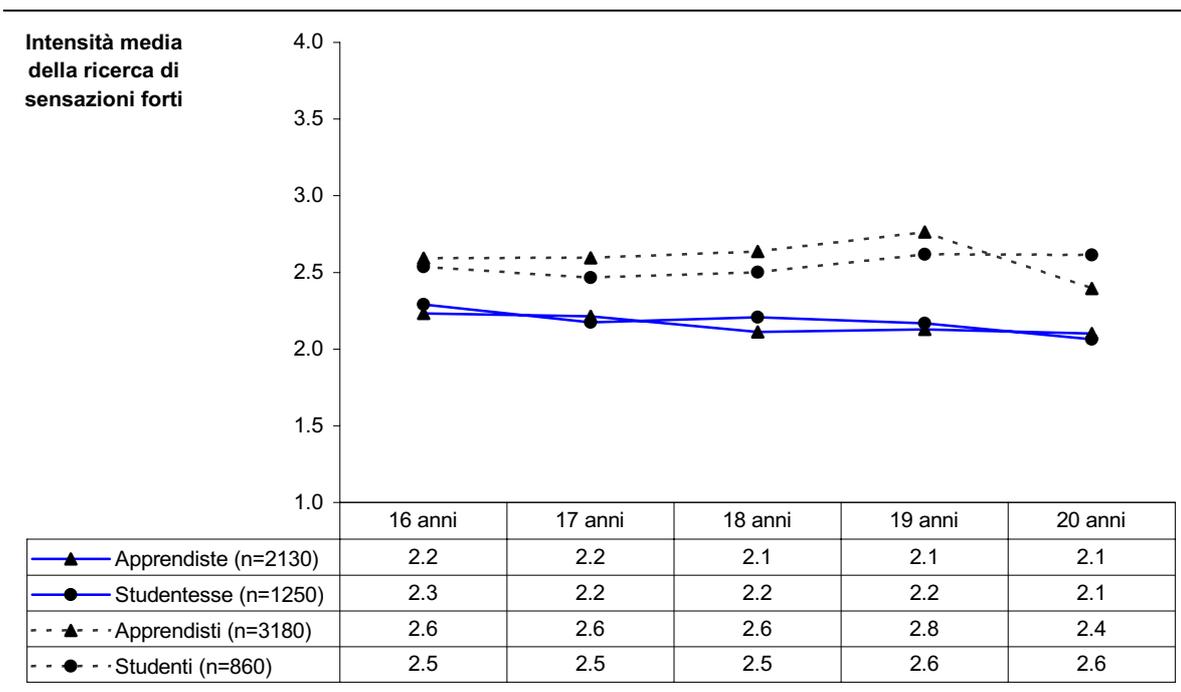


Grafico 3.3-16 Intensità media della ricerca di sensazioni forti e del comportamento a rischio dei giovani, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D85)

La differenza tra i sessi emerge ancora una volta chiaramente quando si raggruppano i diversi item di ricerca di sensazioni forti su una scala e si paragonano i valori medi dei differenti gruppi (Grafico 3.3-16).

Accanto alla differenza generale tra i sessi, si osserva pure una differenza tra apprendisti e studenti di sesso maschile (Grafico 3.3-16). I ragazzi che seguono un apprendistato dichiarano di essere più avidi di sensazioni forti rispetto agli studenti. Al contrario, tra le ragazze non si osserva una differenza evidente secondo la formazione.

### 3.3 Salute generale e salute mentale

La differenza tra i sessi emersa da questo studio sembra in accordo con i risultati di altri studi empirici. Anche Schneider e Rheinberg (1996) rivelano che gli uomini presentano in generale valori più alti rispetto alle donne nella scala della «ricerca di sensazioni forti» citando tuttavia pure risultati contrari che tentano di spiegare con il cambiamento della concezione del ruolo della donna. Inchieste più recenti limitate alla ricerca di sensazioni forti da parte dei giovani non giungono a risultati omogenei: la differenza tra i sessi sopra menzionata è verificata da alcuni ricercatori (par ex. Farrow, & Brissing, 1990; Marquis, 1998) e non da altri (par ex. Black, Ricardo, & Stanton, 1998).

Il fatto che, tra i ragazzi, gli apprendisti sono più avidi di sensazioni forti rispetto agli studenti costituisce un risultato interessante. Anche in questo caso è difficile spiegare il fenomeno, poiché la base di conoscenze teoriche ed empiriche non è abbastanza ampia. Il risultato dà comunque importanti indicazioni per il lavoro ulteriore di prevenzione.

## Riferimenti bibliografici

- Alderman E, Lauby J, Coupey S. Problem behaviors in inner-city adolescents with chronic illness. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1995;16:339-344.
- Allgood-Merton B, Lewinsohn PM, Hops H. Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology* 1990;99:55-63.
- Alsaker FD. Pubertal timing, overweight, and psychosocial adjustment. *Journal of Early Adolescence* 1992;12:396-419.
- Alsaker FD. Timing of puberty and reactions to pubertal changes. In Rutter, M (Ed). *Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention*. New York: Cambridge University Press; 1995: 39-82.
- Alsaker FD. The impact of puberty. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1996;37:249-258.
- Alsaker FD. Pubertät als Belastung [Puberty as strain]. In A Grob (Ed). *Kinder und Jugendliche heute: Belastet - überlastet? [Children and adolescents today: burdened - overburdened?]*. Zürich: Ruediger Verlag; 1997: 129-148.
- Alvin P, Camus C, Navelet Y. La fatigue et le sommeil. In Michaud PA, Alvin P & al. (Eds). *La santé des adolescents: approches, soins, prévention*. Lausanne, Paris & Montréal: Payot, Doin & Presses Université de Montréal; 1997:258-70.
- Angold A. Childhood and adolescent depression: 1. Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry* 1988;152:601-617.
- Arènes J, Janvrin M, Baudier F. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Paris: Comité Français d'éducation pour la santé; 1998.
- Berg Kelly K, Ehrvér M, Erneholm T, Gundeval C, Wennerberg I, Wettergren L. Self-reported health status and use of medical care by 3500 adolescents in Western Sweden. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1991;80:837-843.
- Black MM, Ricardo IB, Stanton B. Social and Psychological Factors Associated with AIDS Risk Behaviors among Low-Income, Urban, African American Adolescents. *Journal of Research on Adolescence* 1997;7(2):173-195.
- Braverman PK, Neinstein LS. Dysmenorrhea and premenstrual syndrome. In LS Neinstein (Ed). *Adolescent health care. A practical guide*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002:952-965.
- Brooks-Gunn J, Attie I, Burrow C, Rosso JT, Warren MP. The Impact of Puberty on Body and eating Concerns in Athletic and Nonathletic Contexts. *Journal of Early Adolescence* 1989;9:269-290.
- Charlton A, Lacombe I, Meller SA. Absence from school related to cancer and other chronic conditions. *Archives of Disease in Childhood* 1991;66:1217-1222.
- Choquet M, Ledoux S. *Adolescents: enquête nationale*. Paris: INSERM; 1994.
- Choquet M, Du Pasquier F, Manfredi R. Sexual behavior among adolescents reporting chronic conditions: a French national survey. *Journal of Adolescent Health* 1997;20:62-67.
- Crouter AC, Larson R. Temporal rhythms in adolescence : Clocks, calendars, and the coordination of daily life. In W Damon (Ed). *New Directions for Child and Adolescent Development*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1998;82.
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. *Health and Health Behavior among Young People*. Copenhagen: World Health Organization; 2000.
- Dahl R. The development and disorders of sleep. *Advances in Pediatrics* 1998;45:73-90.

### 3.3 Salute generale e salute mentale

- Deschamps J. Ces jeunes sont sans soins. *Revue Française des Affaires Sociales* 1987;41:43-57.
- Devaud C, Michaud P, Narring F. Perceptions corporelles, comportements et dysfonctions alimentaires parmi les adolescents suisses : une enquête nationale. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 1994;114:1009-1015.
- Devaud C, Michaud P, Narring F. L'anorexie et la boulimie: des affections en augmentation ? Une revue de littérature sur l'épidémiologie des dysfonctions alimentaires. *Revue Epidémiologique et Santé publique* 1995;43:347-360.
- Duan ML, Ulfendahl M, Laurelle G, Counter AS, Pyykkö I, Borg E, Rosenhall U. Protection and treatment of sensorineural hearing disorders caused by exogeneous factors: experimental findings and potential clinical application. *Hearing Research* 2002;169:169-178.
- Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity : public-health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002;360:473-482.
- Farrow JA, Brissing P. Risk for DWI: A new look at gender differences in drinking and driving influences, experiences, and attitudes among new adolescent drivers. *Health Education Quarterly* 1990;17(2):213-221.
- Finney PD. Personality traits attributed to risky and conservative decision makers : Culture values more than risk. *Journal of Psychology* 1978;99:187-197.
- Flammer A, Alsaker FD. *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschliessung innerer und äusserer Welten im Jugendalter.* Bern: Huber Verlag; 2002.
- Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1990;29:571-580.
- Fombonne E. Eating disorders: time trends and possible explanatory mechanisms. In M Rutter (Ed). *Psychosocial disturbances in young people: challenges for prevention.* New York: Cambridge University Press; 1995:544-561.
- Forero R, Bauman A, Young L, Booth M, Nutbeam D. Asthma, health behaviors, social adjustment, and psychosomatic symptoms in adolescence. *Journal of Asthma* 1996;33:157-164.
- Garner DM, Bemis KM. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research* 1982;6:123-150.
- Ge X, Lorenz FO, Conger RD, Elder GH Jr, Simons RL. Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology* 1994;30:467-483.
- Hansen EB, Breivik G. Sensation seeking as a predictor of positive and negative risk behavior among adolescents. *Personality and Individual Differences* 2001;30:627-640.
- Harlow SD, Park MA. Longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. *British Journal of Obstetric and Gynecology* 1996;103 :1134-1142.
- Harrington R. *Depressive disorder in childhood and adolescence.* Chichester: John Wiley & Sons; 1993.
- Harter S. Causes, correlates, and the functional role of self-worth: A life-span perspective. In RJ Sternberg, J Kollgoan Jr. (Eds). *Competence considered.* New Haven, CT: Yale University Press; 1990:67-97.
- Hill AJ, Rogers PJ, Blundell JE. Dietary restraint in young adolescent girls: A functional analysis. *British Journal of Clinical Psychology* 1989;28:165-176.
- Hoffmann-Müller B, Amstad H. Image du corps, Gewicht und Essverhalten bei Jugendlichen. *Drogenmagazin* 1995;2:8-14.

- Holsen I, Kraft P, Vittersø J. Stability in depressed mood in adolescence: results from a 6-year longitudinal panel study. *Journal of Youth and Adolescence* 2000;29:61-78.
- Huon GF. Dieting, binge eating, and some of their correlates among secondary school girls. *International Journal of Eating Disorders* 1994;15:159-164.
- Iglowstein I, Jenni O, Molinari L, Largo R. Sleep duration from infancy to adolescence: Reference values and generational trends. *Pediatrics* 2003;111.
- Jaquier F, Buclin T, Diezi J. Self medication by the adolescent. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1998;128:203-7
- Jessor R. Risk behavior in adolescence : a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescence Health* 1991;12:597-605.
- Jessor R, Jessor S. Problem behaviour and psychosocial development: A longitudinal study of youth. New-York: Academic Press; 1977.
- Job A, Raynal M, Rondet P. Hearing loss and use of personal stereos in young adults with antecedents of otitis media. *Lancet* 1999;353:35.
- Klein JR, Litt IF. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. *Pediatrics* 1981;68:661-664.
- Kolip P. Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtslichkeit über somatische Kulturen. Opladen: Leske + Budrich; 1997.
- Lau B, Alsaker FD. Assessment of weight and eating concerns in Norwegian young adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology* 2000;41:189-196.
- Lau B, Alsaker FD. Dieting behavior and weight and eating concerns in young adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology* 2001;42:25-32.
- Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, & Andrews JA. Adolescent psychopathology. I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology* 1993;102:133-144.
- Lin SSJ, Tsai CC. Sensation seeking and internet dependence of Taiwanese high school adolescents. *Computers in Human Behavior* 2002;18:411-426.
- Luthar S, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development* 2000;71(3):543-562.
- Marquis AM. Gender differences in risk-taking behavior: from family of origin to personality variables. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 1998;59 (3 B):1371.
- May JJ. Occupational hearing loss. *American Journal of Ind. Medicine* 2000;37:112-120.
- McCarthy A, Williams J, Eidahl L. Children with chronic conditions: educators' views. *Journal of Pediatric and Health Care* 1996;10:272-79
- Meier C. Gender health politique, pratique et perspectives. *Infothèque sida* 2003;2:11-17.
- Mercier V, Hohmann BW. Wie laut soll Musik sein? *BAG-Bulletin* 2000;25:480-482.
- Mercier V, Hohmann BW, Luy D. Wie gross ist die Schallbelastung der Besucher an einem Musikfestival? *BAG-Bulletin* 2001;25:428-431.
- Merikangas KR, Angst J. The challenge of depressive disorders in adolescence. In Rutter M (Ed). *Psychosocial disturbances in young people: challenges for prevention*. New York: Cambridge University Press; 1995:131-165.
- Miauton L, Narring F, Michaud P. Chronic illness, life style and emotional health in adolescence: results of a cross-sectional survey on the health of 15-20-year-olds in Switzerland. *European Journal of Pediatrics* 2003;162:682-89.

### 3.3 Salute generale e salute mentale

Michaud P. La résilience : un regard neuf sur les soins et la prévention. (Ed). Archives Pédiatriques 1999;6:827-831.

Narring F, Tschumper A, Michaud P, Vanetta F, Meyer R, Wydler H. La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive; 1994 :Cahier de Recherche Nr. 113a.

Niskar AS, Kieszak SM, Holmes AE, Esteban E, Rubin C, Brody DJ. Estimated prevalence of noise-induced hearing threshold shifts among children 6 to 19 years of age: The third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994, United States. Pediatrics 2001;108:40-43.

Nylander I. The feeling of being fat and dieting in a school population. An epidemiologic interview investigation. Acta Sociomedica Scandinavia 1971;3 :17-26.

Patton GC. The spectrum of eating disorders in adolescence. 31st Annual Conference of the Society for Psychosomatic Research (1987, London, England). Journal of Psychosomatic Research 1988;32:579-584.

Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls — a prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. Psychological Medicine 1990;20:383-394.

Paxton SJ, Wertheim EH, Gibbons K, Szmukler GI, Hillier L, Petrovich JL. Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. Journal of Youth and Adolescence 1991;20:361-379.

Petersen AC, Compas BE, Brooks-Gunn J, Stemmler M, Ey S, Grant KE. Depression in adolescence. American Psychologist 1993;48:155-168.

Petersen AC, Sarigiani PA, Kennedy RE. Adolescent depression: Why more girls? Journal of Youth and Adolescence 1991;20:247-271.

Polivy J, Herman CP. Diagnosis and treatment of normal eating. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1987;5:635-644.

Resnick MD. Protective factors, resiliency, and healthy youth development. Adolescent Medicine: State of the Art Reviews 2000;11(1):157-164.

Resnick MD, Bearman PS, Blum RW. Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal study on adolescent health. Journal of the American Medical Association 1997;278:823-832.

Richards MH, Casper RC, Larson R. Weight and eating concerns among pre- and young adolescent boys and girls. Journal of Adolescent Health Care 1990;11:203-209.

Robinson GE. Premenstrual syndrome : current knowledge and management. Canadian Medical Association Journal 1989;140:605.

Rosen C. Sleep disorders in infancy, childhood, and adolescence. Current Opinion in Pulmonary Medicine 1997;3: 449-55.

Rutter M. The developmental psychopathology of depression: Issues and perspectives. In M Rutter, CE Izard, PB Read (Eds). Depression in young people. Developmental and clinical perspectives. New York: The Guilford Press; 1986:3-30.

Schneider K, Rheinberg F. Recherche de sensations fortes und Goût du risque. In M Amelang (Eds), Temperaments- und Persönlichkeitsforschung. Göttingen : Hogrefe; 1996(3): 407-439.

Schuen J, Millard S. Evaluation and treatment of sleep disorders in adolescents. Adolescent Medicine 2000:605-16.

Steinhausen H-C, Winkler Metzke C. Adolescent self-rated depressive symptoms in a Swiss epidemiological study. Journal of Youth and Adolescence 2000;29:427-440.

- Steinhausen H-C, Winkler C, Meier M. Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders* 1997;22:147-151.
- Strigel-Moore RH, Silberstein LR, Rodin J. Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist* 1986;41:246-263.
- Sundgot-Borgen J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1994;26:414-419.
- Suris JC. Chronic conditions and adolescence. *J Ped Endocrinol Metab* 2003; 16: 247-51.
- Suris J, Resnick M, Cassuto N, Blum R. Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability. *J Adolesc Health* 1996;19:124-131.
- The McCreary Centre Society. Adolescent health survey: chronic illness & disability among youth in BC Burnaby, BC: The McCreary Centre Society; 1994.
- Wichstrøm L. Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway. *Psychological Medicine* 1995;25 :567-579.
- Woringer V, Schütz Y. Obésité en Suisse: percentiles d'indice de masse corporelle (IMC) d'une population d'enfants et d'adolescents nés en 1980 à Lausanne et écart avec les normes suisses (1955). *Sozial- und Präventivmedizin* 2003;48:121-132.
- Wylder H, Walter T, Hattich A, Hornung R, Gutzwiller F. Die Gesundheit 20jähriger in der Schweiz : Ergebnisse der PRP 1993. Aarau: Sauerländer; 1996.
- Zenner HP. Der Einfluss der Information über Gehörgefährdung durch laute Musik. Jugendlichen ist die Musik in Diskotheken trotz Pegelbegrenzung zu laut. *HNO* 2002;50:560-564.
- Zuckerman M. Sensation seeking : beyond the optimal level of arousal. Hillsdale : Lawrence Erlbaum; 1979.
- Zuckerman M. Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. Cambridge : Cambridge University Press; 1994.

## 3.4 COMPORTAMENTI LEGATI ALLA SALUTE

### 3.4.1 Attività fisica e sport

L'attività fisica designa globalmente qualsiasi movimento corporeo che è la conseguenza dell'azione di muscoli scheletrici e che produce dell'energia (Saris, 1985). Si tratta quindi di una delle componenti del consumo energetico totale (alla quale si aggiungono il metabolismo basale, gli effetti termici dovuti all'assunzione di alimenti, ecc.). L'esercizio fisico – termine comunemente utilizzato per definire un lavoro di una certa intensità che produce energia – è un'attività fisica praticata sistematicamente durante il tempo libero o a scuola. Questa attività fisica può essere valutata in diversi modi, per esempio sulla base di un programma, tramite l'osservazione diretta o ancora attraverso la valutazione della frequenza con la quale gli individui si dedicano ad attività che comportano un aumento del ritmo cardiaco e/o della sudorazione.

L'Associazione svizzera dello sport (ASS) definisce lo sport come «un'attività corporea che presenta le caratteristiche del gioco, che procura gioia, che fa riferimento alla performance e offre la possibilità di un confronto responsabile con se stessi, con gli altri o con la natura». Al di là degli aspetti puramente sanitari, lo sport implica e mobilita quindi anche tutta una serie di componenti della vita di ognuno : aspetti psicologici e sociali, la nozione di scoperta, di piacere, ecc. Queste riflessioni valgono in particolar modo per il bambino e l'adolescente, per i quali l'attività fisica e sportiva rappresenta un fattore e un supporto allo sviluppo biologico, psicologico e sociale (Rowland & Freedson, 1994). Diverse ricerche dimostrano l'esistenza di una relazione tra lo stato di salute e l'attività fisica e sportiva, a partire dall'infanzia e dall'adolescenza (Baranovski, Bouchard, & Bar-Or, 1992; Rowland, 2001). Sulle conseguenze positive dell'attività fisica a lungo termine, soprattutto nel campo della salute cardiovascolare, non vi è alcun dubbio (Bouchard, 1999; Troiano, 2002). Inoltre la partecipazione ad attività fisiche e sportive regolari sembra costituire un fattore protettore anche in materia di salute mentale e in modo particolare può rappresentare un buon regolatore dello stress (Brown & Lawton, 1986; Ferron, Michaud, Narring, & Cauderay, 1997; Ferron, Narring, Cauderay, & Michaud, 1999). Al contrario, l'inattività sembra correlata con diversi comportamenti pericolosi per la salute, come per esempio quella del consumo di tabacco (Abel, Broer, & Siegrist, 1992; Ferron et al., 1997; Ferron et al., 1999; Röthlisberger, 1994). Bisogna comunque considerare che l'attività sportiva non ha solamente vantaggi, ma costituisce pure un'importante fonte d'infortuni (Michaud, Renaud, & Narring, 2001), tema trattato nel capitolo consacrato ai traumi non intenzionali (3.6.1) Infine, sia lo studio SMASH 1993 che altre ricerche simili dimostrano che i 15-16 anni sembrano costituire un'età cruciale durante la quale un numero sostanziale di giovani diminuisce il proprio investimento nella pratica sportiva, soprattutto a causa dei cambiamenti di ritmo imposti dal passaggio all'apprendistato o a una scuola superiore (Allison & Adlaf, 1997; Ferron et al., 1999; Gordon-Larsen, McMurray, & Popkin, 2000; Kimm, Glynn, & Kriska, 2000; Kimm et al., 2002; Michaud, Cauderay, Narring, & Schutz, 2002; Michaud, Narring, Cauderay, & Cavadini, 1999; Sallis, 1993). Il presente capitolo si focalizza sull'approccio dei giovani nei confronti dell'attività fisica e sportiva, come pure sulle ragioni che li spingono a non praticarla.

## 3.4.1.1 Attività fisica

La misura dell'attività fisica costituisce un rompicapo per i ricercatori (Michaud et al., 2002; Rowland & Freedson, 1994; Sallis, 1993). Non esiste infatti un consenso riguardo al modo di valutarla attraverso un questionario compilato individualmente. Il Grafico 3.4-1 mostra la proporzione di intervistati che hanno dichiarato di aver praticato, durante la settimana precedente l'inchiesta, attività fisiche, per almeno 20 minuti di fila, che li hanno fatti sudare o respirare rapidamente. Si tratta di una domanda abbastanza classica che permette di stimare approssimativamente il grado di attività fisica da moderata a intensa praticata da individui di ogni età. Si osservano differenze importanti tra ragazzi e ragazze; queste ultime segnalano in numero considerevolmente maggiore una limitata frequenza di attività (da 0 a 2 giorni alla settimana).

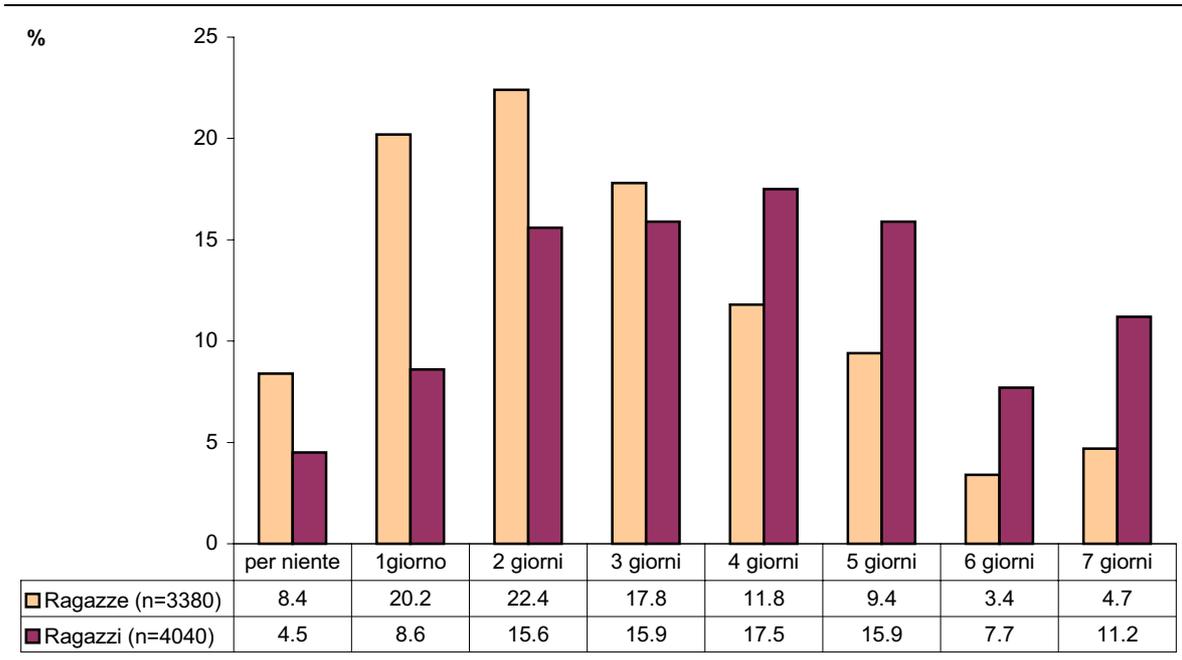
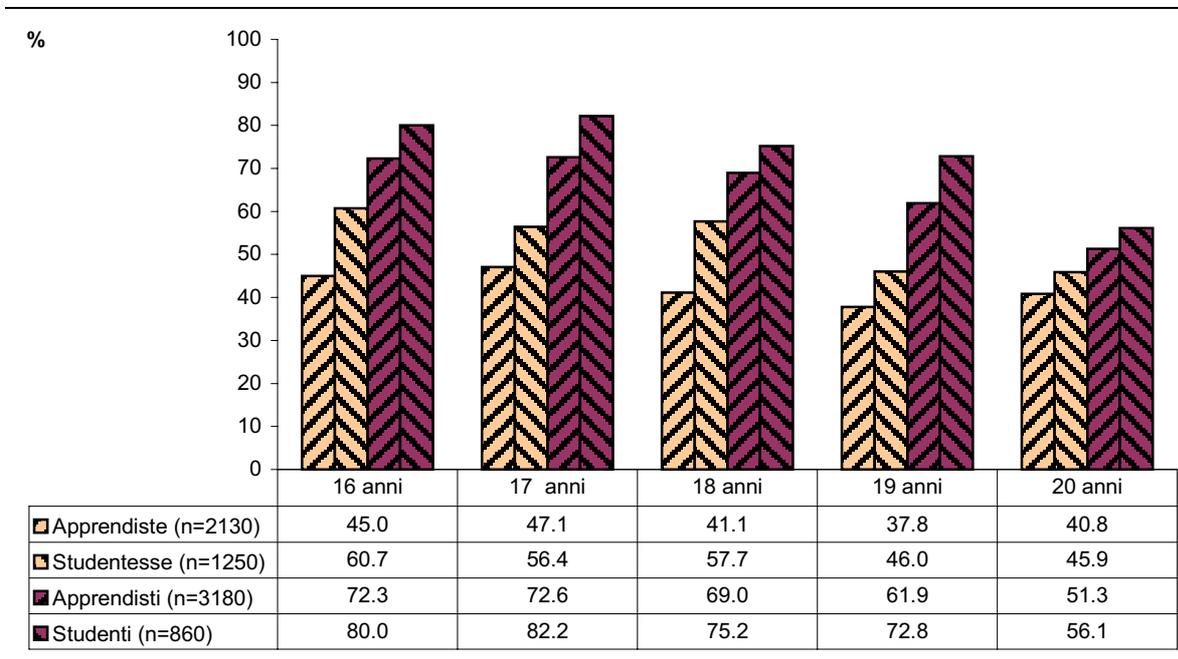


Grafico 3.4-1

Proporzioni di giovani che segnalano di aver praticato, durante la settimana precedente l'inchiesta, attività fisiche per almeno 20 minuti di fila, che li hanno fatti sudare o respirare rapidamente, secondo il sesso (SMASH 2002, D2)

### 3.4 Comportamenti legati alla salute

Dal Grafico 3.4-2 si osserva che la proporzione di giovani che segnalano un'attività fisica di almeno 3 volte 20 minuti alla settimana (considerata come il minimo atto a garantire una forma fisica adeguata (Marti, 1989)) tende a diminuire con l'età, sia per le ragazze che per i ragazzi.



**Grafico 3.4-2** Proporzioni di giovani che segnalano un'attività fisica che li ha fatti sudare o respirare rapidamente praticata almeno 3 volte 20 minuti alla settimana (considerata come il minimo atto a garantire una forma fisica adeguata), secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D2)

#### 3.4.1.2 Attività sportive

Il Grafico 3.4-3 illustra le proporzioni di intervistati che dichiarano di praticare attività sportive con frequenze diverse, in modo formale o informale, ma al di fuori delle lezioni di educazione fisica. I ragazzi segnalano un'attività sportiva quotidiana o perlomeno regolare in numero nettamente maggiore rispetto alle ragazze. Il grafico successivo (Grafico 3.4-4) mostra le percentuali di intervistati che praticano attività sportive almeno 2-3 volte alla settimana, secondo il sesso, l'età e la formazione.

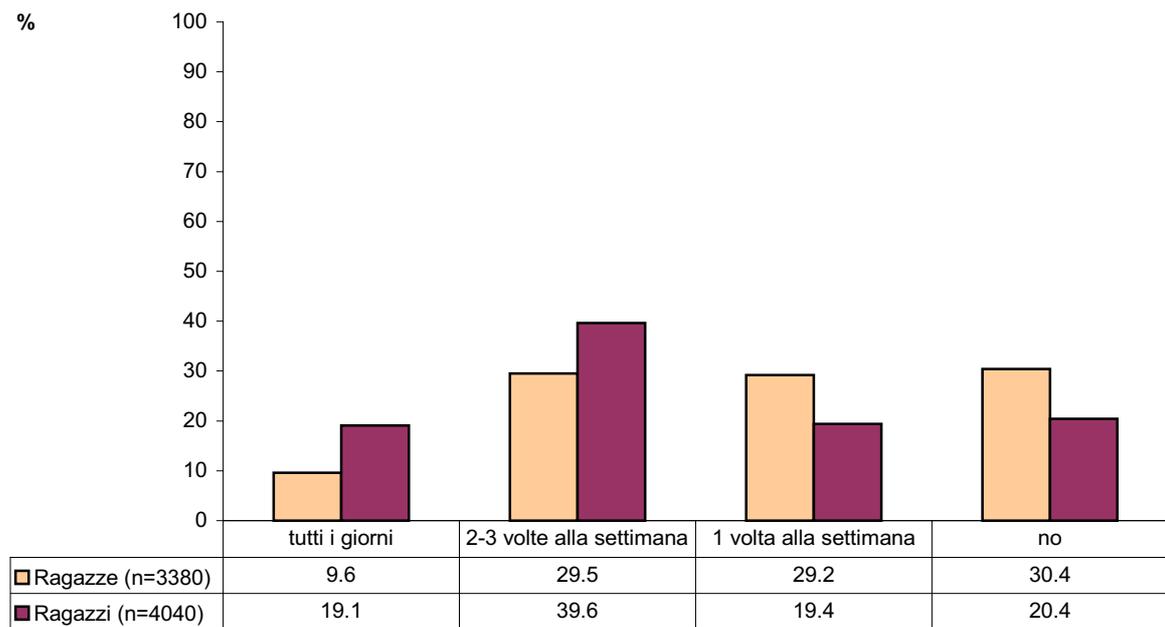


Grafico 3.4-3 Percentuali di giovani che si dedicano a un'attività sportiva all'infuori della scuola durante la settimana, in maniera strutturata o meno, secondo il sesso (SMASH 2002, D4)

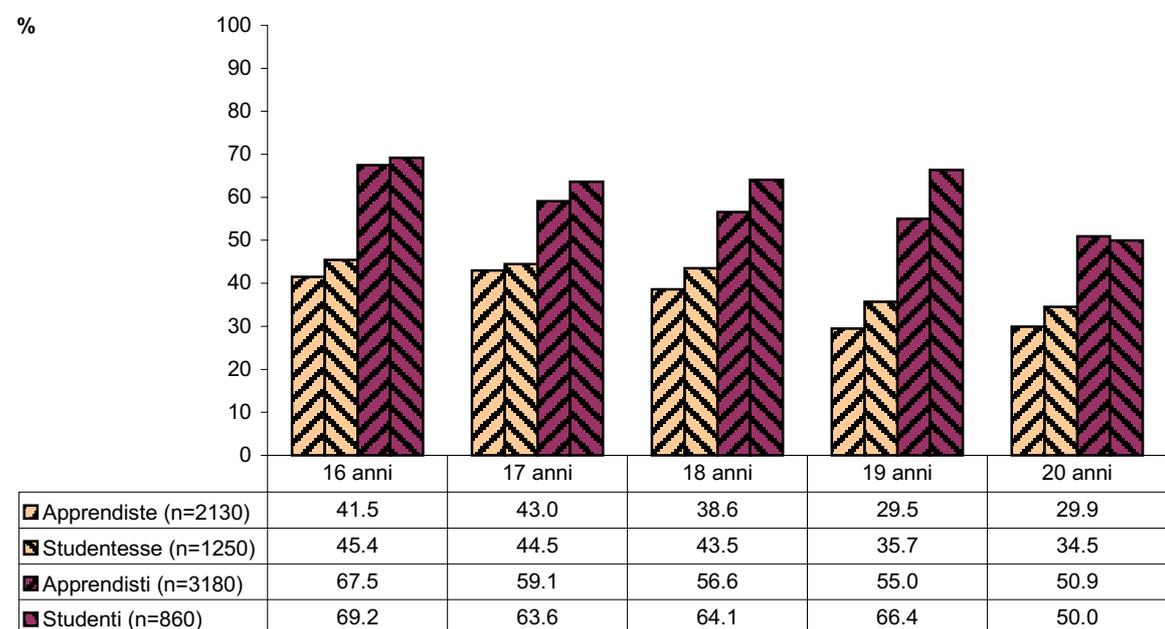


Grafico 3.4-4 Percentuali di giovani che praticano dello sportive almeno 2-3 volte alla settimana, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D4)

### 3.4 Comportamenti legati alla salute

Quali sono i motivi per cui i giovani praticano poco o addirittura nessuno sport? Gli intervistati avevano a disposizione diverse possibilità di risposta; i risultati sono riassunti nella Tabella 3.4-1: a prima vista non è tanto la mancanza di offerta che sembra giocare un ruolo nell'abbandono dello sport tra i 16 e i 20 anni, ma piuttosto la mancanza d'interesse e di motivazione.

	Ragazze (%) n = 1029	Ragazzi (%) n = 823
Ho troppo da fare e non ho tempo	60.3	47.4
Preferisco fare altre cose	37.2	43.0
Non ho voglia, per pigrizia	26.6	28.5
Non mi piace lo sport	25.5	22.3
I miei orari di lavoro irregolari me lo impediscono	19.6	16.3
Ho già un lavoro fisicamente duro	11.1	27.7
Non sono portato/a	9.2	7.0
Ho una ferita o un handicap fisico	8.2	8.9
Non mi sento a mio agio con il mio corpo	6.5	3.1
Mi mancano le occasioni o non ci sono club / locali per lo sport	9.6	6.4
Nemmeno i miei amici / le mie amiche fanno sport	5.8	8.7

Tabella 3.4-1 Proporzioni di giovani che evocano differenti motivi per non praticare sport, secondo il sesso (SMASH 2002, D4)

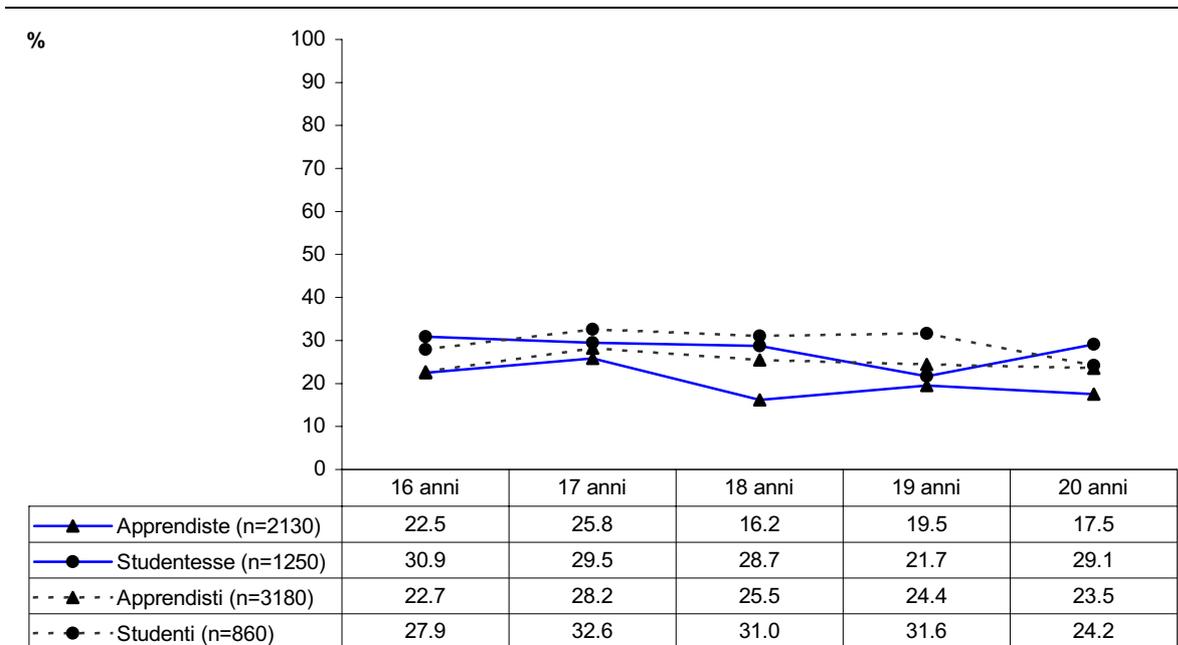
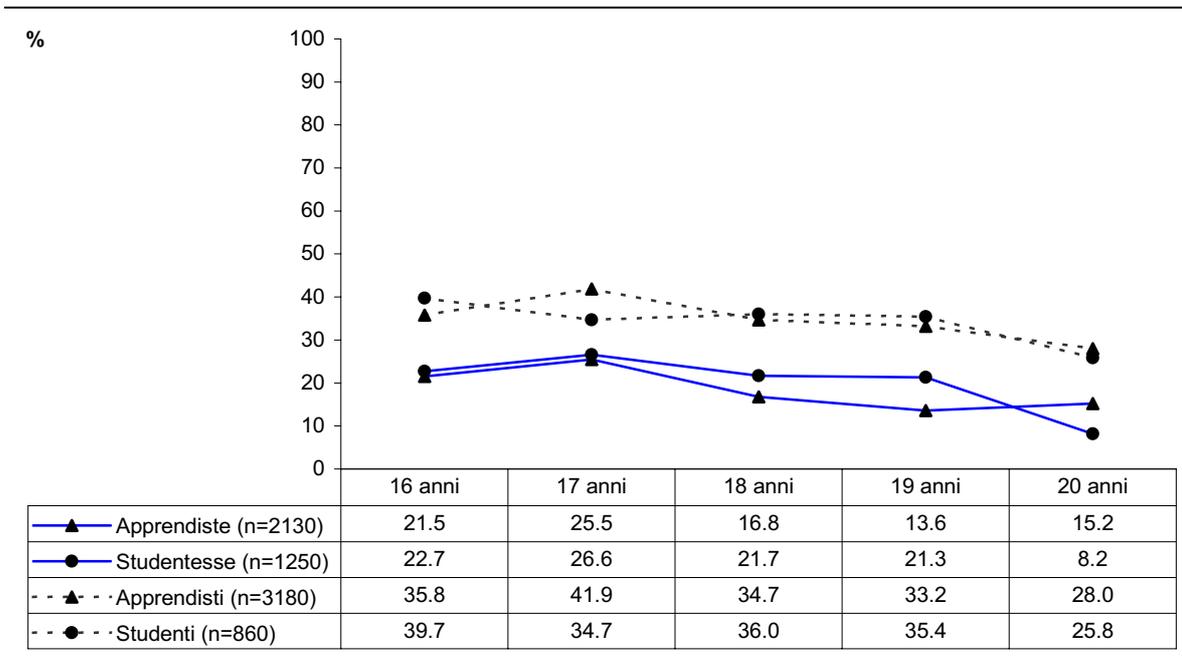


Grafico 3.4-5 Proporzioni di giovani che dicono di praticare sport individuali, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D3)

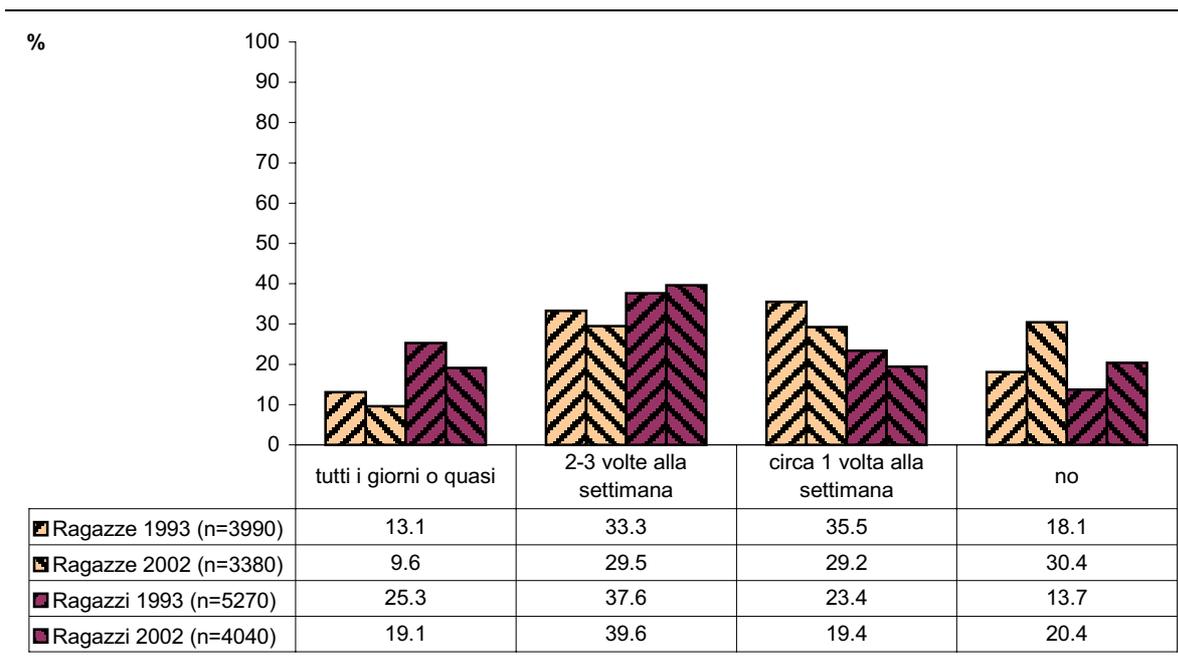
I due grafici seguenti mostrano la proporzione di giovani che praticano regolarmente sport individuali o di squadra. Dal Grafico 3.4-5 emerge che la proporzione di ragazze e ragazzi che praticano uno sport individuale si differenzia di poco ; per le ragazze essa tende a diminuire con l'età, ma non per i ragazzi. La proporzione di giovani che praticano sport di squadra (Grafico 3.4-6) è, al contrario, molto differente tra ragazze e ragazzi e diminuisce in modo molto più evidente con l'età. Si può ipotizzare che molti giovani si vedano obbligati ad abbandonare uno sport di squadra quando gli allenamenti entrano in conflitto con gli orari di lavoro.



**Grafico 3.4-6** Percentuali di giovani che praticano sport collettivi, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D3)

Cosa si può dire dell'evoluzione durante gli ultimi dieci anni ? E' necessario essere prudenti a questo proposito, in quanto la composizione dei campioni delle inchieste 1993 e 2002 è leggermente diversa. Tuttavia sembra che, da dieci anni a questa parte, la percentuale di adolescenti che non praticano alcuno sport sia aumentata nettamente negli ultimi dieci anni, e questo nelle stesse proporzioni sia tra le ragazze che tra i ragazzi. Al contrario, le percentuali di giovani che segnalano un'attività quotidiana sono diminuite ; anche in questo caso l'osservazione vale per i due sessi.

### 3.4 Comportamenti legati alla salute



**Grafico 3.4-7** Evoluzione della percentuale di giovani che praticano sport con frequenze diverse, secondo il sesso, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D4)

Da questo quadro emerge che la situazione dei giovani, per quanto riguarda l'attività fisica e sportiva, non sembra essere migliorata durante gli ultimi dieci anni, ma è probabilmente deteriorata. Questa evoluzione è senz'altro legata a molteplici fattori d'ordine sociale: generalizzazione dell'utilizzo dei veicoli a motore da parte dei giovani a partire dai 14 o 16 anni, prolungamento del tempo per recarsi al lavoro, orari difficili, attrazione per altre attività di svago, assenza di una politica d'incitamento indirizzata ai giovani inattivi, a volte mancanza di strutture sportive adeguate, ecc. Sarà importante in futuro riflettere sui modi per meglio motivare certi giovani ad impegnarsi in un'attività fisica/sportiva regolare, anticipando in particolare i problemi che il passaggio dal sistema scolastico obbligatorio al ritmo molto diverso dell'apprendistato può sollevare. Uno dei problemi spesso sollevato dagli adolescenti è l'impossibilità di dedicarsi ad un'attività sportiva strutturata senza dover automaticamente accettare allenamenti duri e frequenti. Esiste probabilmente uno spazio per attività di gruppo che offrono una certa flessibilità riguardo agli orari e alla frequenza della partecipazione.

#### 3.4.2 Tabacco

Il consumo di tabacco tra i giovani, in Svizzera come all'estero, è oggetto di grande preoccupazione: da una parte, è dimostrato che l'uso di tabacco inizia quasi sempre durante l'adolescenza e, quando diventa regolare, tende a protrarsi lungo il corso della vita, provocando importanti problemi di salute (Peto, Lopez, Boreham, Thun, & Health, 1994; Vitale, 1998). D'altra parte, la maggioranza degli studi svolti tra i giovani, in Svizzera e all'estero, dimostrano che durante gli ultimi due decenni vi è stato un aumento del consumo di tabacco, in particolare tra le ragazze (Arènes, Janvrin, & Baudier, 1998; Calmonte, Kooler, & Weiss, 2000; Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Janin Jacquat & François, 1997; Schmid, 2003).

Il Grafico 3.4-8 presenta le percentuali di fumatori regolari a differenti età, secondo il sesso e il tipo di formazione. Si osserva che il tasso di fumatori aumenta ancora considerevolmente tra i 16 e i 20 anni. Se si considera che la percentuale di fumatori regolari (consumo quotidiano) è rispettivamente del 4% per le ragazze e del 6% per i ragazzi di 13-14 anni (Schmid, 2003), rispettivamente del 19% e del 18% all'età di 15 anni, e infine del 30% e del 40% all'età di 20 anni per l'insieme delle formazioni, ci si rende conto che l'iniziazione al consumo regolare di tabacco continua al di là della scuola dell'obbligo,

dunque dopo i 15 anni. Il numero di sigarette fumate quotidianamente dalla maggioranza degli intervistati è dell'ordine di 10-12, senza variazione rilevante secondo l'età. Gli apprendisti maschi sembrano fumare significativamente di più, con una media che si situa attorno alle 15 sigarette al giorno.

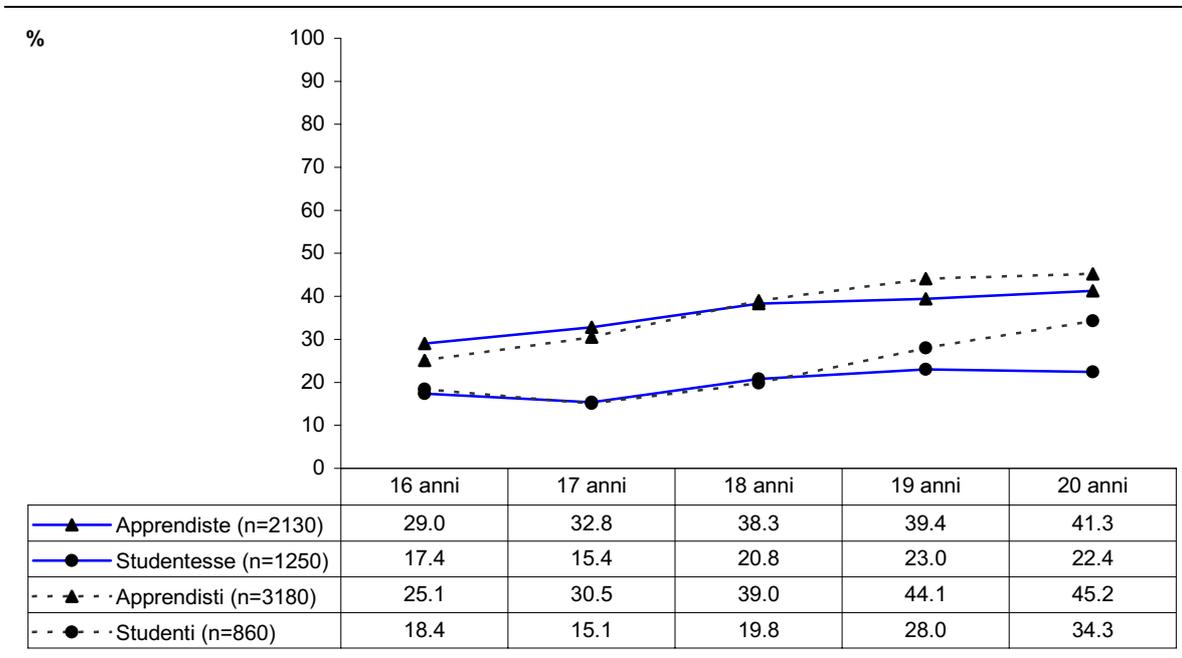
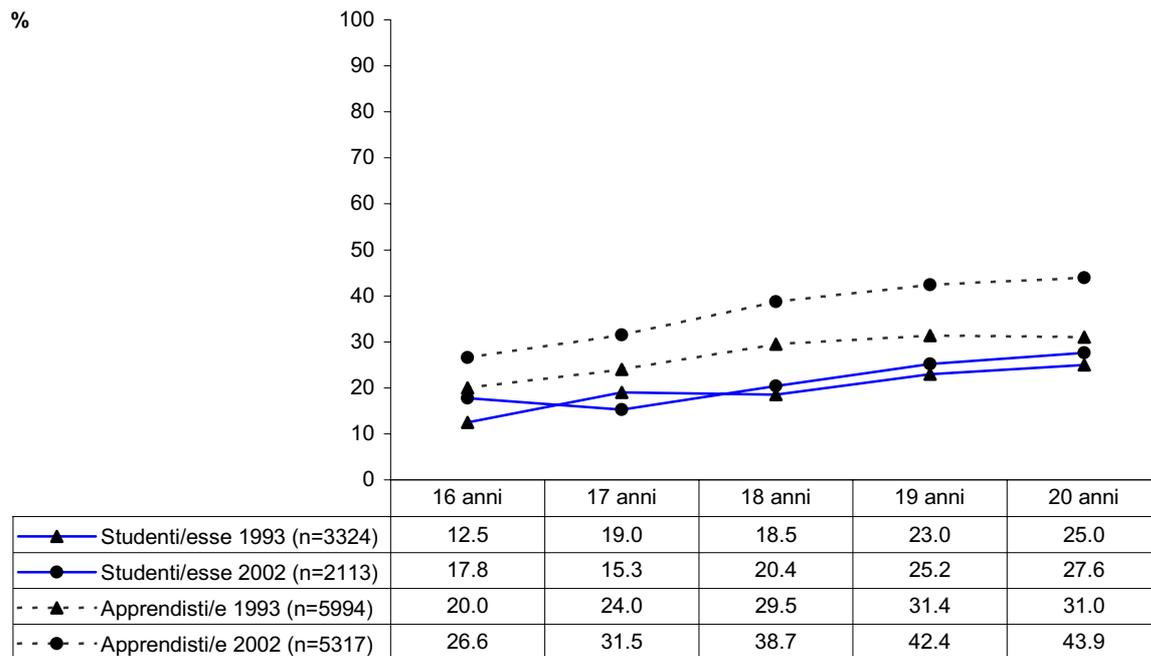


Grafico 3.4-8 Percentuali di giovani che si considerano fumatori regolari, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D75)

Questo grafico fa inoltre emergere differenze molto significative riguardo al tasso di consumo di tabacco tra apprendisti e studenti; questi ultimi, sia ragazze che ragazzi, presentano dei tassi mediamente inferiori di un terzo o addirittura della metà. Rispetto all'ultima inchiesta effettuata dieci anni fa, il divario tra studenti e apprendisti sembra essersi ulteriormente ampliato. Le differenze tra ragazze e ragazzi sono deboli ma comunque significative, in particolare tra i 19 e 20 anni, età dove sembrano esistere più ragazzi fumatori che ragazze, fenomeno già riscontrato 10 anni fa. Le ragazze che usano contraccettivi orali sono più sensibili all'importanza di smettere di fumare? E' poco probabile; in un articolo pubblicato recentemente, è stato mostrato che la percentuale di giovani che rinunciano a fumare prima dei 20 anni è sostanzialmente la stessa tra le ragazze e tra i ragazzi (Bonard, Janin-Jacquat, & Michaud, 2001). E' più verosimile che gli intervistati giovani (15-17 anni) del presente campione appartengano a un gruppo nel quale il tabagismo è più diffuso tra le ragazze rispetto a quanto non lo fosse in passato, come lo mostrano i risultati delle successive inchieste HBSC condotte dall'ISPA (Schmid, 2003).

### 3.4 Comportamenti legati alla salute

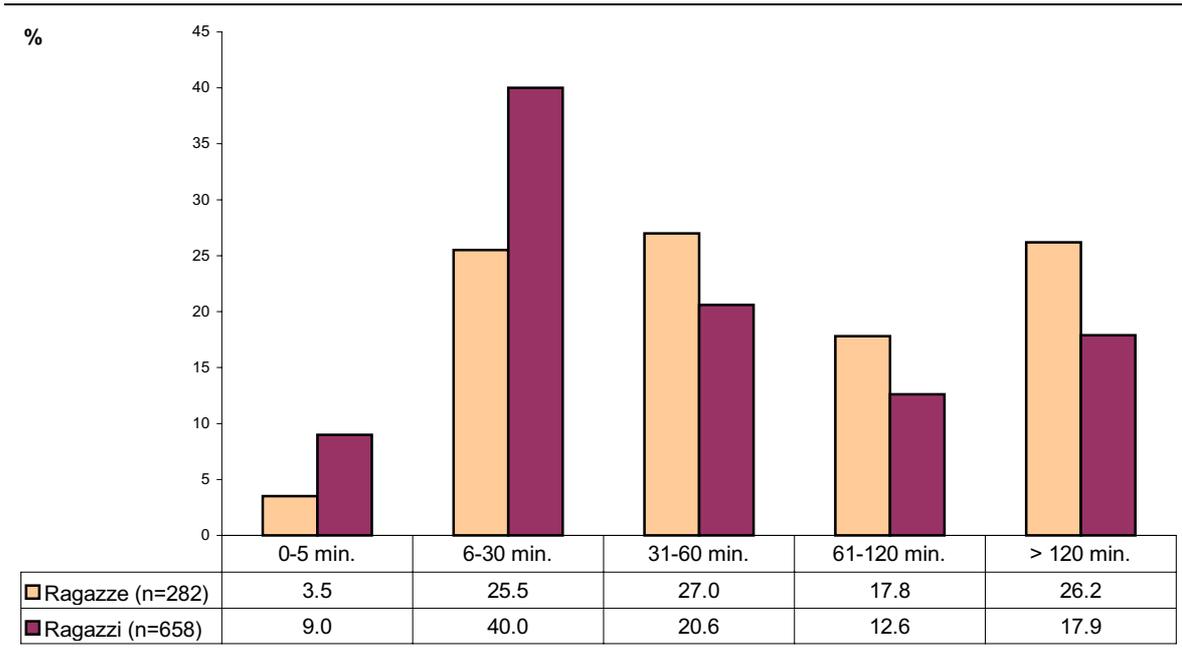
Cosa dire infine dell'evoluzione della percentuale dei fumatori in questi 10 anni? È importante essere prudenti, in quanto la composizione dei campioni delle inchieste 1993 e 2002 è leggermente diversa. Sembra comunque che le percentuali siano globalmente aumentate, per ogni fascia d'età e tipo di formazione considerate; come illustrato dal Grafico 3.4-9, questo aumento sarebbe nettamente più sensibile tra gli apprendisti che tra gli studenti (nell'ordine del 20%-30% secondo le fasce d'età considerate). Questa evoluzione corrisponde ai risultati emersi da diverse inchieste svolte in questi ultimi anni in Svizzera, in particolare quella dell'ISPA (Schmid, 2003), ed esige una riflessione approfondita sulle strategie di prevenzione da sviluppare (Binyet & de Haller, 1993).



**Grafico 3.4-9** Percentuali di giovani fumatori, secondo il tipo di formazione e l'età, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D75)

Le ricerche condotte all'estero dimostrano che il rischio di rimanere fumatore di sigarette aumenta con la precocità dell'età alla quale si prende questa abitudine. L'età media alla quale gli intervistati fumatori hanno cominciato a fumare «regolarmente» sigarette varia secondo il sesso e la formazione: si situa a 14.9 anni per le ragazze apprendiste e a 15.2 anni per le studentesse, mentre per i ragazzi si situa rispettivamente a 15 anni per gli apprendisti e a 15.5 anni per gli studenti.

Un modo semplice e spesso utilizzato per testare l'importanza della dipendenza dalla nicotina negli adulti è quello di chiedere agli intervistati il tempo che separa il risveglio dalla prima sigaretta. E' stata posta questa stessa domanda ai giovani partecipanti alla presente inchiesta. Il Grafico 3.4-10 illustra i risultati di questa domanda e mostra che una percentuale molto importante di giovani, soprattutto ragazzi, fuma la prima sigaretta entro un lasso di tempo di un'ora, addirittura di mezz'ora, dopo il risveglio, indicando così già una dipendenza alla nicotina relativamente netta. Questa dipendenza è più evidente tra gli apprendisti di entrambi i sessi : per esempio, il 53% degli apprendisti maschi rispetto al 23% degli studenti maschi fuma la prima sigaretta entro un lasso di tempo di 30 minuti dopo il risveglio.



**Grafico 3.4-10** Profilo di consumo dei giovani fumatori, secondo il tempo che separa il risveglio dalla prima sigaretta fumata e secondo il sesso (SMASH 2002, D75)

Concludendo, i risultati indicano che un giovane su tre si considera un fumatore regolare ; questo in una proporzione leggermente più importante tra gli apprendisti che tra gli studenti. Inoltre, le percentuali di giovani fumatori sembrano essere abbastanza aumentate negli ultimi dieci anni, come è il caso tra i ragazzi di meno di 16 anni (Schmid, 2003). Conforta il fatto che l'Ufficio federale della sanità pubblica si preoccupa di questa situazione e propone diverse campagne di prevenzione su scala nazionale e regionale. Si rivela giustificato intervenire molto presto con strumenti di tipo interattivo, come l'acquisizione di competenze di vita e di gestione della pressione dei pari e dei media (Kumpfer, 1999; Tobler, 2000), così come cercare di rendere partecipi i genitori a queste azioni. Non bisogna tuttavia dimenticare l'utilità di azioni in ambienti specifici come quelle nelle scuole e nei luoghi senza fumo e promuovere inoltre, tra gli adolescenti più vecchi, l'accesso a programmi di recupero dal tabagismo. (Bonard et al., 2001; Donovan, 2000; Klein, Levine, & Allan, 2001). Inoltre le analisi effettuate sul tema della lotta contro l'uso del tabacco da parte dei giovani insistono sull'efficacia delle azioni a livello legislativo ed economico, come le restrizioni all'accesso delle sigarette, la limitazione della promozione del tabacco attraverso i media e infine l'aumento del prezzo del pacchetto di sigarette (Bruvold, 1993; Chaloupka, 2003 ; Stead & Lancaster, 2002).

## 3.4.3 Alcol

L'opinione pubblica e addirittura certi professionisti tendono a dimenticare che la sostanza psicoattiva più consumata dai giovani rimane l'alcol e non la canapa. Questa valutazione errata è inaccettabile se si pensa che il consumo abusivo di alcol resta uno dei problemi di salute pubblica più seri nel nostro paese come in molti altri paesi europei: secondo un recente studio (Ezzati et al., 2002) il consumo problematico e abusivo di alcol si situa al terzo posto, dopo l'uso di tabacco e l'ipertensione, come causa di morbilità nell'insieme della popolazione. Numerose ricerche evidenziano l'importanza della precocità nell'accesso al consumo di bevande alcoliche e della frequenza del ricorso all'alcol come fattori associati a un futuro comportamento problematico (Augustyn & Simons-Morton, 1995; Ellickson, Tucker, & Klein, 2003; Foxcroft, Lister-Sharp, & Lowe, 1997; Ledoux, Sizaret, Hasler, & Choquet, 2000; Patton, 1995). Si rivela dunque molto importante valutare in modo sistematico e ripetuto i comportamenti degli adolescenti in questo campo.

La semplice valutazione delle quantità e della frequenza con cui si consumano bevande alcoliche non permette di affrontare con accuratezza i rapporti che i giovani hanno con l'alcol. Contrariamente all'inchiesta di dieci anni fa, il questionario attuale include diverse domande che permettono di analizzare i comportamenti di abuso come il «binge drinking» (consumo di 5 bevande alcoliche in una stessa occasione (Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens, & Castillo, 1994; Windle, 1996)) come pure i problemi legati all'assunzione di alcol.

Il Grafico 3.4-11 presenta le frequenze di consumo d'alcol separate per sesso. Oggi i giovani preferiscono la birra, gli alcopop e i cocktail alcolici. Le differenze di consumo tra ragazze e ragazzi sono importanti, soprattutto tra i consumatori regolari di alcol (> 1 volta alla settimana). La birra rimane la bevanda consumata più spesso dai ragazzi, mentre tra le ragazze primeggiano i cocktail e gli alcopop.

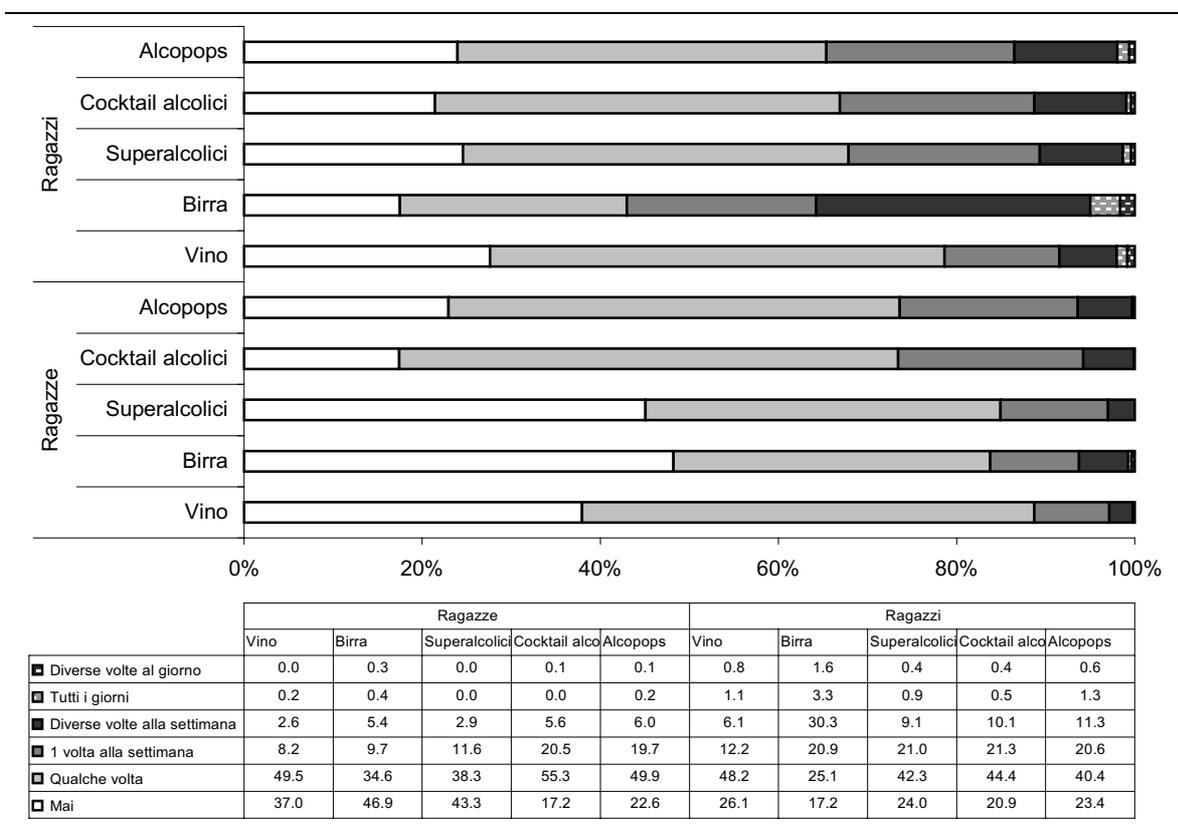
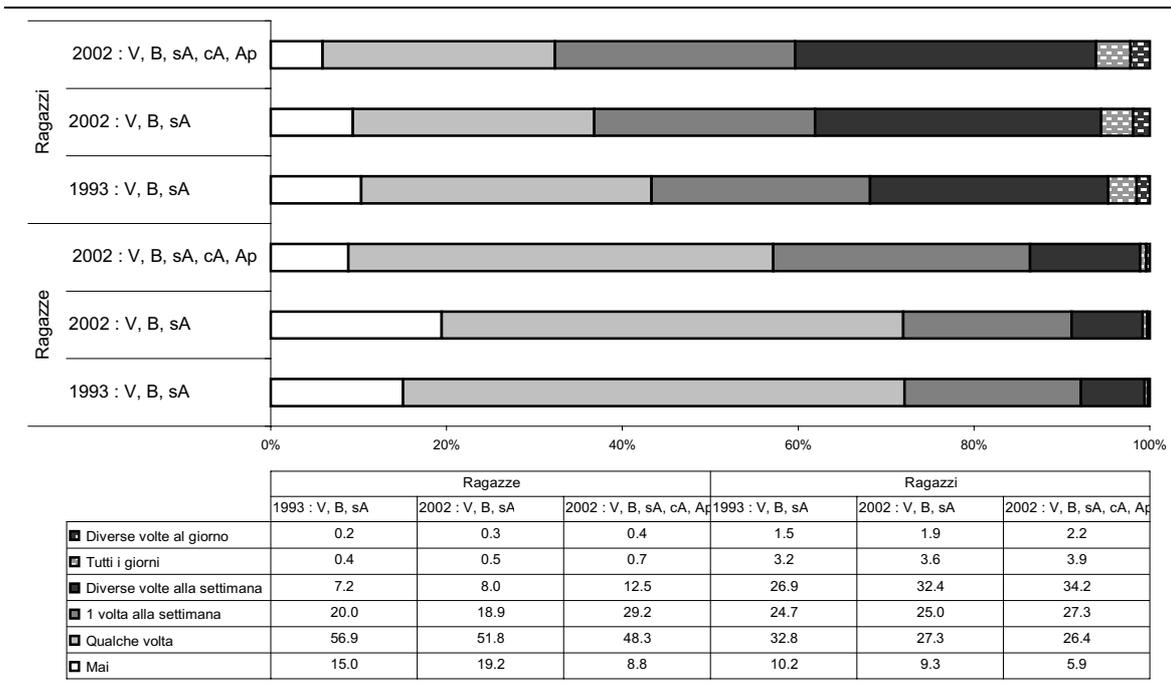


Grafico 3.4-11

Percentuali di giovani che consumano differenti tipi di alcol con frequenze variabili, secondo il sesso (SMASH 2002, D76)

Il Grafico 3.4-12 mostra il confronto fra il 1993 e il 2002 per quello che concerne il consumo di qualsiasi tipo di bevanda alcolica con frequenze diverse. Il consumo di birra, vino e superalcolici è stabile ; al contrario, se si paragona il consumo totale di bevande alcoliche includendo – oltre alla birra, al vino e ai superalcolici – i cocktail e gli alcopop, si constata un aumento considerevole del consumo settimanale e plurisettimanale di alcol, soprattutto tra le intervistate di sesso femminile. Per esempio, la percentuale di ragazze che dichiarano di consumare alcol almeno una volta alla settimana è aumentata di quasi il 10% tra il 1993 e il 2002 e la differenza percentuale è esclusivamente attribuibile al consumo di alcopop e di cocktail.



\* Legenda : V : vino ; B : birra ; sA : superalcolici ; cA : cocktail alcolici ; Ap : alcopops.

\*\*Per il 1993 le cifre sul consumo di alcol non sono disponibili.

**Grafico 3.4-12** Percentuali di giovani che consumano differenti tipi di alcol con frequenze variabili, secondo il sesso, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D76)

Così, l'entrata sul mercato di bevande alcoliche zuccherate dal gusto piacevole ha permesso di reclutare una nuova frangia di consumatori e soprattutto consumatrici che, un tempo, non consumavano alcol. Anche se questi paragoni hanno dei limiti (composizione del campione leggermente diversa tra il 1993 e il 2002; aumento delle percentuali di consumo legato all'aggiunta di nuovi tipi di bevande nella domanda), l'evoluzione constatata pone molti interrogativi riguardo al controllo della vendita e del consumo di bevande alcoliche di diversa natura da parte dei giovani. Il Grafico 3.4-12 propone un quadro di questa evoluzione in modo più visivo ed evidenzia il ruolo del consumo di alcopop e di cocktail tra il 1993 e il 2002, soprattutto tra le ragazze.

Il Grafico 3.4-13 dà un'idea delle frequenze di consumo d'alcol (tutte le bevande alcoliche assieme) secondo l'età degli intervistati, separati per sesso e formazione. Tra gli studenti, la proporzione di consumatori regolari evolve poco con l'età. Al contrario, tra gli apprendisti di entrambi i sessi, la proporzione di giovani con un consumo regolare sembra più debole tra gli intervistati più vecchi. La spiegazione più plausibile di questo fenomeno è l'effetto del gruppo. Le inchieste HBSC (Schmid, 2003) mostrano infatti che l'uso di alcol, soprattutto tra le ragazze, si diffonde prima dell'età di 15 anni, facendo sì che i più giovani del campione SMASH 2002 avrebbero preso l'abitudine di consumare alcol in una proporzione più importante rispetto ai giovani di 19-20 anni intervistati nell'ambito dell'inchiesta.

### 3.4 Comportamenti legati alla salute

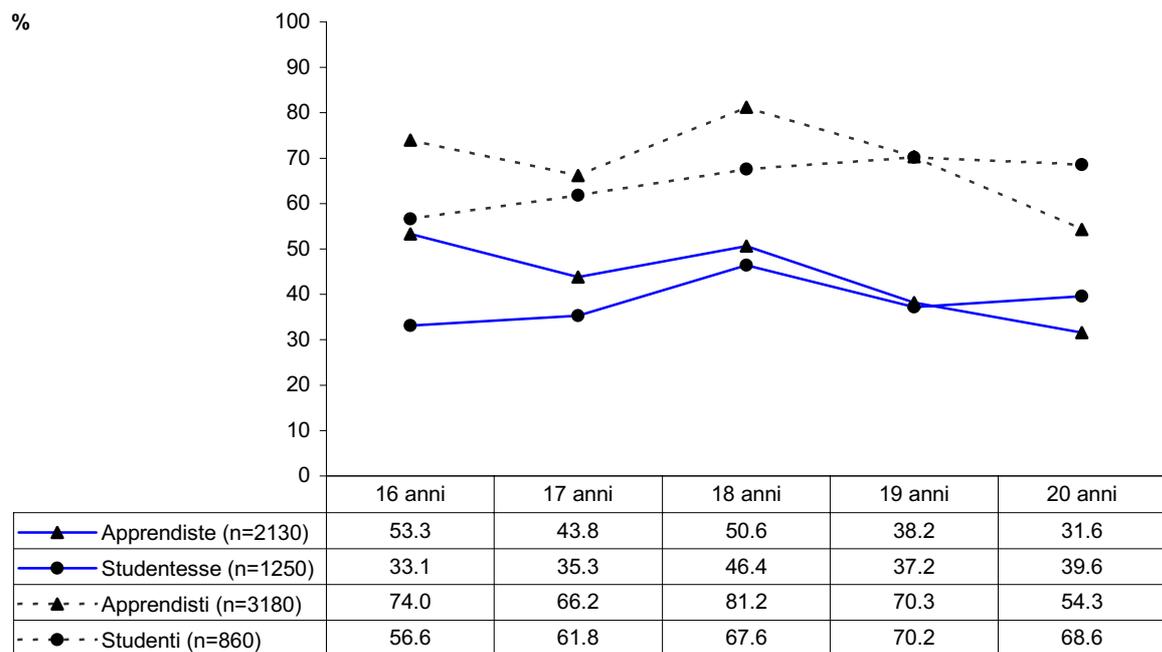


Grafico 3.4-13 Percentuali di giovani che dicono di consumare alcol almeno una volta alla settimana, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D76)

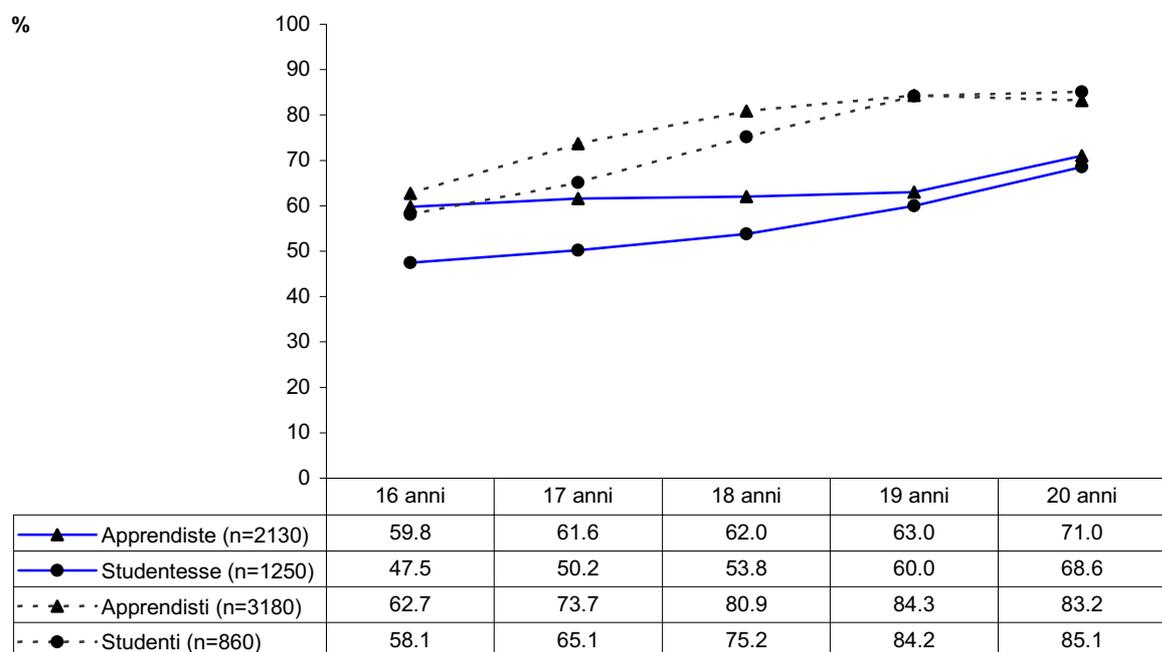


Grafico 3.4-14 Percentuali di giovani che hanno già conosciuto almeno un episodio d'ebrietà, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D78)

Uno dei problemi che il consumo di questo tipo di bevanda pone è che questo si accompagna facilmente a episodi d'ebrietà in quanto i giovani non realizzano chiaramente che queste bevande dolci e seduttrici contengono una quantità non indifferente di alcol. Il Grafico 3.4-14 dà un'idea del numero di giovani che hanno già vissuto uno stato d'ebbrezza almeno una volta nel corso della loro vita. Si può osservare che la proporzione di giovani che hanno già vissuto questa esperienza aumenta con l'età, ma è già relativamente elevata all'età di 16 anni.

Questo dato conferma i risultati dell'inchiesta HBSC dell'ISPA (Schmid, 2003) che mostra come all'età di 15-16 anni il 25.4% delle ragazze e il 41.9% dei ragazzi intervistati siano già stati ebbri almeno una volta. Le giovani apprendiste di 16-17 anni sono molto vicine ai loro compagni maschi; sono soprattutto i giovani studenti che si distinguono per un tasso più basso di frequenza di ebrietà. Da un altro lato, si constata che è soprattutto attorno all'età di 18-20 anni che si manifestano maggiormente le differenze tra ragazze e ragazzi. Per terminare, rileviamo il leggero aumento dei tassi tra i 18 e i 20 anni, fatto che indica che l'iniziazione all'ubriacatura, nelle nostre società, avviene soprattutto tra i 13 e i 17 anni, con una tendenza, stando alle cifre dell'ISPA (Schmid, 2003), ad un ringiovanimento dei gruppi che si sono ubriacati almeno una volta.

Si può dunque affermare che la maggioranza di adolescenti tra i 16 e i 20 anni, i ragazzi in proporzione più elevata rispetto alle ragazze, ha già vissuto almeno un episodio d'ebrietà nel corso della vita. Inoltre, come illustrato dalla Tabella 3.4-2, una quantità considerevole di giovani si ubriaca regolarmente. Le differenze tra ragazze e ragazzi, come pure quelle tra apprendisti e studenti, sono significative. Vale la stessa osservazione per le differenze secondo le fasce d'età considerate.

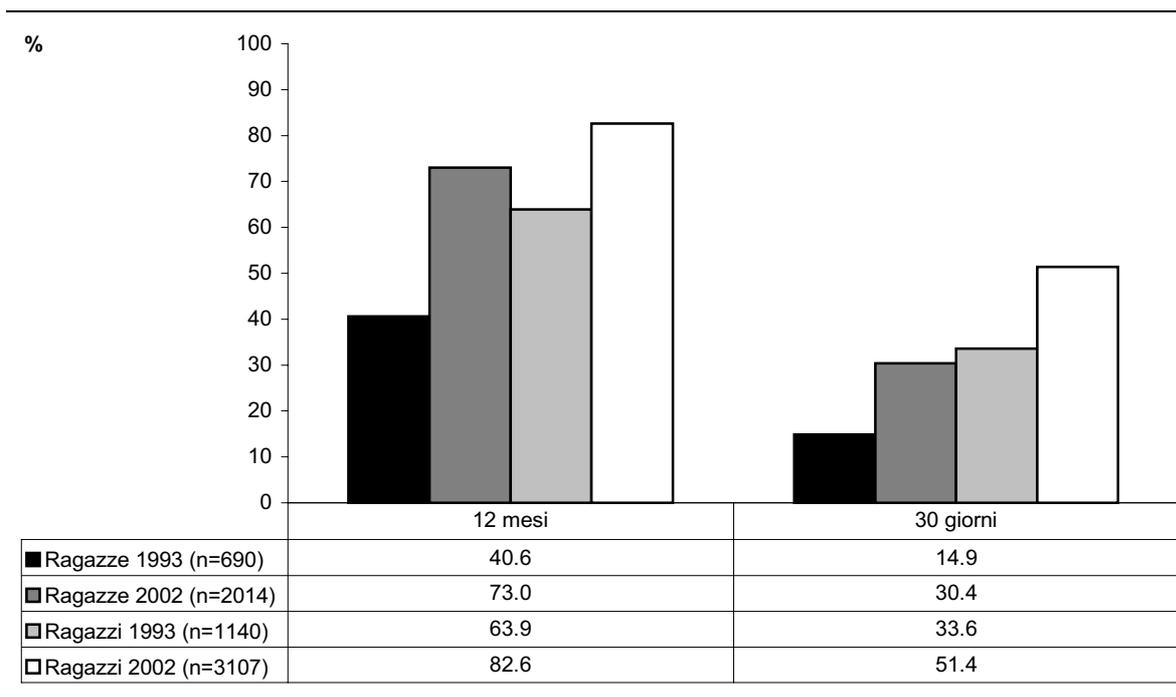
	Mai		1-2 volte		3-9 volte		10 volte o più	
	ragazze (%)	ragazzi (%)	ragazze (%)	ragazzi (%)	ragazze (%)	ragazzi (%)	ragazze (%)	ragazzi (%)
Nel corso della vita	1.3	.9	44.9	23.9	33.1	28.7	18.2	42.1
Durante gli ultimi 12 mesi	21.8	11.8	48.7	36.4	18.5	24.9	5.8	21.3
Durante gli ultimi 30 giorni	63.0	43.2	26.4	33.9	3.7	14.0	.4	3.5

\* Le percentuali sono calcolate considerando i giovani che hanno dichiarato di avere già essere stati ubriachi almeno una volta nel corso della vita.

Tabella 3.4-2 Percentuali di giovani che hanno conosciuto episodi d'ebrietà con diverse frequenze, secondo il sesso (SMASH 2002, D78)

### 3.4 Comportamenti legati alla salute

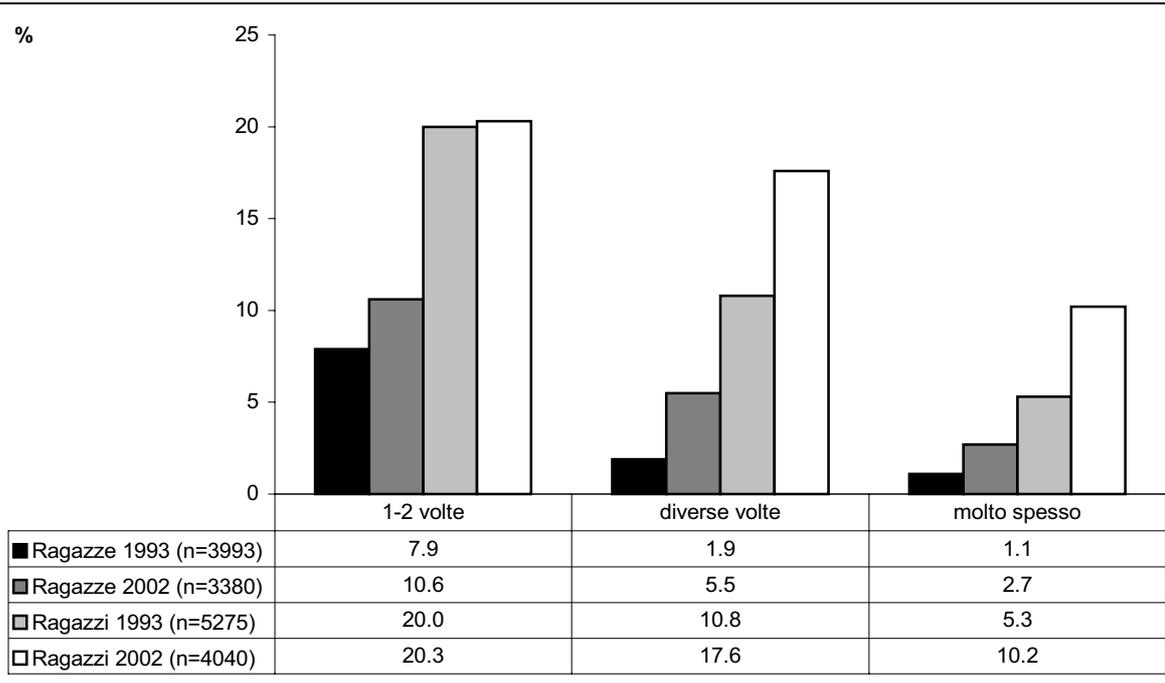
Se si vuole misurare l'evoluzione avvenuta negli ultimi dieci anni, bisogna essere prudenti, in quanto la composizione dei campioni delle inchieste 1993 e 2002 era un po' diversa. Detto ciò, sembra che la percentuale di giovani che si sono ubriacati una o più volte, soprattutto tra le ragazze, sia considerevolmente aumentata durante l'ultimo decennio (Grafico 3.4-15), in una proporzione del 20-40%. Anche la frequenza delle ubriacature sembra crescere, poiché la proporzione di giovani che segnalano tre o più ubriacature durante l'anno e soprattutto durante l'ultimo mese sembra essere abbastanza aumentata. Se l'esperienza dell'ebrietà è aumentata tra le ragazze, la sua frequenza rimane comunque più elevata tra i ragazzi, in quanto la percentuale che segnala ubriacature durante il mese precedente l'inchiesta è nettamente più grande.



\* I dati del 1993 sono basati sul 25% degli intervistati che ha ricevuto il modulo sull'utilizzo delle sostanze.

**Grafico 3.4-15** Percentuali di giovani, tra i consumatori d'alcol, che segnalano almeno un episodio di ebrietà durante i 12 mesi e/o i 30 giorni precedenti l'inchiesta, secondo il sesso, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D78)

Le potenziali conseguenze delle ubriacature sono conosciute: rischio d'incidenti, di violenze e di risse, diminuzione del rendimento scolastico o ancora assunzione di rischi sotto l'influsso dell'alcol. Il Grafico 3.4-16 mostra che molti giovani ammettono di essersi messi al volante (auto o motocicletta) pur sentendosi ubriachi. Così nel 2002 un ragazzo su dieci dichiara di guidare spesso un veicolo in stato d'ebbrezza. Inoltre, la proporzione di giovani che segnalano una simile situazione è notevolmente aumentata negli ultimi 10 anni.



\* I dati del 1993 sono basati sul 25% degli intervistati che hanno ricevuto il modulo sull'utilizzo di sostanze

Grafico 3.4-16 Percentuali di giovani che riconoscono di aver guidato in stato d'ebbrezza un veicolo (2 o 4 ruote), sull'insieme del campione, secondo il sesso, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D30)

	Ragazze (%) n = 3380	Ragazzi (%) n = 4040
<b>Problemi individuali</b>	<b>17</b>	<b>33</b>
Diminuzione del rendimento a scuola al lavoro, compreso l'assenteismo	2.9	5.3
Oggetti o abiti rovinati	7.9	21.7
Valori persi (denaro, ecc.)	8.9	16.0
Incidenti, ferite	6.2	16.6
<b>Problemi relazionali</b>	<b>15</b>	<b>27</b>
Lite, rissa	4.7	17.6
Problemi relazionali con amici/amiche	8.1	9.8
Problemi relazionali con i tuoi genitori	5.4	8.5
Problemi relazionali con i/le tuoi/tue insegnanti	0.8	2.0
Problemi relazionali con i/le colleghi/e	3.4	4.5
<b>Rapporti sessuali</b>	<b>8</b>	<b>15</b>
Rapporto sessuale non voluto	4.1	7.1
Rapporto sessuale non protetto	5.5	7.3
Problemi di erezione (il pene non diventa duro)	nc	5.1
<b>TOTALE (almeno una volta un qualsiasi problema)</b>	<b>27</b>	<b>46</b>

nc : not concerned

Tabella 3.4-3 Percentuali di giovani che ammettono di avere riscontrato problemi in seguito al consumo di alcol, sull'insieme del campione, secondo il sesso (SMASH 2002, D79)

### 3.4 Comportamenti legati alla salute

Oltre a guidare in stato d'ebbrezza e ai potenziali rischi che questo comporta, esistono altre possibili complicazioni dovute al consumo eccessivo di alcol. La Tabella 3.4-3 ne elenca alcune, sull'insieme del collettivo.

Si osserva che la percentuale di giovani che hanno subito danni corporali, finanziari o psicologici è elevata: un quarto delle ragazze e praticamente la metà dei ragazzi dichiarano di avere avuto almeno una volta un problema causato dal proprio consumo di alcol. Questi problemi sono significativamente più presenti tra gli apprendisti di entrambi i sessi che tra gli studenti. Inoltre, è preoccupante rilevare che il consumo d'alcol comporta per una quota non trascurabile di giovani di entrambi i sessi delle assunzioni di rischio nella sfera della sessualità, confermando in questo senso le constatazioni fatte alcuni anni fa nell'ambito di un'inchiesta nazionale sulla sessualità di giovani della stessa età (Narring, Wydler, & Michaud, 2000).

Riassumendo, l'evoluzione osservata in questi ultimi anni porta a concludere da una parte che vi è un aumento della frequenza del consumo d'alcol – probabilmente legata all'apparizione degli alcopop, in particolare tra le giovani adolescenti. D'altra parte si constata un cambiamento delle modalità d'uso di alcol con una tendenza a consumare grandi dosi di bevande in poco tempo con lo scopo di ottenere lo stato d'ebbrezza. Questa tendenza è verosimilmente accompagnata da un aumento dei comportamenti a rischio sotto l'effetto di bevande alcoliche, come lo testimonia l'aumento della percentuale di giovani che guidano in stato d'ebbrezza. Tutto porta a pensare che il rapporto con l'alcol si stia modificando: i giovani ne consumano meno nell'ottica puramente festiva e più con l'unico obiettivo di provare sensazioni d'ebbrezza, obbedendo in questo modo ad una valorizzazione eccessiva nella nostra società dei comportamenti sperimentali e dell'assunzione di rischio (Le Breton, 1991). A tale proposito non possiamo che appoggiare le misure prese recentemente nel nostro paese volte a limitare l'accesso alle bevande alcoliche, come l'aumento delle tasse sugli alcopop o un più severo controllo della vendita di bevande alcoliche ai minori. Si potrebbe anche auspicare che si passi dal tasso massimo di alcolemia del 0.8 al 0.5 per mille il più presto possibile. Bisognerebbe sviluppare maggiormente campagne di promozione per il ritorno al domicilio in compagnia di un autista sobrio, sull'esempio di «Nez rouge» nei periodi di Natale o della campagna "be my angel" della Federazione vodese contro l'alcolismo. Messaggi coerenti intesi a promuovere l'utilizzo del preservativo («safe sex») a livello di tutta la società si sono mostrati efficaci nel cambiamento dei comportamenti dei giovani (Dubois-Arber, Jeannin, & Spencer, 1999). Si potrebbe sperare che campagne del tipo «safe drinking» abbiano in futuro lo stesso impatto, a condizione che vengano sostenute dall'intera società, com'è il caso in alcuni paesi nordici (Bergman & Rivara, 1991). Non bisogna infatti dimenticare che il problema dell'alcol non riguarda unicamente gli adolescenti: è dunque riflettendo in generale sul consumo di alcol nella nostra società che si potranno limitare le conseguenze del consumo problematico d'alcol tra i giovani.

### 3.4.4 Uso della canapa

Nel nostro paese, come nel resto del mondo, l'uso della canapa rimane un tema molto controverso. Se si conviene che un utilizzo sperimentale, occasionale, ricreativo della canapa non comporta alcun danno, la maggior parte degli studiosi sono concordi nell'affermare che gli effetti negativi di un consumo *regolare* di canapa sono dimostrati, sia sulla salute fisica che mentale (Hall & Solowij, 1998) : a lungo termine vi sono effetti sul tratto respiratorio e aumenta il rischio di psicosi o di disturbi neuropsicologici. Sono tuttavia soprattutto gli effetti a corto e medio termine di un uso abusivo di canapa sull'inserimento familiare, sociale e professionale che preoccupano i genitori e i professionisti coinvolti (Lynskey & Hall, 2000) : abbandono di attività sportive, calo del rendimento scolastico, indebitamento, assunzione di rischi sotto l'effetto di sostanze e isolamento sociale, tutti problemi riscontrati in una parte dei giovani che fanno un uso quotidiano, o addirittura più volte al giorno, di canapa.

L'uso della canapa inizia prima dei 15 anni per più della metà degli adolescenti intervistati, dato che conferma del resto le inchieste HBSC (Schmid, 2003). All'età di 16-17 anni, e in particolare tra le ragazze, si constata inoltre un aumento supplementare della percentuale di consumatori (Grafico 3.4-17). Le percentuali di intervistati che indicano un consumo di canapa almeno una volta nel corso della vita evolve solo marginalmente dopo i 17-18 anni. Contrariamente a quanto accade per il consumo di tabacco, le differenze tra apprendisti e studenti sono trascurabili.

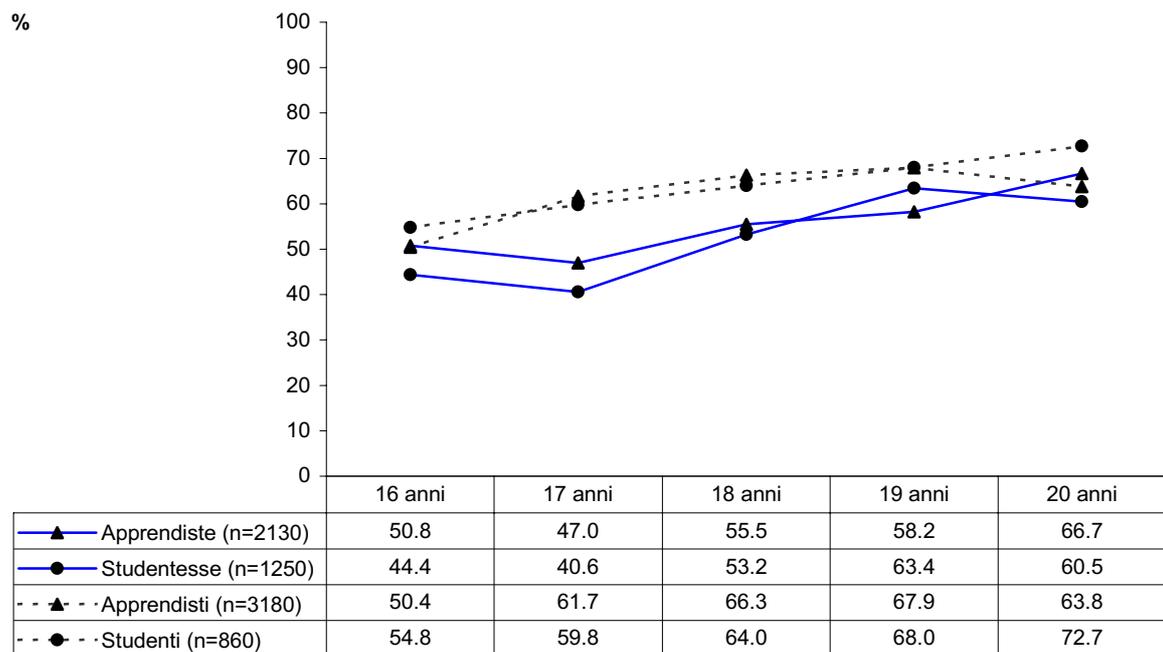
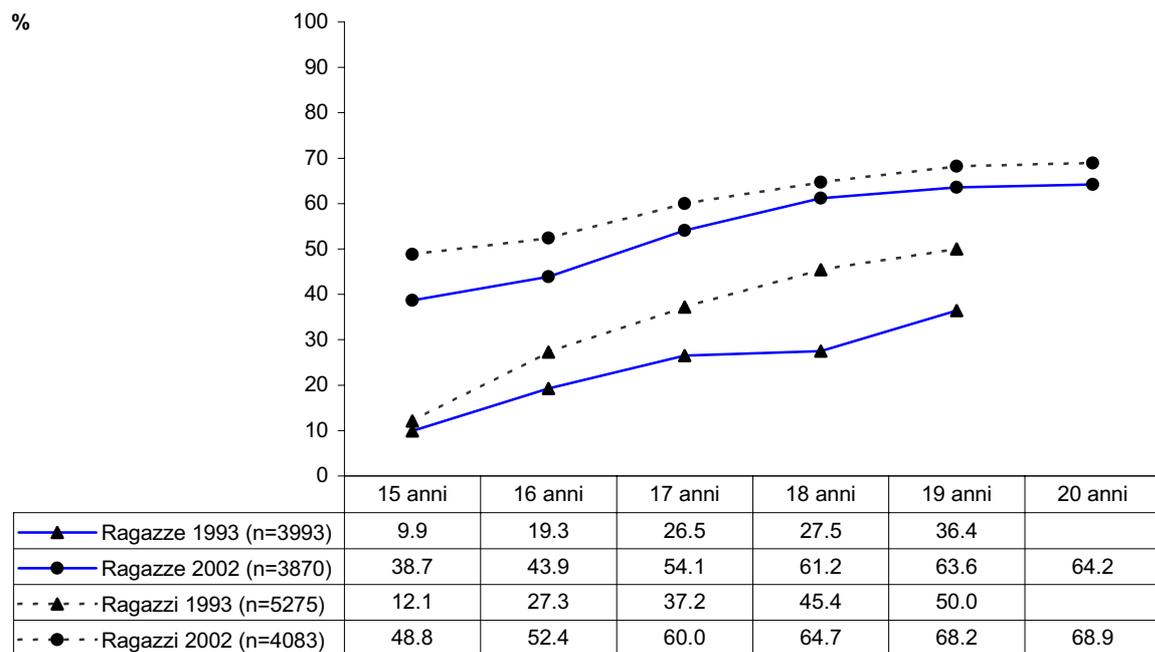


Grafico 3.4-17

Percentuali di giovani che segnalano di avere consumato canapa almeno una volta nel corso della vita, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D80)

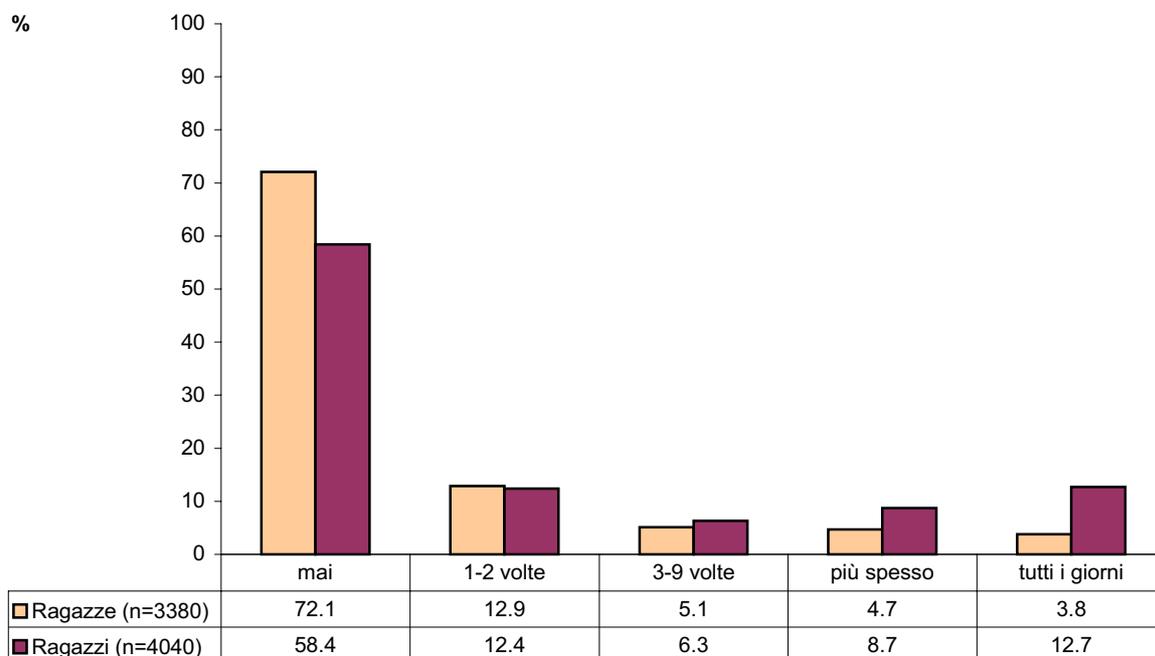
Queste percentuali contrastano notevolmente con quelle ottenute dieci anni fa, dalle quali emergeva che era piuttosto dopo i 16 anni e fino ai 19-20 anni che questa iniziazione aveva luogo. Il Grafico 3.4-18 illustra il cambiamento che sembra essere avvenuto negli ultimi dieci anni, ossia una maggiore precocità nell'accesso alla canapa e una più elevata percentuale di giovani che ne hanno consumata, per ogni fascia d'età considerata, ma in modo molto importante tra i 15 e i 17 anni. Tuttavia, come abbiamo già evidenziato, è necessario essere prudenti nell'interpretazione di queste cifre, considerando le differenze di composizione dei campioni delle due inchieste.

### 3.4 Comportamenti legati alla salute



\* Le percentuali di consumo a 15 anni nel 2002 sono tratte dallo studio dell'ISPA (Schmid, 2003).

**Grafico 3.4-18** Percentuali di giovani che indicano di avere fatto uso di canapa almeno una volta, secondo il sesso, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D80)



**Grafico 3.4-19** Frequenze del consumo di canapa durante gli ultimi 30 giorni, secondo il sesso (SMASH 2002, D81)

E' utile chiedersi con quale frequenza è consumata la canapa. Il Grafico 3.4-19 mostra un quadro dei risultati. Si osserva che quasi tre ragazze su quattro e un ragazzo su due non segnalano nessun consumo durante il mese precedente l'inchiesta.

Se si sottraggono le percentuali di giovani che hanno consumato canapa durante gli ultimi 30 giorni da quelle che ne hanno consumato almeno una volta nel corso della vita, si ottiene una stima dei giovani che ne hanno abbandonato l'uso oppure che ricorrono raramente alla canapa : è il caso per il 25% delle ragazze e per il 22% dei ragazzi. In altri termini, è probabile che circa la metà dei giovani intervistati abbia più o meno rinunciato al consumo di canapa e che una percentuale supplementare del 15-20% di essi ne fa un uso occasionale. I ricercatori dell'ISPA hanno anche dimostrato che se da un lato le percentuali di giovani consumatori di canapa sono aumentate, le percentuali di giovani sperimentatori che segnalano di averla utilizzata nel corso della loro vita ma non durante l'anno precedente l'inchiesta sono anch'esse abbastanza aumentate (Schmid, 2003). La percentuale di giovani che ne faccia un uso regolare resta quindi proporzionalmente abbastanza debole rispetto all'insieme dei consumatori : attorno al 10% dei ragazzi intervistati e circa il 5% delle ragazze dichiarano un uso almeno quotidiano o addirittura più volte al giorno di questa sostanza.

	Ragazze (%) n = 3380	Ragazzi (%) n = 4040
<b>Almeno un problema individuale</b>	<b>12</b>	<b>15</b>
Diminuzione del rendimento a scuola, al lavoro, assenteismo	9.3	12.4
Oggetti o abiti rovinati	2.0	5.7
Valori persi (denaro, ...)	4.0	7.1
Incidenti, ferite	2.4	5.8
<b>Almeno un problema relazionale</b>	<b>10</b>	<b>14</b>
Lite, rissa	2.3	6.3
Problemi relazionali con amici/amiche	5.4	6.0
Problemi relazionali con i tuoi genitori	6.4	7.0
Problemi relazionali con i/le tuoi/tue insegnanti	1.5	2.0
Problemi relazionali con i/le colleghi/e	3.0	2.7
<b>Almeno un rapporto sessuale</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
Rapporto sessuale non voluto	1.4	3.3
Rapporto sessuale non protetto	1.3	3.5
<b>TOTALE (almeno una volta un qualsiasi problema)</b>	<b>16</b>	<b>25</b>

Tabella 3.4-4 Percentuali di giovani che segnalano di aver avuto differenti problemi legati all'uso di droga, secondo il sesso (SMASH 2002, D83)

La Tabella 3.4-4 elenca le quote di giovani che segnalano problemi legati all'uso di droga. E' impressionante osservare che la quantità di questi problemi avvertiti dagli intervistati è relativamente importante, anche se la percentuale di giovani che segnalano difficoltà in diversi campi è circa due volte meno importante rispetto a quando vi è consumo d'alcol (Tabella 3.4-3). Si osserva un'eccezione importante a questa constatazione : una proporzione elevata di giovani indica problemi scolastici o professionali in relazione all'uso di canapa e di droghe in generale, più del doppio rispetto all'uso di alcol ! In altri termini, se le conseguenze dell'uso problematico di alcol si fanno sentire soprattutto nella sfera della violenza e della sessualità, quelle relative all'uso di canapa si fanno sentire nel campo

### 3.4 Comportamenti legati alla salute

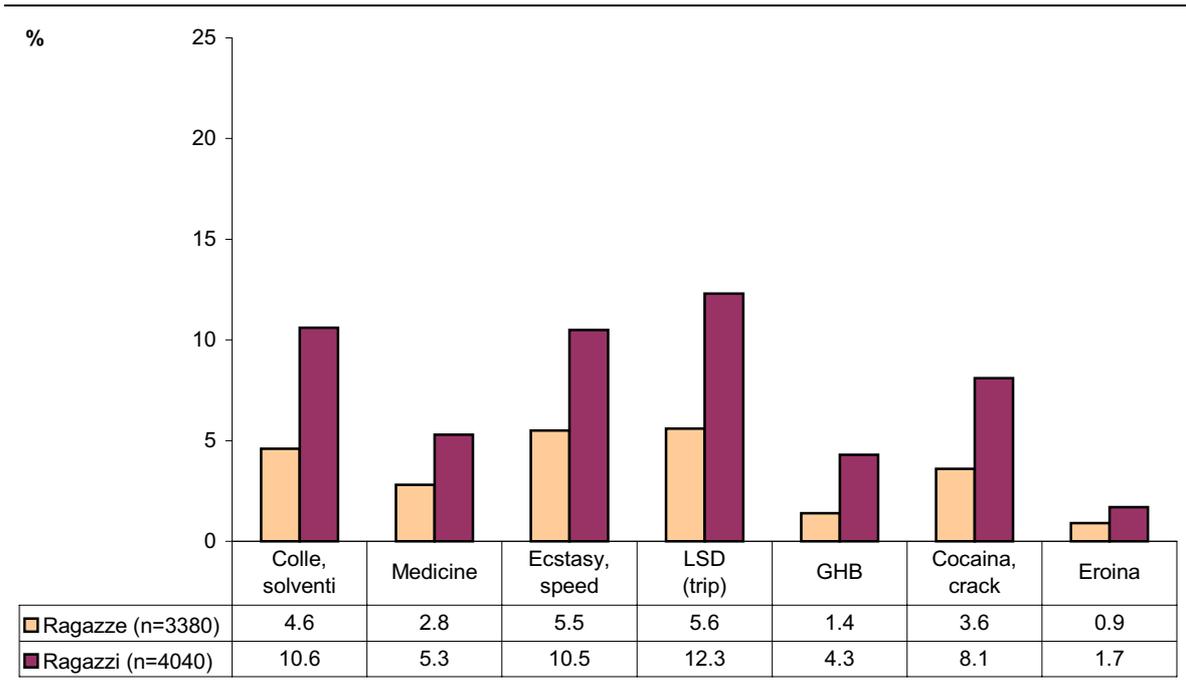
scolastico e professionale per circa il 10% del campione, senza differenza tra ragazze e ragazzi. Non è sorprendente che sia l'effetto disinibitorio dell'alcol preso in grandi quantità in certe occasioni festive che traspaia da queste cifre, mentre è l'effetto deleterio della canapa sulla memoria e sulle capacità di concentrazione che si fa sentire tra i giovani che ne consumano probabilmente quotidianamente o più volte alla settimana.

Quali conclusioni trarre da questi risultati? Innanzi tutto la tendenza a un consumo generalizzato della canapa sembra confermarsi, come pure la precocità dell'accesso, poiché a 15 anni il 40% delle ragazze e il 50% dei ragazzi l'hanno già provata. È importante senza dubbio intervenire prima rispetto al passato con attività di sensibilizzazione e di prevenzione. In molti casi, questo consumo rimane sperimentale o occasionale, quindi probabilmente senza conseguenze sulla salute e psicosociali. Peraltro, un numero crescente di adolescenti consuma quotidianamente la canapa o addirittura più volte al giorno, e come conseguenza quasi il 10% dei giovani intervistati segnala problemi scolastici o professionali legati a questo consumo. È importante riflettere su dispositivi che possano scoraggiare questi giovani a fare un uso che potrebbe perturbare durevolmente il loro sviluppo psicosociale e il loro apprendimento scolastico e professionale. Il discorso attuale tende purtroppo a focalizzarsi sui rischi della canapa in generale, mentre sarebbe molto più importante capire il rapporto che certi giovani hanno con questa sostanza: da una parte le quantità e la frequenza di consumo e soprattutto il contesto nel quale si consuma e la personalità dei giovani consumatori.

#### 3.4.5 Uso di altre droghe

Questo capitolo è dedicato soprattutto all'uso di droghe illegali al di fuori della canapa, ossia principalmente alle droghe di sintesi e alla cocaina. Sono state pure aggiunte sostanze relativamente disponibili sul mercato, quali le colle, i solventi e i medicamenti psicotropi. Se non è necessario dilungarsi sugli effetti nocivi di sostanze come l'eroina e la cocaina, è importante sottolineare che molti lavori hanno evidenziato recentemente i rischi legati al consumo di sostanze di sintesi, in particolare dell'ecstasy (INSERM, 2001), per la quale è stato dimostrato che può provocare lesioni cerebrali. Da 10-20 anni l'uso di droghe di sintesi si è notevolmente diffuso. Inoltre nel nostro paese il consumo di eroina e di cocaina rimane un problema molto preoccupante. L'inchiesta SMASH permette di valutare le percentuali di giovani di entrambi i sessi che fanno uso di simili sostanze, nel corso della vita o durante gli ultimi 30 giorni. Sottraendo le percentuali di giovani che hanno consumato tali prodotti durante il mese precedente l'inchiesta da quelle che indicano l'uso di tali prodotti almeno una volta nella vita, si ottiene un'approssimazione dei consumatori sperimentatori o occasionali di queste sostanze. Beninteso ci si può interrogare sulla validità delle risposte a simili domande ma la letteratura suggerisce che le percentuali così ottenute sono relativamente attendibili, a condizione che i questionari siano distribuiti in un quadro strutturato e che assicurino un anonimato completo, come è il caso per la presente ricerca (Bjarnason, 1995).

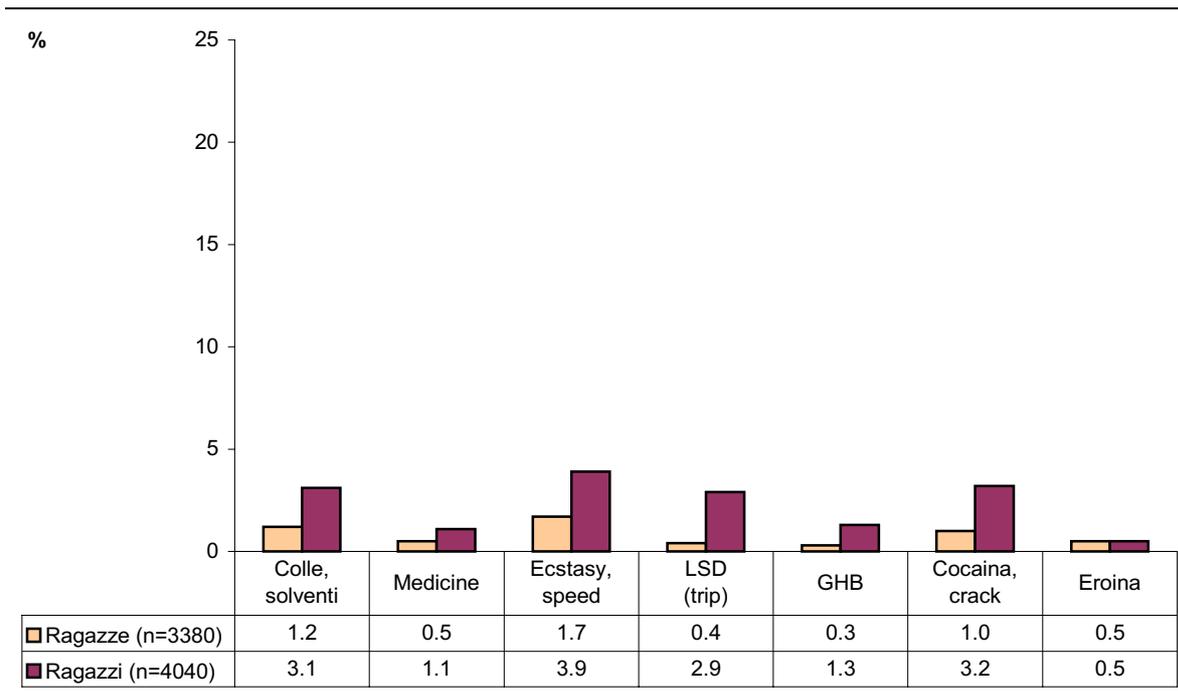
Il Grafico 3.4-20 presenta le percentuali di intervistati che ammettono di aver fatto ricorso almeno una volta nella loro vita a una droga illegale. Una ragazza su venti e un ragazzo su dieci circa hanno consumato una o più droghe di sintesi almeno una volta nel corso della vita. Le percentuali più elevate riguardano l'ecstasy e l'LSD ; di fatto – e non si tratta del minore dei problemi legati all'uso di droghe di sintesi – per i consumatori non è sempre possibile sapere con esattezza il tipo di sostanza che consumano. Il tasso di intervistati che dichiarano di aver fatto ricorso alle colle è relativamente alto ; bisogna comunque ricordare che questa categoria raggruppa diversi tipi di sostanze da inalare : colle, solventi, benzina, etere, elio, ecc.



**Grafico 3.4-20** Percentuali di giovani che ammettono di aver ricorso almeno una volta nella vita a differenti droghe, secondo il sesso (SMASH 2002, D80)

Uno dei risultati più sorprendenti riguarda il consumo di cocaina, che tocca una proporzione considerevole di giovani (soprattutto ragazzi), tenuto conto dei grossi rischi che ciò comporta. Questo tasso elevato conferma le cifre ottenute recentemente dall'ISPA tra i giovani di 15 anni (Schmid, 2003). Tuttavia, come emerge dal Grafico 3.4-21, una minoranza di giovani intervistati dichiara di averne consumato durante il mese precedente l'inchiesta. D'altra parte, se il 4% delle ragazze e il 9% dei ragazzi circa ammettono di avere fatto uso almeno una volta di droghe pesanti, solo una minoranza dichiara di essersele iniettate.

### 3.4 Comportamenti legati alla salute



**Grafico 3.4-21** Percentuali di giovani che segnalano di avere usato differenti droghe durante il mese precedente l'inchiesta, secondo il sesso (SMASH 2002, D81)

Il Grafico 3.4-21 presenta le percentuali di consumatori più «recenti» di diverse sostanze, poiché dichiarano di avere consumato diversi prodotti durante il mese precedente l'inchiesta. Si osserva che le percentuali sono nettamente inferiori rispetto a quelle relative ai consumi nel corso della vita: la metà dei giovani che hanno segnalato un uso di droghe di sintesi ne hanno fatto uso recentemente. In altri termini, una parte dei giovani che ammettono di avere preso queste droghe definite pesanti ne fa probabilmente un uso occasionale, forse anche puramente esplorativo.

Il Grafico 3.4-22 e il Grafico 3.4-23 permettono di farsi un'idea dell'importanza del consumo di droghe di sintesi e di cocaina in funzione dell'età, del sesso e della formazione. La conclusione più evidente che si può trarre da questi due grafici è innanzi tutto che i giovani hanno il primo contatto con sostanze psicoattive illegali diverse dalla canapa tra i 16 e i 20 anni (al di là dell'età dei 15 anni): questo vale sia per le droghe di sintesi che per la cocaina. Il costo nettamente più elevato di questi prodotti e la loro disponibilità, limitata ad avvenimenti festivi precisi («raves»), possono in parte spiegare questo fenomeno. Un'altra constatazione sorprendente è la differenza evidente di percentuali di consumatori fra studenti e apprendisti, in particolare tra i ragazzi. I motivi di tali differenze meritano di essere approfonditi, ma si possono già citare alcune ipotesi come un'entrata più veloce nel mondo del lavoro, un più elevato potere d'acquisto per gli apprendisti, oppure uno stress maggiore in alcuni mestieri.

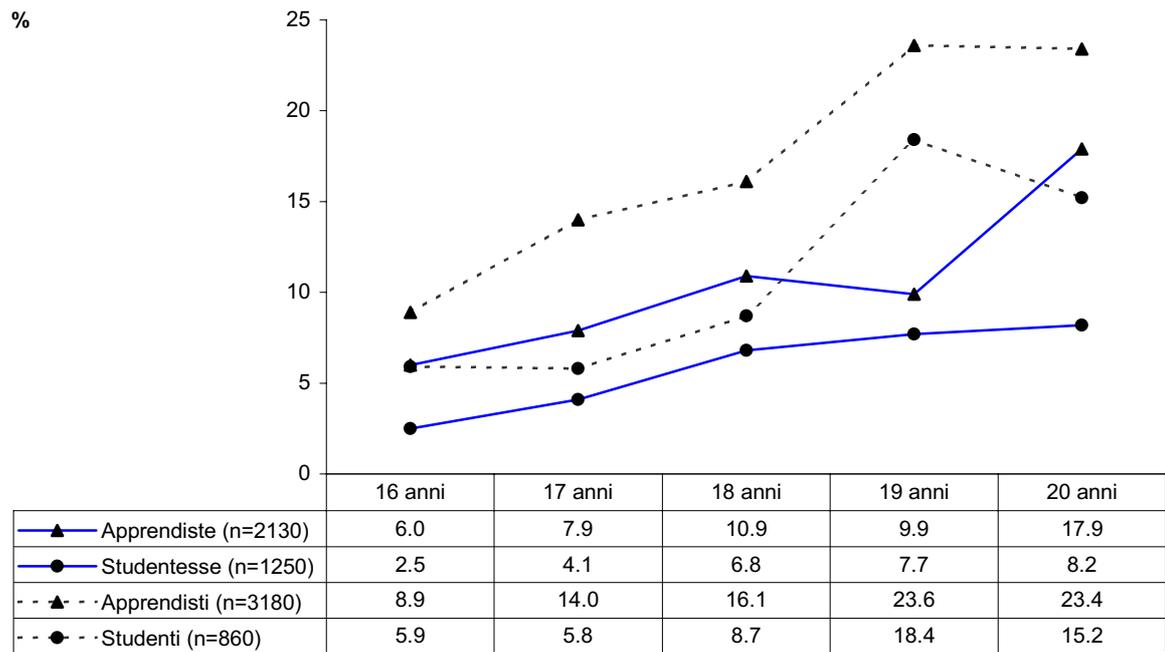


Grafico 3.4-22 Percentuali di giovani che hanno consumato almeno una volta nella della vita una droga di sintesi, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D80)

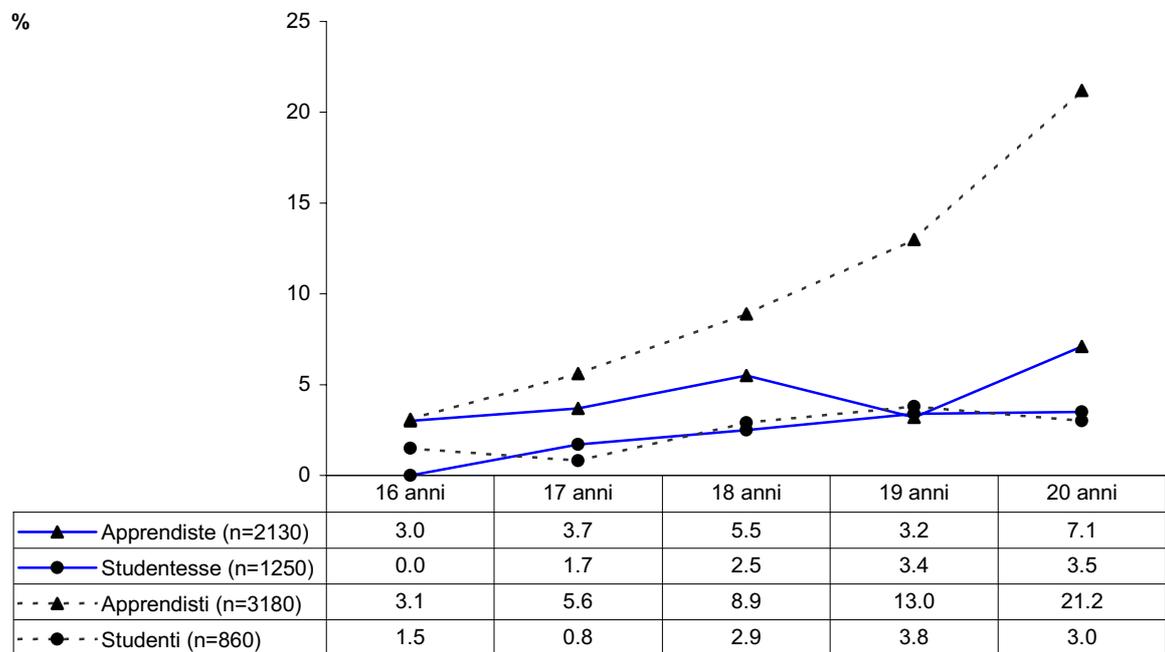
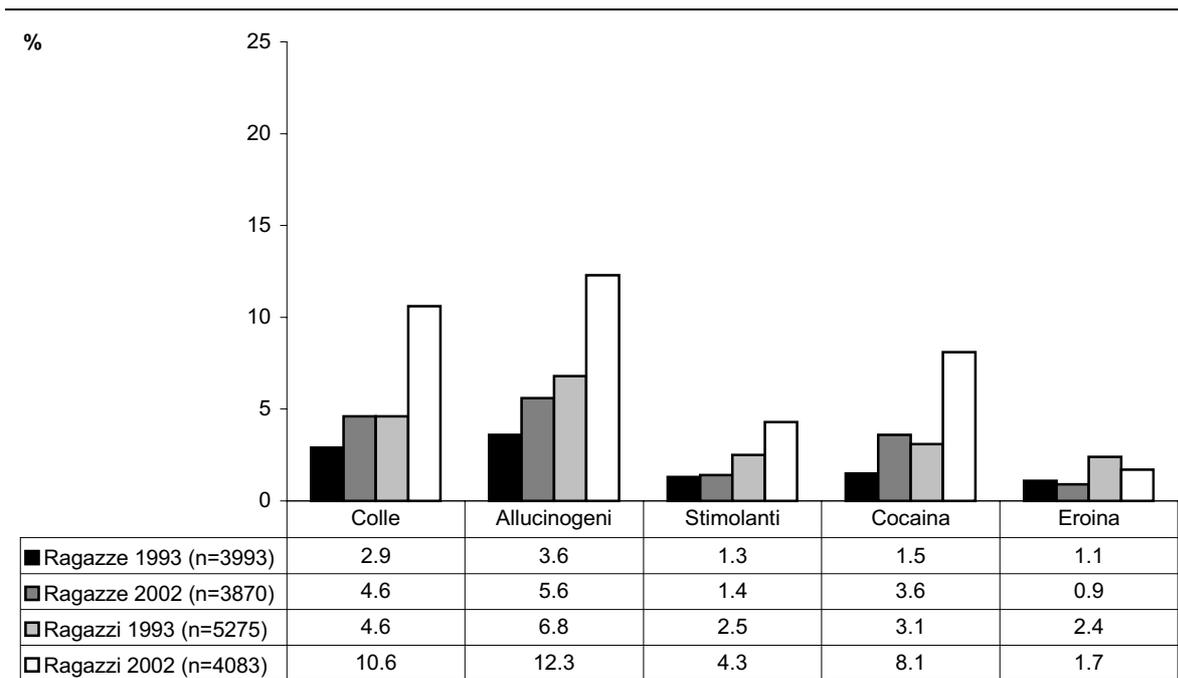


Grafico 3.4-23 Percentuali di giovani che hanno consumato cocaina almeno una volta nella vita, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D80)

### 3.4 Comportamenti legati alla salute

Per concludere, il Grafico 3.4-24 permette di valutare l'evoluzione del consumo di diverse droghe durante gli ultimi dieci anni, con le riserve già segnalate riguardanti una differenza di composizione dei due campioni. In altri termini, questi paragoni hanno unicamente un valore indicativo. Se il consumo di eroina sembra rimasto stabile, stupisce l'apparente aumento dell'uso di droghe di sintesi e soprattutto di cocaina, il cui consumo è più che raddoppiato. Questa constatazione è confermata da un'osservazione fatta dai centri specializzati nei problemi di dipendenze che, da qualche anno, notano una stabilizzazione del consumo di eroina ma un netto aumento del numero di giovani adulti gravemente dipendenti dalla cocaina, sia sniffata che iniettata per endovena.



**Grafico 3.4-24** Proporzioni di giovani che hanno consumato almeno una volta nella vita differenti droghe illegali, secondo il sesso, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D80)

Lo scenario offerto dal presente capitolo permette constatazioni contrastanti :

- Come constatazione positiva, va segnalato che la maggioranza degli adolescenti che usano prodotti psicotropi sembra riesca a gestirne gli effetti rimanendo unicamente consumatori ricreativi. Per questa categoria la prevenzione deve vertere essenzialmente sulla riduzione dei rischi legati ad alcune situazioni particolari, come ad esempio la guida di un veicolo. Un'altra buona notizia è quella di una stabilizzazione del consumo di eroina; si sarebbe potuto temere che l'aumento del consumo di sostanze psicoattive comportasse, alla fine, un'entrata facilitata nel consumo dei derivati dell'oppio.
- Alcune constatazioni meno rallegranti : nonostante alcune differenze di campionatura tra le inchieste 1993 e 2002, si deve purtroppo constatare un chiaro aumento della precocità dell'accesso alla canapa, come pure un incremento netto delle percentuali di giovani consumatori di sostanze psicoattive, che si tratti di alcol, di canapa o di droghe di sintesi. Inoltre, quasi il 10% dei giovani intervistati sembra essere coinvolto in un consumo problematico di questi prodotti, come lo testimoniano le conseguenze segnalate nel campo scolastico, professionale e relazionale (Lynskey & Hall, 2000). La validità di queste constatazioni è rafforzata dal fatto che l'inchiesta HBSC (Schmid, 2003) giunge alle stesse conclusioni. Inoltre, il quadro descritto nell'ambito dello studio SMASH presenta probabilmente una situazione ottimista della condizione dei giovani in Svizzera, poiché non

comprende tutta una frangia di adolescenti esclusi dal sistema di formazione, e di cui si sa che il consumo di prodotti psicotropi è nettamente più elevato (Delbos-Piot, Narring, & Michaud, 1995).

La descrizione dettagliata delle misure da adottare non rientra negli obiettivi di questo rapporto. La politica dei quattro pilastri messa a punto dalla Confederazione (Zobel et al., 2003), porta i suoi frutti in certi settori (per esempio nel consumo di eroina) e non dovrebbe essere messa in discussione. E' importante soprattutto che questa politica sia sostenuta in modo consistente dalle autorità cantonali e comunali, e che il discorso pubblico nel campo delle sostanze psicoattive, alcol compreso, sia centrato in maniera pragmatica sui problemi e rischi legati ai modi d'utilizzo e al contesto piuttosto che ai prodotti. Esistono approcci di prevenzione primaria che hanno dato prova di efficacia, in particolare nelle scuole e nelle comunità (Patton, Bond, Butler, & Glover, 2003; Tobler, 2000; White & Pitts, 1998), come la messa a punto di politiche coerenti di non consumo in diversi luoghi, comprese le scuole, o ancora l'elaborazione di programmi volti all'acquisizione di competenze di vita (ad esempio la gestione della pressione dei media e dei pari). E' anche possibile istituire azioni di prevenzione secondaria e terziaria per i giovani in situazione a rischio, come pure sostegni e trattamenti specifici per i giovani più in difficoltà (Borsari & Carey, 2000; Deas & Thomas, 2001; Fisher & Bentley, 1996; Jainchill, 2000; Savoy et al., 1999). Questi interventi non si focalizzano esclusivamente sul cattivo uso di sostanze, ma anche sulla salute mentale degli adolescenti come pure sul ripristino di un ambiente stimolante che porti loro delle prospettive per il futuro.

#### 3.4.6 Comportamenti protettivi (cintura di sicurezza e casco)

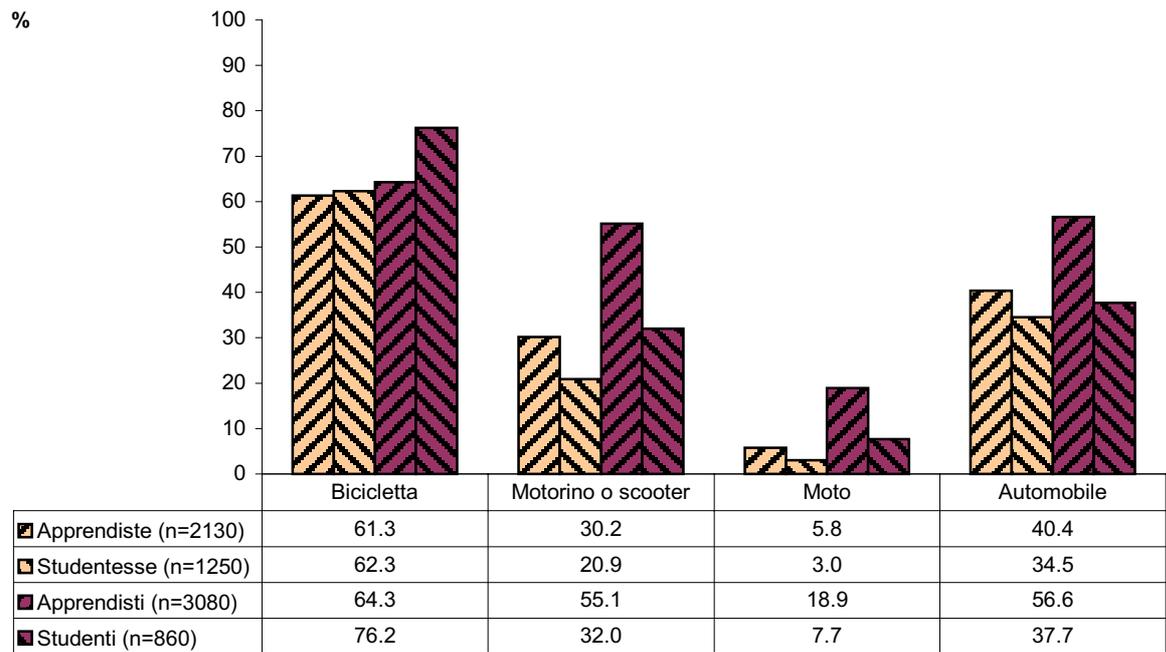
Il concetto di comportamenti protettivi si riferisce solitamente a comportamenti volti a migliorare la salute, nella prospettiva della «salutogenesi» sviluppata alcuni anni fa da Antonovski (Antonovski, 1986). Tra questi comportamenti, i più citati sono il fare colazione ogni mattina, seguire un'alimentazione equilibrata, mettere il casco, allacciare la cintura di sicurezza o praticare un'attività fisica regolare. E' necessario dunque dissociare questi comportamenti dai cosiddetti fattori protettivi, che sono caratteristiche sia individuali che ambientali che favoriscono l'adozione di comportamenti sani o che prevengono lo sviluppo di comportamenti a rischio (Hetherington, Blechman EA& al, 1996). In questo capitolo sono presentati unicamente i dati riguardanti la prevenzione degli incidenti della circolazione.

La mortalità legata agli incidenti della circolazione e ai traumi accidentali è la causa principale di mortalità tra gli adolescenti (Klein & Martos Auerbach, 2002) e uno dei principali problemi di salute pubblica nella maggior parte dei paesi industrializzati (vedi capitolo 3.6.1). Negli Stati Uniti (Irwin et al, 2002) il 37% della mortalità tra i giovani di 15-19 anni è dovuto a incidenti della circolazione e il 12% agli altri traumi accidentali. Nell'Unione Europea la metà dei decessi dei giovani dai 15 ai 24 anni tra il 1984 e il 1993 era dovuta agli incidenti, di cui la maggior parte erano incidenti stradali (84%) (Morrison et al., 2000). In altri termini, la metà dei decessi dei giovani è potenzialmente evitabile. La stessa cosa vale per la Svizzera (vedi capitolo 3.6.1).

La prevenzione degli incidenti della circolazione è quindi molto importante. E' stato dimostrato che l'uso della cintura di sicurezza quando si viaggia in auto o del casco quando si circola in moto e in scooter sono i metodi più efficaci per ridurre la morbilità legata agli incidenti (Steptoe et al., 2002) e che il loro utilizzo riduce significativamente la probabilità di morte in caso d'incidente (Petridou et al., 1998). In maniera analoga, l'uso del casco in bicicletta sembra prevenire tra il 60 e l'80% dei traumi cranici (AAP, 2001 ; Svanström et al., 2002).

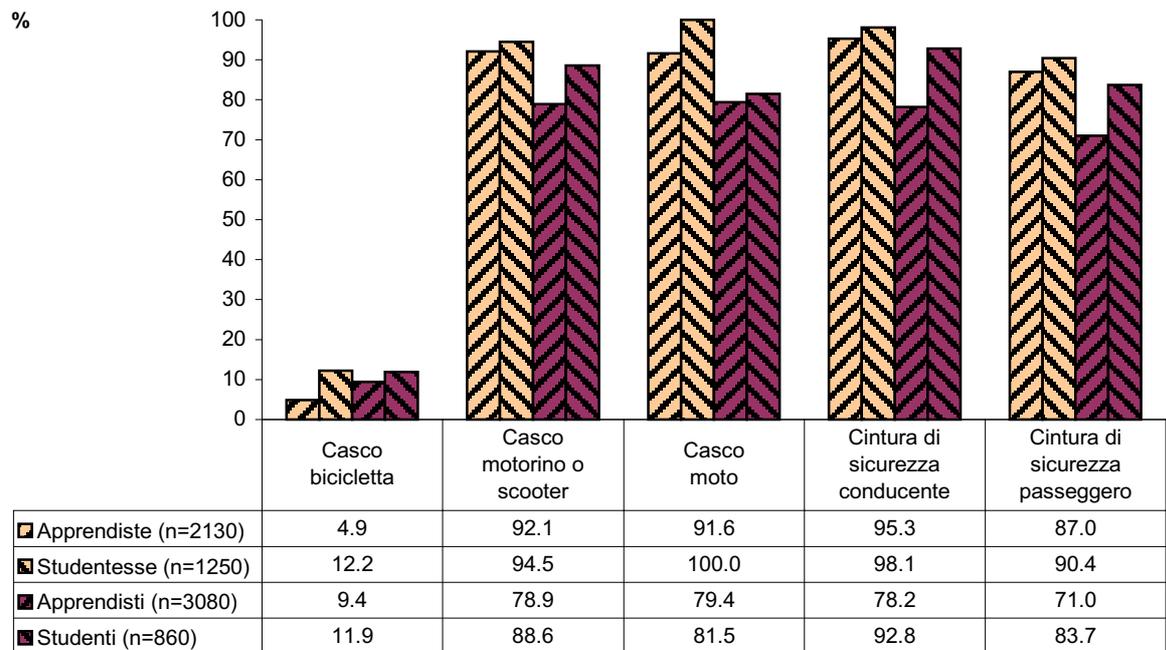
Com'è dunque la situazione in Svizzera? Il Grafico 3.4-25 mostra che ci sono significativamente più ragazzi che ragazze che hanno guidato una bicicletta, un motorino, una moto o un'auto durante gli ultimi 30 giorni. Sia per le ragazze che per i ragazzi, l'utilizzo della bicicletta e del motorino diminuisce significativamente con l'età, mentre l'utilizzo della moto/dello scooter e dell'automobile aumenta. Globalmente, l'utilizzo della bicicletta è più frequente tra gli studenti dei due sessi, mentre a ricorrere a veicoli a motore sono più numerosi gli apprendisti. Queste differenze tra studenti e apprendisti di entrambi i sessi potrebbero spiegarsi con il fatto che gli apprendisti lavorano e hanno quindi un potere d'acquisto maggiore.

### 3.4 Comportamenti legati alla salute



**Grafico 3.4-25** Proporzioni di giovani che hanno guidato differenti veicoli durante gli ultimi 30 giorni, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D25, D26, D27, D29)

Il Grafico 3.4-26 illustra l'uso di mezzi di protezione tra i giovani. Si osserva che l'uso di diversi mezzi di protezione è più diffuso tra le ragazze che tra i ragazzi; sembra anche più frequente tra gli studenti che tra gli apprendisti.



**Grafico 3.4-26** Percentuali di giovani che guidano differenti veicoli e usano mezzi di protezione, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D25, D26, D27, D28, D29)

I giovani che vanno in bicicletta utilizzano raramente un casco (per esempio, tra le apprendiste la proporzione è di una su venti!). Secondo diversi studi svolti nel mondo, gli adolescenti sono la fascia d'età che utilizza meno il casco in bicicletta (Finnoff et al., 2001; Nykolynshyn et al., 2003; Rodgers, 2003; Harlos et al., 1999); le percentuali rilevate tra gli adolescenti svizzeri sono molto più basse che in Canada (Nykolynshyn et al., 2003) o negli Stati Uniti (Finnoff et al., 2001) (rispettivamente il 29% e il 31%). Queste differenze sono senza dubbio dovute a una legislazione più severa in America del Nord. Uno studio condotto in Canada ha constatato un netto aumento dell'uso del casco dopo l'emanazione di una legge che ne obbliga l'utilizzo e una campagna educativa sulla stessa. Tra gli adolescenti canadesi (che continuavano ad essere il gruppo con il tasso d'uso più basso nella popolazione generale), la proporzione di coloro che utilizzavano il casco è aumentata dal 29 al 70% (LeBlanc et al., 2002).

Al contrario, più del 90% delle ragazze e l'80% dei ragazzi dichiarano di utilizzare sempre o quasi sempre il casco quando guidano un motorino o una moto. Queste proporzioni sono sempre più elevate tra le ragazze. Tra i ragazzi, gli apprendisti portano il casco meno spesso che gli studenti quando guidano un motorino, mentre non c'è differenza per quanto riguarda l'uso del casco per la moto. Paragonati ai giovani della stessa età, i tassi di utilizzo del casco tra gli adolescenti svizzeri sembrano leggermente superiori che in Spagna (80%) (Suris & Parera, 2002) e molto più elevati che in Grecia (20.2%) (Skalkidou et al., 1999), Italia (dove solamente un quarto dei giovani l'ha utilizzato durante l'ultimo percorso in moto) (Anonymous, 1996) o Stati Uniti (45%) (Everett et al., 2001).

Tra i giovani conducenti di automobili, le ragazze sembrano essere più ligie rispetto ai ragazzi per quanto riguarda l'uso della cintura di sicurezza e si ritrova la stessa differenza che si è rilevata per l'utilizzo del casco della moto tra apprendisti e studenti. La proporzione di adolescenti che allacciano sempre o quasi sempre la cintura di sicurezza quando sono passeggeri di un'auto è leggermente più bassa, ma rimane più frequente tra le ragazze che tra i ragazzi, e tra gli studenti che tra gli apprendisti. E' molto probabile che questi tassi inferiori – quando gli adolescenti sono passeggeri e non conducenti – siano dovuti alla minore tendenza generale (non solamente tra gli adolescenti!) ad allacciare la cintura quando si è seduti sui sedili posteriori del veicolo (Mellbring et al., 1981). L'inchiesta condotta dieci anni fa indicava già che il 70% degli adolescenti si allacciava sempre o quasi sempre la cintura di sicurezza quando si sedeva di fianco al conducente, mentre solo il 16% lo faceva quando era seduto dietro (Narring et al., 1994).

Di fatto, la grande maggioranza dei giovani svizzeri utilizza la cintura di sicurezza soprattutto quando guida. Questo tasso è superiore rispetto a quello rilevato in Spagna (Suris & Parera, 2002) dove equivale al 70% o negli Stati Uniti dove solamente un terzo dei giovani utilizza la cintura di sicurezza quando un'altra persona guida (Everett et al., 2001).

Riassumendo, sebbene sia auspicabile che tutti gli adolescenti portino sempre il casco o utilizzino sempre la cintura di sicurezza (e non quasi sempre) come conducenti o passeggeri dei veicoli a motore, i tassi dichiarati dagli adolescenti svizzeri scolarizzati sono abbastanza buoni. L'unico neo è lo scarso uso del casco per la bicicletta. Sarebbe necessario un doppio sforzo educativo e legislativo per migliorare questo tasso, poiché quando una legge è accompagnata da una campagna educativa, il suo impatto è più importante. D'altra parte, bisognerebbe anche dirigere gli sforzi di prevenzione verso la categoria degli apprendisti, che presentano tassi d'utilizzo di queste misure preventive nettamente inferiori. Quando i paesi introducono una legge che obbliga a portare il casco o ad allacciare la cintura di sicurezza, i tassi d'utilizzo aumentano considerevolmente (Steptoe et al., 2002). Tuttavia, la legislazione sull'uso di queste misure preventive non è sufficiente se la legge non è applicata, com'è il caso in Grecia (Skalkidou et al., 1999) o in Italia (Anonymous, 1996). L'importante è che i giovani comprendano che non ci si allaccia la cintura o si porta il casco unicamente per evitare una multa, ma perché è fondamentale per la sicurezza. E' stato dimostrato che i giovani che credono nell'importanza della cintura di sicurezza hanno quasi 9 volte più probabilità di utilizzarla rispetto a coloro che non la credono importante. E' in questo senso che la promozione dell'utilizzo deve essere condotta.

### 3.4 Comportamenti legati alla salute

#### 3.4.7 Utilizzo di Internet

Nel campo della salute, come in altri ambiti, il ricorso ad Internet può costituire una risorsa preziosa. In questo senso, il Web fornisce informazioni, a volte consigli o può indurre i giovani alla riflessione tramite forum come ha dimostrato il programma svizzero romando « Ciao » (Bernhardt & Hubley, 2001; Michaud, 2000; Michaud & Colom, 2003; Sout, Villegas, & Kim, 2001). Ciononostante, l'utilizzazione smoderata della rete – così come della televisione – può andare a discapito di diverse attività benefiche per la salute come l'attività fisica e sportiva – la cui assenza porta alla sedentarietà – e può pure portare alcuni giovani all'isolamento sociale. Inoltre Internet espone a volte i giovani utilizzatori a immagini e testi che non sono loro destinati e/o che non hanno cercato (pornografia, violenza, razzismo, vedi capitolo 3.6.2.3). E' in questa prospettiva che alcune domande su questo tema sono state incluse nello studio SMASH 2002.

Il Grafico 3.4-27 mostra le percentuali degli intervistati che utilizzano Internet (colonna di sinistra), con frequenze variabili (colonna di destra). Si può notare un utilizzo maggiore in media da parte dei ragazzi rispetto alle ragazze e degli studenti rispetto agli apprendisti. In generale, il tasso di utilizzatori è molto elevato, in particolare per gli studenti. Per esempio, un terzo degli studenti dice di connettersi quotidianamente al Web. E' tuttavia importante ricordarsi che le cifre non traducono l'utilizzo globale del Web da parte dei giovani nel loro insieme visto che solo gli adolescenti scolarizzati hanno partecipato all'inchiesta. Si può ipotizzare che, per delle ragioni socio-economiche, questo tasso di utilizzazione è più basso tra i giovani non inseriti in un tipo di formazione professionale. I tassi non variano molto in funzione dell'età.

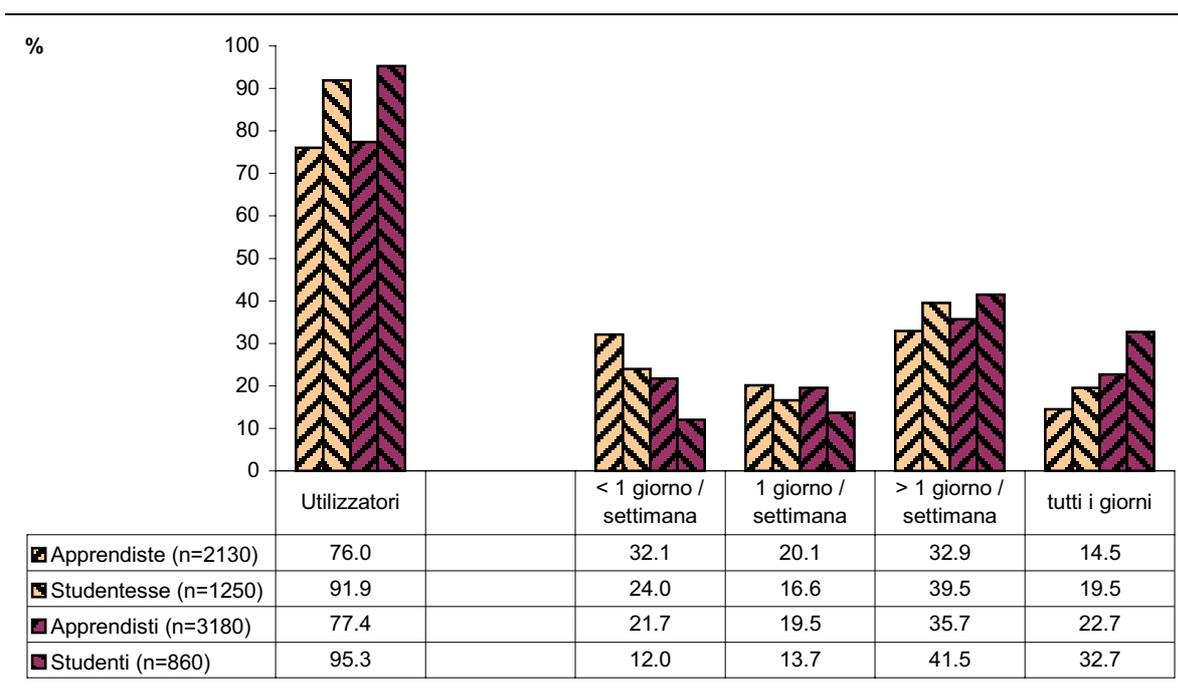


Grafico 3.4-27 Percentuali di giovani che dicono di utilizzare Internet, con differenze frequenze, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D87)

Il Grafico 3.4-28 dà un'idea del tempo trascorso dagli intervistati in Internet. Le differenze tra ragazze e ragazzi sussistono ma si attenuano. È sorprendente constatare che tra il 10% e il 15% delle ragazze e tra il 20% il 25% dei ragazzi dichiarano di trascorrere due ore o più al giorno in media davanti al computer. Questi tassi non variano in funzione dell'età.

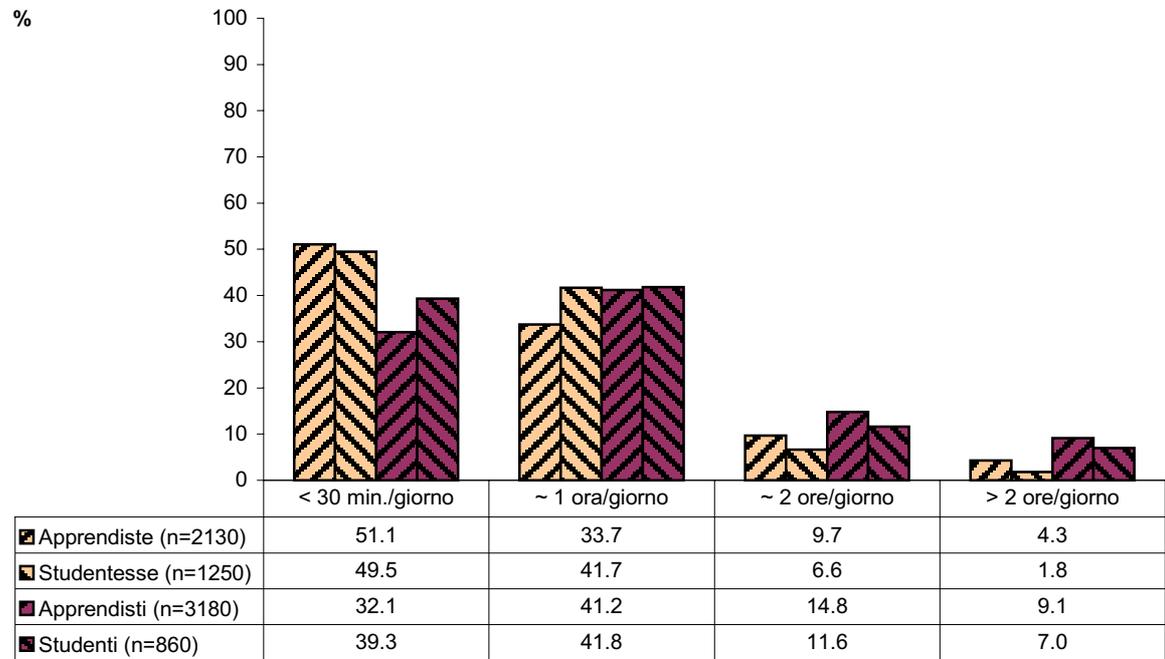
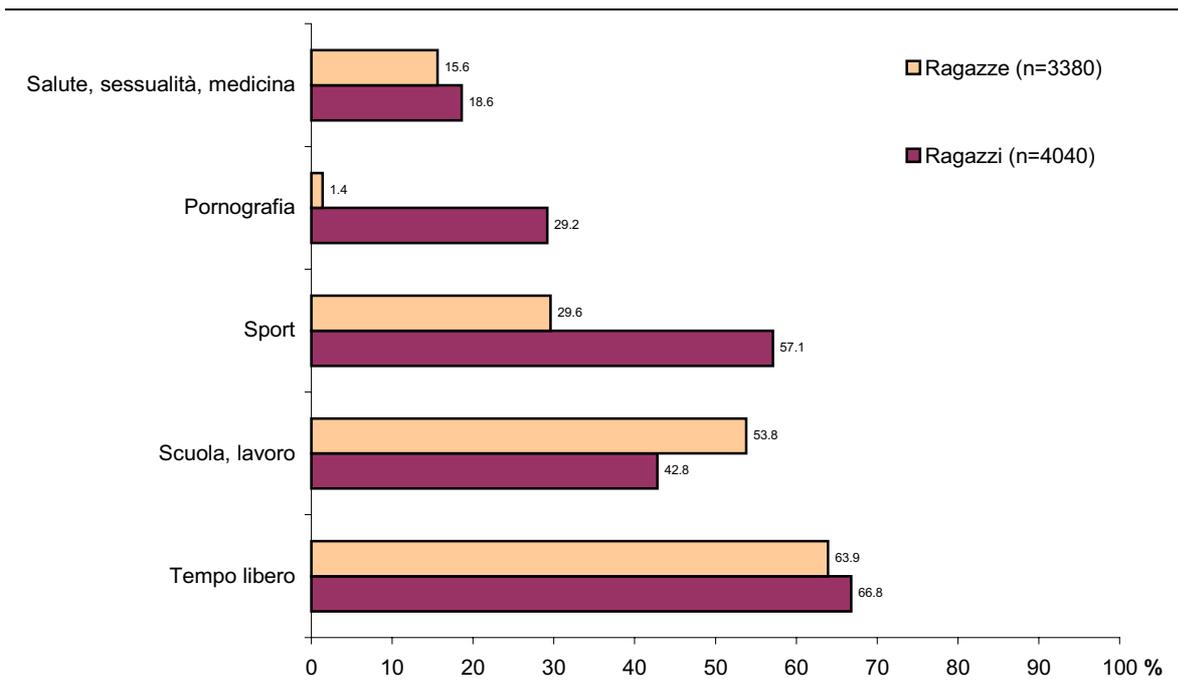


Grafico 3.4-28 Tempo medio trascorso dai giovani su Internet, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D87)

### 3.4 Comportamenti legati alla salute

Che utilizzo fanno i giovani del Web? Come si può vedere (Grafico 3.4-29), le differenze tra le ragazze e i ragazzi sono molto marcate. Se Internet costituisce una fonte di svago importante (informazioni sulla possibilità di svago, scaricamento di musica, scambio di e-mail, chat, ecc.) esso rappresenta per molti giovani uno strumento di lavoro non sottovalutabile visto che un giovane su due circa ricorre al Web per svolgere le proprie attività scolastiche (le ragazze in proporzione maggiore che i ragazzi). Lo sport attira soprattutto i ragazzi mentre i temi legati alla salute, alla sessualità e alla medicina sono abordati in parti praticamente uguali dalle ragazze e dai ragazzi. Le differenze maggiori tra ragazzi e ragazze sono dovute al fatto che circa un terzo dei ragazzi utilizza Internet per consultare siti pornografici.



**Grafico 3.4-29** Percentuali di giovani che dicono di consultare differenti temi sul Web, secondo il sesso (SMASH 2002, D88)

Un'ultima domanda riguardava l'esposizione involontaria degli intervistati a contenuti offensivi (Mitchell, Finkelhor, & Wolak, 2001) (Tabella 3.4-5). Le differenze tra ragazze e ragazzi sono probabilmente legate soprattutto a una maggiore frequenza di utilizzo di Internet da parte dei ragazzi. Si nota l'importanza della diffusione di immagini o testi pornografici e in misura minore di informazioni a contenuto violento o razzista (vedi capitolo 3.6.2.3).

<i>Su Internet, ti sei già trovato/a davanti, senza averlo cercato, a ...</i>	Ragazze (%) n = 3380	Ragazzi (%) n = 4040
contenuti pornografici ?	30.6	58.1
contenuti razzisti ?	13.8	20.6
contenuti che istigano alla violenza o all'odio ?	12.0	20.9

**Tabella 3.4-5** Percentuali di giovani che dicono di essere stati esposti, senza averle cercate, ad informazioni o immagini a carattere violento, razzista o pornografico in Internet, secondo il sesso (SMASH 2002, D89)

Questi risultati confermano una generalizzazione dell'utilizzo di Internet tra i giovani (Jeremy, 1997) e pongono tutta una serie di domande (Bernhardt & Hubley, 2001; Biocca, 2000) :

- Quale tipo di controllo si può avere sul contenuto delle informazioni date ai giovani ? Se esiste un relativo consenso riguardo ai valori etici che dovrebbero sottintendere le informazioni a carattere medico o scientifico su Internet (vedi ad esempio la carta HON « Health On the Net » elaborata recentemente e disponibile su Internet), bisogna per forza constatare che la maggior parte dei siti disponibili restano decisamente dubbi per quanto concerne la fonte e la qualità delle informazioni che divulgano.
- Bisogna incoraggiare la creazione di siti specificamente destinati ai giovani o a altri destinatari che si concentrino sui temi della salute ? (Smith, Gertz, Alvarez, & Lurie, 2000; Sorensen, 2001; Sout et al., 2001; Woodruff, Edwards, Conway, & Elliott, 2001). Se sì, come misurare gli effetti positivi (il fornire indicazioni) ma anche deleteri (il suscitare inquietudini) di questi siti, soprattutto se pubblicano informazioni tendenziose ? (Boyer, Shannon, & Hibberd, 2001).
- Se Internet diventa uno strumento di lavoro per i giovani, le scuole devono fornire un appoggio e consigli per un utilizzo ottimale dei dati disponibili ? Questa idea trova il suo sviluppo, come testimonia la recente creazione a Friborgo di una Fondazione Educazione e Sviluppo (sostenuta da diverse ONG) il cui obiettivo è di proporre agli studenti dai 13 ai 18 anni schede virtuali che favoriscano lo sviluppo del senso critico e la costruzione di un proprio giudizio autonomo<sup>g</sup>.
- Internet sottopone numerosi giovani a informazioni di carattere violento, razzista o pornografico, molto spesso in modo non volontario : qual è l'impatto di questa diffusione sugli atteggiamenti e i comportamenti dei giovani ? Come prevenire le ripercussioni negative ? (vedi capitolo 3.6.2.3).
- Una ragazza su sei o sette e un ragazzo su quattro dichiarano di trascorrere due ore o più in media al giorno davanti al computer : quali sono le conseguenze a lungo termine di questa nuova moda ? Può essere questa una causa significativa della diminuzione dell'attività fisica constatata nel corso degli anni tra la popolazione degli adolescenti (vedi capitolo 3.4.1) ? Cosa pensare dei giovani che, invece di uscire, incontrare gli amici, comunicano in qualche modo tramite procura con l'aiuto di "chat" e/o "webcam" ?

Come si può notare vi è un vasto campo di riflessione che si apre per gli anni a venire (Grrem & Jacquinot, 2002; Michaud & Colom, 2003; Montgomery, 2000).

---

<sup>g</sup> <http://www.geofri.ch/final/tm.html>

#### Riferimenti bibliografici

- Abel T, Broer M, Siegrist J. Gesundheitsverhalten bei jungen Erwachsenen: Empirische Analysen komplexer Verhaltensmuster und ihrer Determinanten. *Sozial und Präventivmedizin* 1992;37:293-300.
- Allison K, Adlaf E. Age and sex differences in physical inactivity among Ontario teenagers. *Canadian Journal of Public Health* 1997;88:177-180.
- American Academy of Pediatrics. Bicycle helmets. *Pediatrics* 2001;108 (4):1030-1032.
- Anonymous. Helmet use among adolescent motorcycle and moped riders – Rome, Italy 1994. *MMWR* 1996;45(15):311-3.
- Antonovsky A. The salutogenic model as theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1986;1:1-18.
- Arènes J, Janvrin M, Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98. Paris: Comité Français d'éducation pour la santé; 1998.
- Augustyn M, Simons-Morton B. Adolescent drinking and driving: etiology and interpretation. *Journal of Drug Education* 1995;25:41-59.
- Baranovski T, Bouchard C, Bar-Or O. Assessment, prevalence and cardiovascular benefits of physical activity and fitness in youth. *Medicine and Science in Sport and Exercise* 1992;24:237-247.
- Bergman A, Rivara F. Sweden's Experience in Reducing Childhood Injuries. *Pediatrics* 1991;88:69-74.
- Bernhardt J, Hubley J. Health education and the Internet: the beginning of a revolution. *Health Education Research* 2001;16(6):643-645.
- Binyet S, de Haller R. Effet de la prévention du tabagisme chez les jeunes : Revue critique de la littérature. *Soz und Präventivmed* 1993;38:366-378.
- Biocca F. New media technology and youth : Trends in the evolution of new media. *Journal of Adolescent Health* 2000;27:22-29.
- Bjarnason T. Administration mode bias in a school survey on alcohol, tobacco and illicit drug use. *Addiction* 1995;90:555-560.
- Bonard L, Janin-Jacquat B, Michaud P. Who are the adolescents who stop smoking? *European Journal of Pediatrics* 2001;160:430-435.
- Borsari B, Carey K. Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68 :728-733.
- Bouchard C. Physical inactivity. *Canadian Journal of Cardiology* 1999;Dec 15 Suppl:89G-92G.
- Boyer E, Shannon M, Hibberd P. Web sites with Misinformation about Illicit Drugs. *New England Journal of Medicine* 2001;345:469-471.
- Brown J, Lawton M. Stress and well-being in adolescence: the moderating role of physical exercise. *J Human Stress* 1986;12:125-131.
- Bruvold W. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health* 1993;83:872-880.
- Calmonte R, Kooler C, Weiss W. Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse en 1997. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2000.
- Chaloupka F. Contextual factors and youth tobacco use: policy linkages. *Addiction* 2003; May;98 Suppl 1:147-149.

- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. Health and Health Behavior among Young People. Copenhagen: World Health Organization; 2000.
- Deas D, Thomas S. An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. *American Journal of Addiction* 2001;10:178-189.
- Delbos-Piot I, Narring F, Michaud P. La santé des jeunes hors du système de formation: comparaison entre jeunes hors formation et en formation dans le cadre de l'enquête sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans en Suisse romande. *Santé publique* 1995;1 :59-72.
- Donovan K. Smoking cessation programs for adolescents. *The Journal of School Nursing* 2000;16:36-43.
- Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland. *AIDS* 1999;13:2571-2582.
- Ellickson P, Tucker J, Klein D. Ten-year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics* 2003;111 :949-955.
- Everett SA, Shults RA, Barrios LC et al. Trends and subgroup differences in transportation-related injury risk and safety behaviors among high school students, 1991-97. *Journal of Adolescent Health* 2001;28:228-34.
- Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray C, and Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet* 2002;9343:1347-1360.
- Ferron C, Michaud P, Narring F, Cauderay M. L'activité sportive des jeunes en Suisse: pratiques, motivations et liens avec la santé. *Archives Françaises de Pédiatrie* 1997;4:568-576.
- Ferron C, Narring F, Cauderay M, Michaud P. Sports activity in adolescence : association with health perceptions and experimental behaviours. *Health Education Research* 1999;14:225-223.
- Finnoff JT, Laskowski ER, Altman KL, Diehl NN. Barriers to bicycle use. *Pediatrics* 2001;108 (1):E4.
- Fisher M, Bentley K. Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. *Psychiatric Services* 1996;47:1244-1250.
- Foxcroft DR, Lister-Sharp D, Lowe G. Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction* 1997;92(5):531-537.
- Gordon-Larsen P, McMurray R, Popkin B. Determinants of adolescent physical activity and inactivity patterns. *Pediatrics* 2000;105 :E83.
- GRREM, Jacquinet J (sous la dir). Les jeunes et les médias: perspectives de la recherche dans le monde. Paris: L'Harmattan; 2002.
- Hall W, Solowij N. Adverse effects of cannabis. *The Lancet* 1998;352:1611-1616.
- Harlos S, Warda L, Buchan N et al. Urban and rural patterns of bicycle helmet use: factors predicting usage. *Injury Prevention* 1999;5:183-8.
- Hetherington EM, Blechman EA. Stress, coping, and resiliency in children and adolescents. Lawrence Erlbaum Association Publication, New-Jersey, 1996; 245.
- INSERM. Ecstasy. Paris: Ecstasy. Des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage; 2001.
- Irwin CE, Burg SJ, Uhler Cart C. America's adolescents : where have we been, where are we going ? *Journal of Adolescent Health* 2002;31:91-121.
- Jainchill N. Substance dependency treatment for adolescents: practice and research. *Substance Use & Misuse* 2000;35:2031-2060.

### 3.4 Comportamenti legati alla salute

Janin Jacquat B, François Y. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues chez les écoliers suisses âgés de 11 à 16 ans. *Schweizerische Arztezeitung* 1997;45:1672-1677.

Jeremy C. Commentary : measuring quality and impact of the world wide web. *British Medical Journal* 1997;314:1879.

Kimm S, Glynn N, Kriska A. Longitudinal changes in physical activity in a biracial cohort during adolescence. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2000;32:1445-1454.

Kimm S, Glynn N, Kriska A, Barton B, Kronsberg S, Daniels SA. Decline in physical activity in black girls and white girls during adolescence. *New England Journal of Medicine* 2002;347:709-715.

Klein JD, Matos Auerbach M. Improving adolescent health outcomes. *Minerva Pediatr* 2002;54 (1):25-9.

Klein J, Levine L, Allan M. Delivery of smoking prevention and cessation services to adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2001;155:597-602.

Kumpfer K. Outcome measures of interventions in the study of children of substance-abusing parents. *Pediatrics* 1999;103:1128-1144.

Le Breton D. *Passions du risque*. Paris: Métailié; 1991.

LeBlanc JC, Beattie TL, Culligan C. Effect of legislation on the use of bicycle helmets. *Journal de l'Association Médicale Canadienne* 2002; 166 (5): 592-5.

Ledoux S, Sizaret A, Hasler C, Choquet M. Consommation de substances psychoactives à l'adolescence. *Revue des études de cohorte. Alcoologie et addictologie* 2000;22:19-40.

Lynskey M, Hall W. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction* 2000;95:1621-1630.

Marti B. Health benefits and risks in sports: the other side of the coin. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis* 1989;78:290-294.

Mellbring G, Dahlin S, Lindblad B. The hospital experience of seat belt legislation in the county of Skaraborg, Sweden. *Injury* 1981;12(6):506-9.

Michaud P. CIAO : Un outil interactif d'information et de prévention pour les jeunes en Suisse Romande. *Archives de Pédiatrie* 2000;7(Suppl 2):171-173.

Michaud P, Colom P. Implementation and evaluation of an Internet site for adolescents in Switzerland. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:287-290.

Michaud P, Cauderay M, Narring F, Schutz Y. Assessment of physical activity with a pedometer and its relationship with VO2 max among adolescents in Switzerland. *Soziale & Präventive Medizin* 2002;47:107-115.

Michaud P, Narring F, Cauderay M, Cavadini C. Sports activity, physical activity and fitness of 9-to-19 year-old teenagers in the canton of Vaud (Switzerland). *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1999;129:691-699.

Michaud P, Renaud A, Narring F. Are sports activities related to injuries? A survey among 9-19 year olds in Switzerland. *Injury Prevention* 2001;7:41-45.

Mitchell K, Finkelhor D, Wolak J. Risk factors for and impact of online sexual solicitation of youth. *Journal of American Medical Association* 2001;285:3011-3014.

Montgomery K. Youth and digital media : a policy research agenda. *Journal of Adolescent Health* 2000;27 (Suppl):61-68.

Morrison A, Stone DH, The EURORISC Working Group. Trends in injury mortality among young people in the European Union: a report from the EURORISC Working Group. *J Adolesc Health* 2000;27:130-5.

- Narring F, Tschumper A, Michaud P, Vanetta F, Meyer R, Wydler H. La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. Lausanne, Switzerland: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994.
- Narring F, Wydler H, Michaud P. First sexual intercourse and contraception : across-sectional survey of the sexuality of 16-20 year-olds in Switzerland. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 2000;130:1389-1398.
- Nykolynshyn K, Petruk JA, Wiebe N et al. The use of bicycle helmet in a western Canadian province without legislation. *Canadian Journal of Public Health* 2003;94(2):144-8.
- Patton G, Bond L, Butler H, Glover S. Changing schools, changing health? design and implementation of the Gatehouse Project. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:231-239.
- Patton L. Adolescent substance abuse. Risk factors and protective factors. *Pediatric Clinics North America* 1995;42:283-293.
- Peto R, Lopez A, Boreham J, Thun M, Health, C. Mortality from smoking in developing countries 1950-2000: indirect estimates from national vital statistics. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- Petridou E, Skalkidou A, Ioannou N, Trichopoulos D. Fatalities from non-use of seat belts and helmets in Greece: a nationwide appraisal. *Accid Anal Prev* 1998;30 (1):87-91.
- Rodgers GB. Effects of state helmet laws on bicycle helmet use by children and adolescents. *Injury Prevention* 2002;8:42-6.
- Röthlisberger C. Sport, Alltagsbewältigung und Seelische Gesundheit von Adoleszenten. Magglingen: Sportwissenschaftliches Institut; 1994.
- Rowland T. The role of physical activity and fitness in children in the prevention of adult cardiovascular disease. *Progress in Pediatric Cardiology* 2001;12:199-203.
- Rowland T, Freedson P. Physical activity, fitness and health in children: a close look. *Pediatrics* 1994;93:669-672.
- Sallis J. Epidemiology of physical activity and fitness in children and adolescents. *Critical Reviews in Food Science & Nutrition* 1993;33:403-408.
- Saris W. The assessment and evaluation of daily physical activity in children: a review. *Acta Paediatrica* 1985 (Suppl); 318:37-48.
- Savoy J, Laget J, Charpentier P, Sanchez-Mazas P, Besson J, Halfon O. Prise en charge des adolescents dépendants des opiacés dans le canton de Vaud. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 1999;119(11):943-950.
- Schmid HA. Evolution de la consommation de substances psychotropes chez les écolières et les écoliers en Suisse. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies; 2003.
- Skalkidou A, Petridou E, Papadopoulos FC, Dessypris N, Trichopoulos D. Factors affecting motorcycle helmet use in the population of Greater Athens, Greece. *Injury Prevention* 1999;5:264-7.
- Smith M, Gertz E, Alvarez S, Lurie P. The content and accessibility of sex education information on the Internet. *Health Education Behavior* 2000;27(6):684-694.
- Sorensen A. Promoting public health through electronic media : a challenge for schools of public health. *American Journal of Public Health* 2001;91:1183-1185.
- Sout P, Villegas J, Kim H. Enhancing learning through use of interactive tools on health-related websites. *Health Education Research* 2001;16(6):721-733.
- Stead L, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors, a review (CD001497): *Cochrane Database System Review*; 2002.

### 3.4 Comportamenti legati alla salute

Stephens A, Wrdle J, Fuller R et al. Seatbelt use, attitudes and changes in legislation. An international study. *American Journal of Preventive Medicine* 2002;23(4):254-9.

Surís JC, Parera N. Catalonia Adolescent Health Survey - 2001. Barcelona : Fundació Santiago Dexeus Font; 2002.

Svanström L, Welander G, Ekman R, Schelp L. Development of a Swedish bicycle helmet promotion programme – one decade of experiences. *Health Promotion International* 2002;17(2):161-9.

Tobler N. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 2000;20(4):275-336.

Troiano R. Physical inactivity among young people. *New England Journal of Medicine* 2002;347:706-707.

Vitale S. Le coût social de la consommation de tabac en Suisse.: IRER, Université de Neuchâtel; 1998.

Wechsler H, Davenport A, Dowdall G, Moeykens B, Castillo S. Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association* 1994;272:1672-1677.

White D, Pitts M. Education young people about drugs: A systematic review. *Addiction* 1998;93(10):1475-1487.

Windle M. An alcohol involvement typology for adolescents: convergent validity and longitudinal stability. *Journal of Studies on Alcohol* 1996;57:627-637.

Woodruff S, Edwards C, Conway T, Elliott S. Pilot test of an Internet virtual world chat room for rural teen smokers. *Journal of Adolescent Health* 2001;29:258-266.

Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: quatrième rapport de synthèse 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.

## 3.5 SESSUALITÀ

### 3.5.1 Pubertà

L'apparizione dei primi segni puberali rappresenta l'inizio dell'adolescenza e con la trasformazione del corpo comincia un processo di sviluppo che struttura l'identità della persona, le relazioni con il suo entourage e l'autonomia d'adulto. Per il sesso femminile le prime mestruazioni sono un indicatore facile da utilizzare per determinare l'inizio della pubertà, mentre per il sesso maschile nessun criterio permette di fissare esattamente l'inizio della pubertà. Le notevoli trasformazioni del corpo e degli organi sessuali sono accompagnate da cambiamenti psicologici e sociali. I ragazzi e le ragazze reagiscono diversamente a queste trasformazioni e la precocità dei cambiamenti puberali non facilita l'accettazione del proprio corpo, in particolare per le ragazze (Brooks-Gunn, 1984; Litt, 1995). Le ragazze con una pubertà precoce sono più spesso a disagio con il proprio corpo e hanno più disturbi somatici e psichici rispetto alle altre. Per determinare l'età dello sviluppo puberale, il questionario proponeva quindi due domande: «Se pensi all'età in cui è cominciata la tua pubertà: rispetto agli altri giovani della tua età, diresti che eri molto in anticipo rispetto a loro, abbastanza in anticipo rispetto a loro, come loro, abbastanza in ritardo rispetto a loro o molto in ritardo rispetto a loro», e per le ragazze «A che età hai avuto le tue prime mestruazioni?».

Età delle prime mestruazioni	Età delle intervistate				
	16 anni (%) n = 362	17 anni (%) n = 1010	18 anni (%) n = 1095	19 anni (%) n = 609	20 anni (%) n = 310
NR	1.1	1.5	1.6	1.0	.6
7-9 anni	.0	.6	.5	1.0	.6
10 anni	1.9	2.0	1.5	1.3	1.0
11 anni	11.0	11.9	14.7	11.5	11.9
12 anni	29.0	28.6	25.7	20.9	26.1
13 anni	30.1	25.5	27.1	27.6	22.6
14 anni	17.7	16.4	15.4	16.6	23.5
15 anni	8.3	10.8	11.0	15.8	9.0
16 anni o più	.8	2.7	2.6	4.4	4.5

Tabella 3.5-1 Distribuzione (in percentuali) dell'età delle prime mestruazioni, secondo l'età delle intervistate (SMASH 2002, D63)

L'età media delle prime mestruazioni è di 12.9 anni e, come prevedibile, non varia in funzione dell'età delle intervistate e della loro formazione. Circa la metà delle ragazze ha avuto le prime mestruazioni a 12 o 13 anni. Questi risultati sono paragonabili ai risultati dell'inchiesta sulla sessualità degli adolescenti in Svizzera e confermano un calendario puberale conforme a quello dei paesi europei vicini alla Svizzera (Narring, 1997; De Muinck, 2001; Parent, 2003).

### 3.5 Sessualità

	Ragazze (%)		Ragazzi (%)	
	apprendiste n = 2130	studentesse n = 1250	apprendisti n = 3180	studenti n = 860
NR	1	0	1	1
Molto in anticipo	9	7	8	4
Abbastanza in anticipo	24	21	17	21
Come loro	52	48	60	53
Abbastanza in ritardo	12	22	13	19
Molto in ritardo	2	2	1	2

**Tabella 3.5-2** Descrizione della differenza puberale percepita, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D62)

La Tabella 3.5-2 indica che la metà delle ragazze e leggermente più della metà dei ragazzi ricordano di avere iniziato il loro sviluppo puberale come gli altri giovani della stessa età l'impressione di essere state in anticipo rispetto alle loro compagne vede leggermente più numerose le ragazze.

#### 3.5.2 Attività sessuale

L'attività sessuale durante l'adolescenza avviene progressivamente, dalla scoperta di se stessi all'incontro con l'altro. Le avventure sentimentali, la passione e la ricerca di sentimenti amorosi occupano spesso, per i giovani, il primo posto. La loro prima esperienza non comporta sempre un rapporto sessuale con penetrazione, ma il rischio di gravidanza non desiderata o d'infezione trasmissibile sessualmente rimane una delle preoccupazioni maggiori nell'ambito della salute pubblica.

Tra gli intervistati dai 16 ai 20 anni, circa un giovane su due ha già avuto un rapporto sessuale. Questa proporzione varia in funzione della formazione, ma poco in funzione del sesso (Grafico 3.5-1). Le differenze tra ragazze e ragazzi si sono attenuate durante gli ultimi trent'anni, mentre si constatano chiare differenze tra studenti e apprendisti. Questi ultimi sono infatti immersi nel mondo del lavoro che propone loro un ritmo di vita e modelli adulti, ai quali cercano subito di conformarsi. Le dichiarazioni degli studenti mostrano una proporzione più importante di sessualmente attivi tra le ragazze che tra i ragazzi, prima dei 20 anni, facendo pensare che le ragazze sarebbero ora più precoci dei ragazzi. Rispetto allo studio del 1993, la proporzione di sessualmente attivi sembra essere aumentata in tutte le categorie e a tutte le età (Narring, 1994). Ciò segna un incremento moderato della proporzione dei sessualmente attivi a un'età data: questo fatto deve essere attenuato poiché le cifre potrebbero anche essere influenzate dal mutamento delle abitudini e dell'accettazione sociale, considerando che i giovani hanno tendenza a dichiarare più spesso un'attività sessuale meglio accettata dal loro entourage (diminuzione della distorsione di dichiarazione) (Grafico 3.5-1).

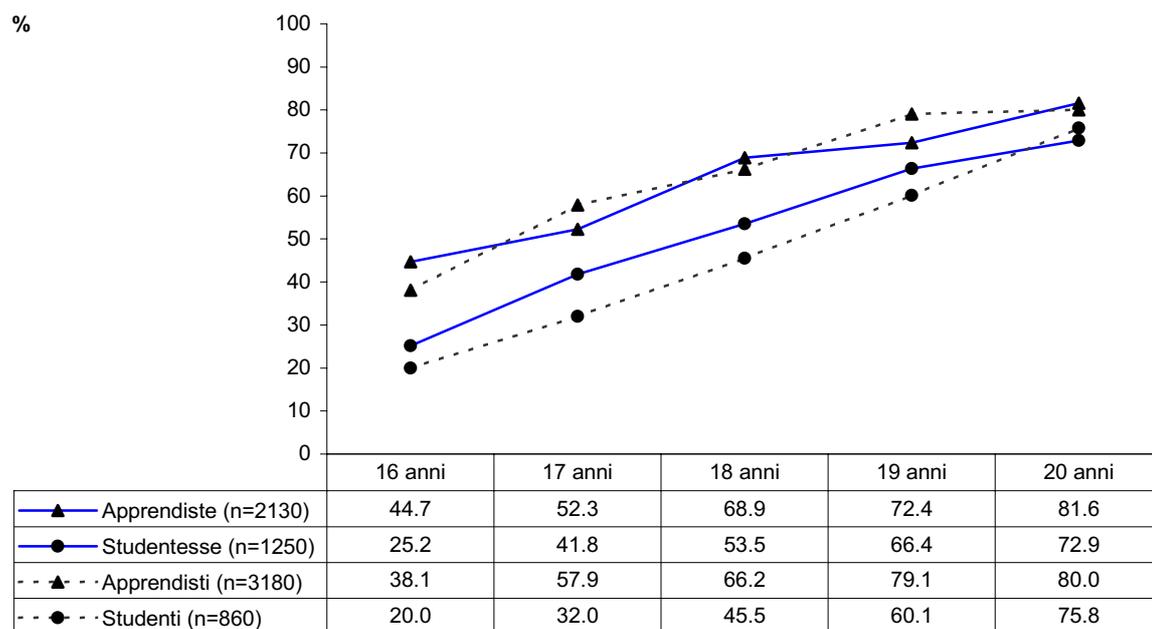
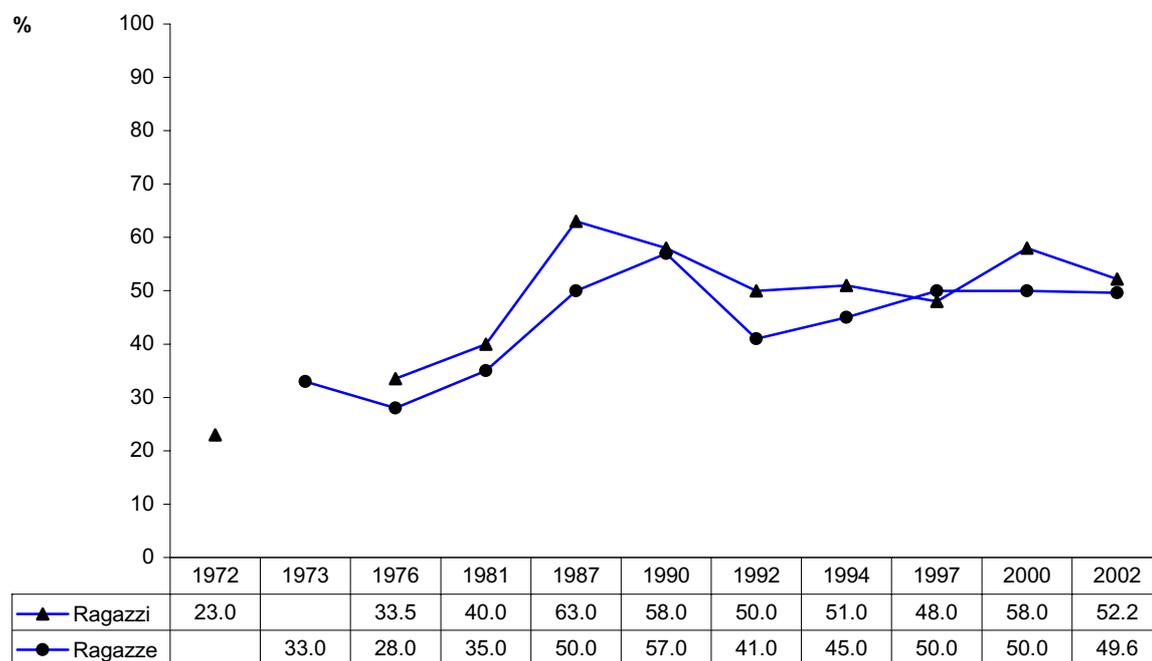


Grafico 3.5-1 Proporzioni dei giovani che hanno già avuto un rapporto sessuale, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D65)



\* Le cifre concernenti il 2002 provengono dall'inchiesta SMASH 2002, quelle degli anni 1987-2000 provengono dagli intervistati dai 17 ai 20 anni che hanno risposto alle inchieste telefoniche periodiche effettuate presso la popolazione generale dai 17 ai 45 anni per la valutazione della prevenzione dell'aids in Svizzera (EPSS); quelle degli anni precedenti provengono da diverse altre fonti con classi d'età paragonabili (Koffi-Blanchard, 1994).

Grafico 3.5-2 Proporzioni dei giovani sessualmente attivi a 17 anni, secondo il sesso, Svizzera 1972-2002

### 3.5 sessualità

La promozione dell'utilizzo del preservativo nelle campagne di prevenzione STOP AIDS ha fatto temere ad alcuni che i messaggi in esse contenuti – visti come un'esortazione e una legittimazione dell'attività sessuale precoce – potessero aver abbassato l'età alla quale avviene il primo rapporto sessuale. Invece l'abbassamento dell'età del primo rapporto sessuale cominciato negli anni '70 non è continuato, come si osserva nel Grafico 3.5-2 che descrive l'evoluzione della proporzione dei sessualmente attivi a 17 anni. Questo grafico mostra che la percentuale dei sessualmente attivi a 17 anni è aumentata fino agli anni '80, ma la tendenza a lungo termine s'inverte alla fine degli anni '80 e questa proporzione si stabilizza dopo l'inizio delle campagne di prevenzione dell'AIDS su larga scala. Le variazioni delle curve avvengono tra il 48% e il 58% sia per le ragazze che per i ragazzi. I risultati di altre inchieste svolte in Francia, Gran Bretagna o nei Paesi Bassi confermano l'assenza di un'evoluzione della precocità sessuale negli ultimi 20 anni (Spira, 1993; Koffi-Blanchard, 1994; Welling, 1994).

L'età del primo rapporto sessuale costituisce una delle variabili importanti per predire un'assunzione di rischio durante il primo rapporto e nel corso delle prime fasi della vita sessuale. I risultati dello studio indicano che il 4.5% delle apprendiste, il 6.1% delle studentesse, il 15.9% degli apprendisti e il 10.7% degli studenti dicono di avere avuto il loro primo rapporto prima dei 15 anni.

#### 3.5.3 Numero di partner

Il numero di partner dichiarato dai giovani varia secondo l'età per un motivo evidente. Le ragazze dichiarano di aver avuto meno partner rispetto ai ragazzi della stessa età (Grafico 3.5-3). Gli apprendisti sono più numerosi rispetto agli studenti dello stesso sesso nel dichiarare di aver avuto diversi partner. Alcune inchieste sui comportamenti sessuali degli adolescenti hanno mostrato che i ragazzi hanno più partner occasionali rispetto alle ragazze (Narring, 1997; Lagrange, 1997; Arène, 1999).

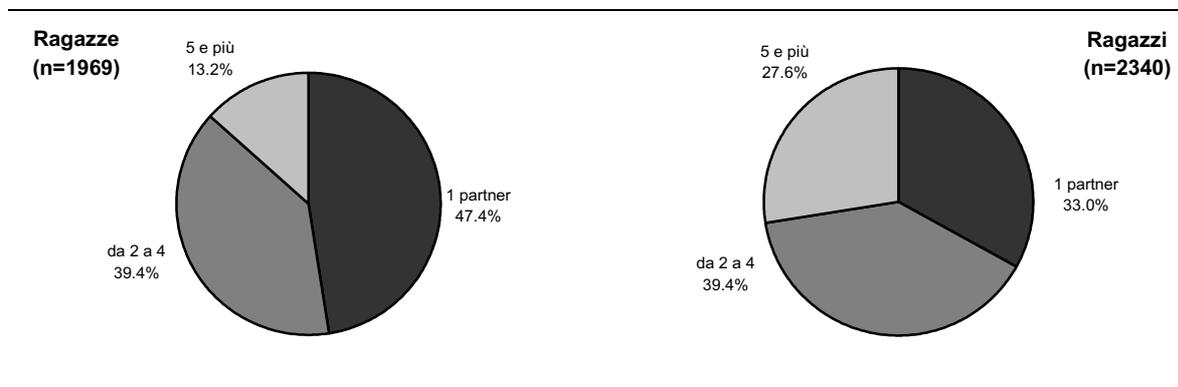


Grafico 3.5-3 Percentuali di giovani sessualmente attivi secondo il numero totale di partner, per sesso (SMASH 2002, D67)

#### 3.5.4 Utilizzazione dei metodi contraccettivi

Nell'inchiesta e secondo i diversi studi realizzati in Svizzera in questi ultimi anni, si è scelto di analizzare l'utilizzazione dei metodi contraccettivi con il partner attuale per limitare le distorsioni dovute alle possibili lacune della memoria.

In questa fascia d'età il tasso d'utilizzazione del preservativo al primo rapporto con un nuovo partner è alto e rimane elevato dall'inizio delle campagne di prevenzione dell'AIDS, sia in Svizzera che in altri paesi dell'Europa occidentale (Narring, 1997; Lagrange, 1997; Arène, 1999; Bardeleben, 1995). Solo il 2.9% delle ragazze e il 2.4% dei ragazzi dicono di non aver utilizzato nessun metodo contraccettivo,

ma queste cifre raggiungono l'8.1% delle ragazze e l'11.1% dei ragazzi se si includono i metodi inefficaci o poco efficaci<sup>g</sup>. La tabella mostra che parte delle dimenticanze di contraccettivi sono attualmente compensate dall'utilizzazione della pillola del giorno dopo.

	Al primo rapporto		All'ultimo rapporto	
	Menzionato		Menzionato	
	d. ragazze (%) n = 1983	d. ragazzi (%) n = 2457	d. ragazze (%) n = 1983	d. ragazzi (%) n = 2457
Preservativo maschile	77.3	74.6	36.1	45.8
Pillola contraccettiva	32.5	24.5	64.0	40.9
Pillola del giorno dopo / pillola post-coitale	6.8	4.6	3.1	3.1
Coito interrotto	5.8	2.7	4.9	2.4
Calcolo dei probabili giorni fecondi	2.2	2.1	2.3	2.0
Iniezione o impianto	1.0	1.1	2.0	1.4
Spermicidi (creme, ovuli, spugna)	.6	.8	.2	.5
Preservativo femminile	.2	.3	.0	.4
Spirale	.2	.6	.6	.5
Diaframma	.1	.2	.1	.2
Altro	.4	.4	.6	.3
Nessun metodo	2.9	2.4	1.8	2.5

\* Il totale delle risposte è superiore al 100% (più risposte erano possibili).

**Tabella 3.5-3** Utilizzazione (%) dei differenti metodi di contraccezione al primo rapporto sessuale e all'ultimo rapporto sessuale con il partner attuale, secondo il sesso (SMASH 2002, D68)

La pillola contraccettiva è maggiormente utilizzata in occasione dell'ultimo rapporto rispetto al primo, mentre avviene il contrario per il preservativo: il 64% delle ragazze e il 40.9% dei ragazzi dicono di avere utilizzato la pillola all'ultimo rapporto sessuale con l'partner attuale, mentre il 36.1% delle ragazze e il 45.8% dei ragazzi hanno utilizzato un preservativo durante l'ultimo rapporto. Infatti, in una relazione amorosa stabile, un certo numero di giovani abbandonano il preservativo dopo un po' di tempo, a volte dopo aver effettuato un test dell'HIV (per verificarne la fattibilità). La ragazza prende allora la pillola contraccettiva per la quale è necessaria una prescrizione e quindi una visita dal medico o presso un servizio di pianificazione familiare.

La pillola del giorno dopo è utilizzata più frequentemente al primo rapporto che non all'ultimo (Tabella 3.5-3). La domanda sulla pillola del giorno dopo non era stata posta nell'inchiesta di dieci anni fa, ma l'informazione e l'accessibilità a questo metodo di contraccezione sono migliorate molto in dieci anni e i risultati mostrano che gli sforzi fatti non sono stati vani. La pillola del giorno dopo gioca un ruolo di prevenzione nei casi in cui la contraccezione non ha potuto essere prevista o quando le circostanze del rapporto sessuale non hanno permesso di procurarsi o di utilizzare un preservativo. Gli sforzi a favore della contraccezione d'urgenza dovrebbero continuare per permettere una migliore copertura delle «dimenticanze», assicurandosi che i giovani la conoscano, siano informati sulle

<sup>g</sup> Nessun contraccettivo o un contraccettivo diverso dalla pillola, dal preservativo o da entrambi.

### 3.5 sessualità

condizioni d'utilizzazione e sappiano come procurarsela. La prevenzione delle gravidanze non desiderate è infatti una delle maggiori preoccupazioni degli adolescenti e l'esistenza di un contraccettivo accessibile dopo un rapporto sessuale sembra rispondere ai loro bisogni (Ottesen, 2002).

Le ragazze sono leggermente meno numerose rispetto ai ragazzi nel dichiarare di non aver utilizzato nessun metodo contraccettivo all'ultimo rapporto con il proprio partner : l'1.8% delle ragazze e il 2.5% dei ragazzi. Questo dato si potrebbe spiegare con il fatto che l'uso della pillola contraccettiva è responsabilità della ragazza e può essere ignorato o trascurato dal partner. Queste cifre non sembrano essere cambiate negli ultimi dieci anni (Narring, Wydler, 2000).

I risultati mostrano che il 5.5% degli intervistati che hanno avuto il loro primo rapporto prima dei 15 anni (da 9 a 14 anni) dichiara di non avere utilizzato nessun metodo contraccettivo al primo rapporto, mentre questa percentuale scende al 2.4% rispettivamente all'1.6% per coloro che hanno avuto il primo rapporto a 15 anni o più tardi. Questa constatazione è già stata fatta in occasione dell'inchiesta sulla sessualità degli adolescenti in Svizzera e in altri studi (Narring, Wydler, 2000; Kraft, 1991).

#### 3.5.5 Utilizzazione del preservativo durante l'ultimo rapporto sessuale

Rispondendo al questionario, il 40.8% delle ragazze e il 61.2% dei ragazzi dichiarano di avere utilizzato un preservativo all'ultimo rapporto sessuale. Queste cifre variano secondo la formazione per le ragazze e secondo l'età per entrambi i sessi (Grafico 3.5-4). Ciò non è sorprendente visto che l'utilizzazione del preservativo è più importante al primo rapporto con un nuovo partner rispetto a più tardi quando si abbandona il preservativo nel corso di una relazione amorosa stabile. Questi risultati sono paragonabili a quelli dell'inchiesta del 1993 e i giovani sembrano rispondere ai messaggi di prevenzione a loro indirizzati nelle stesse proporzioni rispetto agli intervistati di dieci anni fa (Narring, 1994).

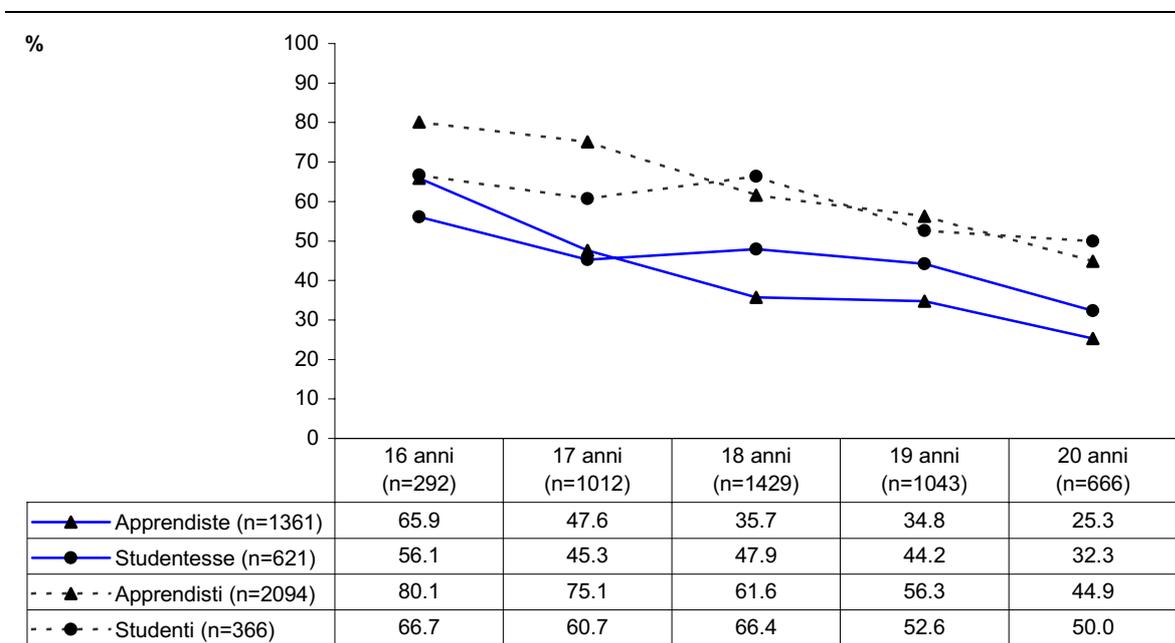


Grafico 3.5-4

Proporzioni di giovani sessualmente attivi che dichiarano di avere utilizzato un preservativo all'ultimo rapporto sessuale, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D69)

### 3.5.6 Gravidanza e interruzione di gravidanza

Un piccolo numero di adolescenti, il 3.7% delle ragazze, dicono di essere rimaste incinte : il 4.9% delle apprendiste e l'1.5% delle studentesse. Tra le 76 intervistate che dichiarano una gravidanza, 54 (71%) hanno praticato un'interruzione della gravidanza, 14 (18.4%) hanno avuto un aborto spontaneo e 7 (9.2%) hanno continuato la gravidanza. Le dichiarazioni dei ragazzi sembrano corrispondere a quelle delle ragazze : il 4% dice che una delle proprie partner è rimasta incinta, sia tra gli apprendisti che tra gli studenti ; il 62.6% che la gravidanza è stata interrotta, il 21.2% che c'è stato un aborto spontaneo e il 13.1% che la gravidanza è proseguita (n=2570 ragazzi). Il numero di gravidanze dichiarate dai partecipanti all'inchiesta sembra in diminuzione nel 2002 rispetto al 1993 (Narring, 1996).

Riassumendo :

- la prevalenza d'utilizzazione del preservativo non è diminuita in questi dieci anni ; ciò porta a credere che la risposta ai messaggi di prevenzione è sempre buona tra i giovani. Questa constatazione dovrebbe rassicurare coloro che temono che l'esistenza di medicinali per trattare l'AIDS banalizzi questa malattia e sia accompagnata da una riduzione della protezione tra la popolazione. Non è il caso tra i giovani che continuano ad utilizzare ampiamente il preservativo al primo rapporto sessuale, come pure all'ultimo rapporto con l'partner attuale.
- L'informazione e la maggiore accessibilità alla pillola del giorno dopo nel corso degli ultimi anni le conferiscono un posto come metodo contraccettivo per ovviare alle dimenticanze. Sembra giochi un ruolo importante per quei giovani che non hanno potuto prevedere in anticipo che avrebbero avuto bisogno di un contraccettivo o che non erano in condizione di usarne uno. Gli sforzi per informare gli adolescenti più a rischio e per permettere loro di accedere alla pillola del giorno dopo devono sicuramente continuare.
- L'età del primo rapporto sessuale gioca un ruolo nell'assunzione di rischi : sarebbe utile analizzare meglio le circostanze dei rapporti sessuali prima dei 15 anni e la situazione dei giovani coinvolti per sviluppare azioni di prevenzione tra i più giovani. I responsabili dell'educazione sessuale dovrebbero prendere in considerazione questo fattore di rischio e sviluppare strategie rivolte ai giovani più vulnerabili.
- La valutazione del tasso di gravidanze nell'adolescenza e delle interruzioni volontarie di gravidanza non rientrava nel quadro di questa inchiesta attraverso questionario, ma dovrebbe essere realizzata da tutti i cantoni e centralizzata a livello federale nel quadro della legge sull'IGV. (Narring, Roulet, 2002). Il tasso di gravidanze dichiarate dai giovani di 16-20 anni intervistati e la percentuale di gravidanze interrotte sembrano stabili nel tempo. Il numero di giovani ragazze che dicono di essere state confrontate con una gravidanza non desiderata mostra la necessità di sviluppare la sorveglianza epidemiologica di questo problema di salute pubblica e di assicurare la qualità dei servizi che le accolgono e le curano, in particolare proponendo programmi specifici adatti alle adolescenti e agli adolescenti.

## Riferimenti bibliografici

- Arènes J, Janvrin M-P, Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98. Paris: Éditions CFES; 1999.
- Bardeleben H, Fieberg R, Reimann BW. Abschied von der sexuellen Revolution. Liebe und sexualität der "Nach-68-Generation" in Zeiten von Aids. Berlin: Edition Sigma; 1995.
- De Muinck Keiser-Schrama SMPF, Mul D. Trends in pubertal development in Europe. Human Reproduction Update 2001;7:287-291.
- Koffi-Blanchard M, Dubois-Arber F, Michaud P, Narring F, Paccaud F. Hat sich der Beginn der Sexualität bei Jugendlichen in der Zeit von Aids verändert? Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1994;124:1047-55.
- Kraft P. Age at first experience of intercourse among norwegian adolescents: a lifestyle perspective. Social Science and Medicine 1991;33 :207-213.
- Lagrange H, Lhomond B. (Eds). L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Paris : La Découverte; 1997.
- Narring F, Michaud P, Sharma V. Demographic and behavioral factors associated with adolescent pregnancy in Switzerland. Family Planning Perspectives 1996;28:232-6.
- Narring F, Michaud P, Wydler H, Davatz F, Villaret M. Sexualité des adolescents et sida: processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive. (Raisons de santé 4); 1997.
- Narring F, Roulet N, Addor V, Michaud P. Abortion requests among adolescents in comparison with young adults in a Swiss region (1990-1998). Acta Paediatrica 2002;91 :965-970.
- Narring F, Tschumper A, Michaud P, Vanetta F, Meyer R, Wydler H, Vuille J-C, Paccaud F, Gutzwiller F. La santé des adolescents en Suisse : rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive. (Cahier de recherche n° 113a); 1994.
- Narring F, Wydler H, Michaud P. First sexual intercourse and contraception: a cross-sectional survey on the sexuality of 16-20-year-olds in Switzerland. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 2000;130:1389-98.
- Ottesen S, Narring F, Renteria SC, Michaud P. Emergency contraception among teenagers in Switzerland: across-sectional survey on the sexuality of 16- to 20-year-olds. Journal of Adolescent Health 2002;31:101-10.
- Parent AS, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bourguignon JP. Timing of puberty around the world. (in submission)
- Spira A, Bajos N et le groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Paris: La Documentation Française; 1993.
- Welling K. Sexual behaviour in Britain: the national survey of sexual attitudes and lifestyles, Harmondsworth: Penguin; 1994.

### 3.6 VIOLENZA INTENZIONALE E NON INTENZIONALE

Il tema della violenza tra i giovani è stato oggetto di parecchie discussioni e ricerche. Soltanto in lingua tedesca sono state pubblicate non meno di 730 opere di psicologia tra il 1993 e il 2002 (Centro di informazione psicologica e di documentazione, 2002). La violenza tra i giovani non è né un problema nuovo, né acuto, ma di scottante attualità. Questo argomento è incontestabilmente di importanza primordiale nella riflessione sullo sviluppo dei giovani. Vari motivi spiegano tuttavia perché problemi latenti sono tematizzati in alcuni momenti e a intervalli più o meno regolari. Secondo Schäfer e Frey (1999), questo ventaglio di motivi va dai fattori economici o sociali, agli interessi commerciali del paesaggio audiovisivo, passando per i calcoli politici.

La violenza tra i giovani, indirizzata verso i giovani o da essi proveniente, ricopre fenomeni molto differenti tra cui i più importanti sono stati esaminati nel quadro del presente studio :

- i traumi dovuti ad incidenti
- la violenza subita
- gli abusi sessuali
- la violenza su Internet
- i comportamenti suicidari
- i comportamenti devianti /gli atti illeciti

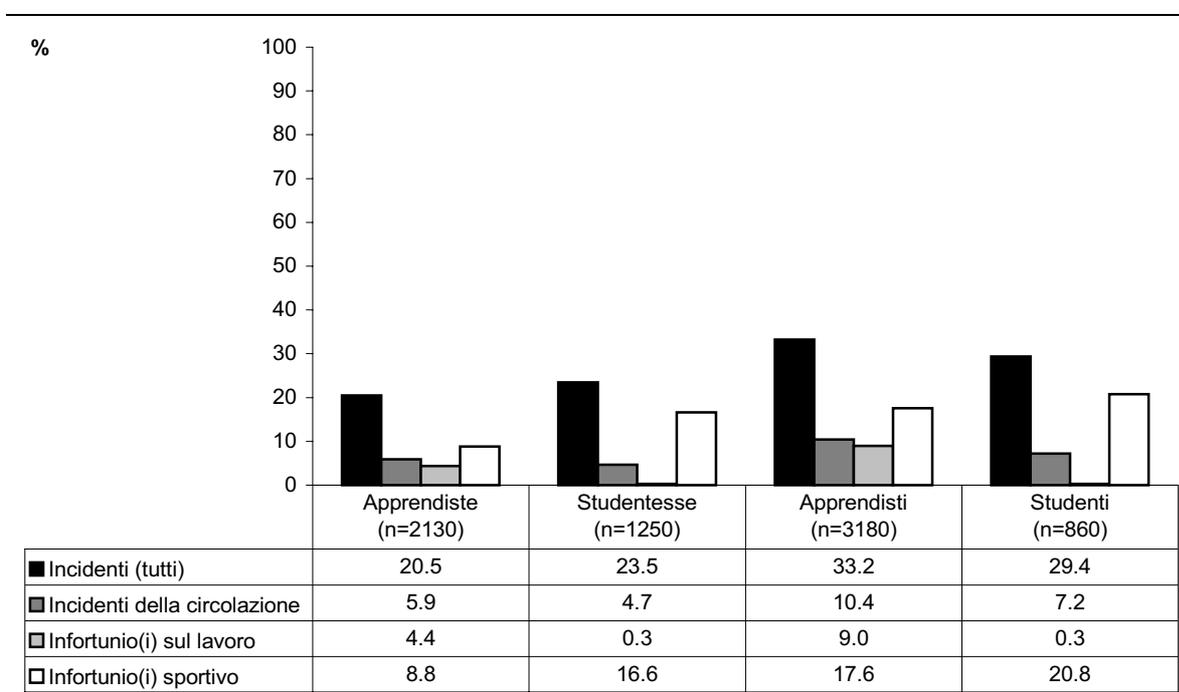
#### 3.6.1 Traumi dovuti ad incidenti

Si ha tendenza a dimenticare che gli incidenti costituiscono la causa principale di decesso durante l'adolescenza nella maggior parte dei paesi, soprattutto a partire dai 15 anni, e rappresentano anche fattori che portano a malattie e handicap non trascurabili. In particolare menzioniamo le ospedalizzazioni, i postumi dovuti a lesioni cerebrali o le paralisi alle membra inferiori (Assailly 2001; Blum 1991; Heuveline, & Slap 2002; Krug e al 2000; Schlueter e al. 2003). La maggior parte dei traumi è dovuta a incidenti della circolazione (Durkin e al. 1999; Heuveline, & Slap 2002; Narring & Pawlak 2001; Salvisberg 2002; Schlueter e al. 2003; Zecker-Rouvillois 1993), ma non bisogna sottovalutare l'impatto degli incidenti sportivi, anche se questi ultimi hanno conseguenze generalmente meno drammatiche di quelli dovuti ad incidenti stradali (Vittoz 2001). Se la frequenza elevata di tali avvenimenti è senza dubbio legata in parte ai comportamenti sperimentali e alla mancanza di esperienza dei giovani riguardo a certe situazioni (Narring, & Pawlak 2001; Tursz 1997; Zucker-Rouvillois 1993), misure di ordine ambientale – limiti di velocità, creazioni di piste ciclabili, campagne di sensibilizzazione per portare il casco e la cintura, riscaldamento prima di praticare uno sport e miglioramento degli equipaggiamenti – hanno un impatto potenziale importante (Bergman, & Rivara 1991, Christ e al. 1999; Evans 1987; Siegrist 1999; Vittoz 2001). Il rapporto del 1993 consacrava soltanto alcune righe a questo fenomeno importante; l'inchiesta 2002 approfondisce questo argomento in un modo più dettagliato recensendo i comportamenti protettivi adottati dagli adolescenti (capitolo 3.4.6) così come le conseguenze degli incidenti riportati dai giovani.

Nel corso dei 12 mesi precedenti l'inchiesta, 21.6% delle ragazze e 32.4% dei ragazzi indicano un incidente per cui sono state necessarie cure infermieristiche, mediche o ospedaliere. Inoltre, tra il 10% degli adolescenti che sono stati ospedalizzati per una ragione qualsiasi durante l'anno precedente l'inchiesta, all'incirca la metà segnala quale causa del ricovero un incidente (ragazze : 41.1%; ragazzi : 68.3%).

### 3.6 Violenza intenzionale e non intenzionale

Il Grafico 3.6-1 mostra la prevalenza dei diversi tipi di incidenti durante i 12 mesi precedenti l'inchiesta, per sesso e formazione professionale. Le percentuali non sono suddivise per fasce d'età, visto che i tassi restano stabili tra i 16 e i 20 anni, salvo per quel che concerne i tassi di incidenti per i conducenti di autoveicoli che appaiono naturalmente soltanto a 18 anni. Come dieci anni fa gli apprendisti conoscono logicamente un tasso più elevato di incidenti, dovuto all'importanza degli incidenti professionali. Ma come si può notare, gli apprendisti riportano anche un tasso più elevato di incidenti della circolazione, senza dubbio perché la loro situazione finanziaria permette loro di avere più facilmente accesso a veicoli motorizzati. I tassi di incidenti sportivi differiscono da un tipo di formazione all'altra soprattutto tra le ragazze visto che gli incidenti sono più frequenti tra gli studenti che tra gli apprendisti (soprattutto tra le ragazze). Questa tendenza riflette prima di tutto differenze nella pratica sportiva siccome, come dimostrato in altri studi (Narring e al. 1998), le ragazze e i ragazzi apprendisti, paragonabilmente ai loro compagni studenti, tendono a diminuire il loro impegno sportivo a partire dai 16-17 anni, probabilmente per il fatto che gli orari di lavoro sono più lunghi e irregolari (capitolo 3.4.1).



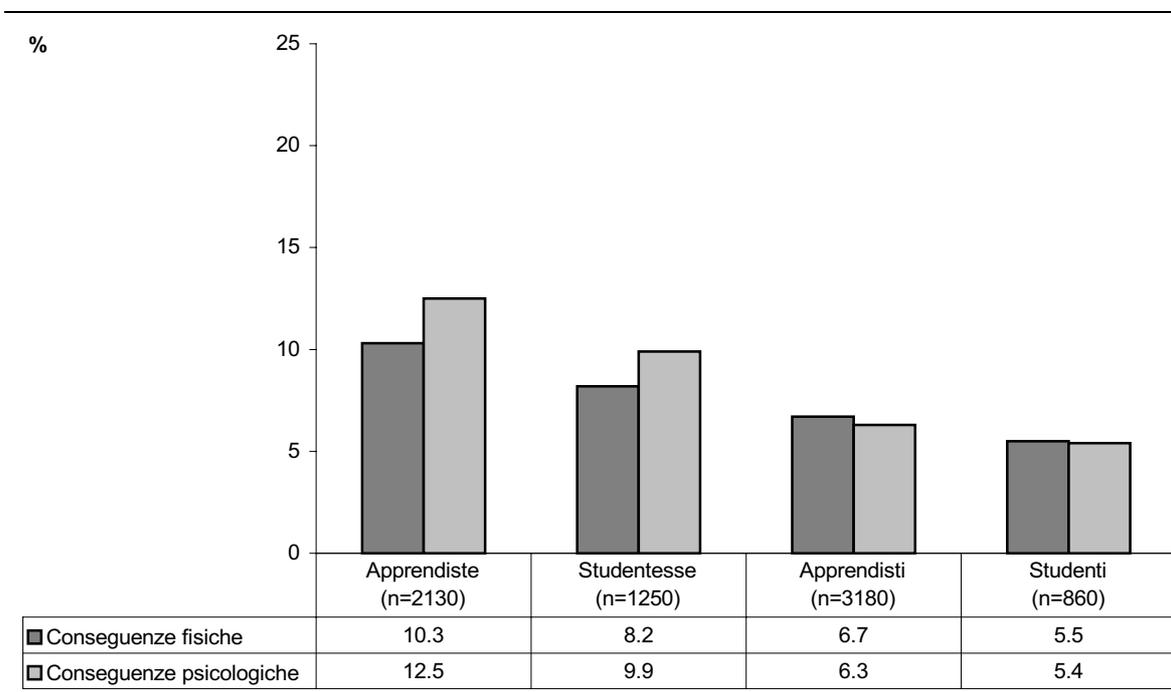
**Grafico 3.6-1** Prevalenza dei diversi tipi di incidenti riportata dai giovani durante i 12 mesi precedenti l'inchiesta, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D24)

La Tabella 3.6-1 evidenzia l'importanza degli incidenti della circolazione, che costituiscono un quarto, anche un terzo (tra gli apprendisti) dell'insieme degli incidenti. I più frequenti sono evidentemente quelli legati all'utilizzo di un veicolo a motore: scooter, motocicletta, automobile. Gli incidenti che riguardano i pedoni sono relativamente rari a quest'età.

	Ragazze		Ragazzi	
	apprendiste (%) n = 2130	studentesse (%) n = 1250	apprendisti (%) n = 3180	studenti (%) n = 860
<b>Tutti gli incidenti</b>	<b>20.5</b>	<b>23.5</b>	<b>33.2</b>	<b>29.4</b>
Circolazione	5.9	4.7	10.4	7.2
Pedone	1.2	0.7	1.4	1.0
Bicicletta	1.2	1.1	2.7	3.3
Scooter / autoveicolo : passeggero	1.7	1.0	1.5	0.7
Scooter / autoveicolo : conducente	2.3	1.6	6.1	2.3

**Tabella 3.6-1** Percentuali di giovani vittime di differenti incidenti della circolazione, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D24)

Le conseguenze degli incidenti non sono da sottovalutare visto che il 9.4% delle ragazze e il 6.2% dei ragazzi indicano conseguenze fisiche (« non puoi più fare alcune attività della vita quotidiana, o non puoi più farle senza aiuto») e rispettivamente l'11.5% e il 6.2% conseguenze psicologiche dei traumi (« cambiamento nel tuo modo di essere, paure, problemi di concentrazione, ecc. ») (Grafico 3.6-2).



**Grafico 3.6-2** Proporzioni di giovani che segnalano di aver avuto conseguenze dagli incidenti (fisiche o psicologiche), secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D24)

Ci si potrebbe stupire del fatto che le ragazze indicano più conseguenze dei ragazzi, mentre questi ultimi sono più sovente vittime di incidenti: si potrebbe ipotizzare che le ragazze tendano a riferire

### 3.6 Violenza intenzionale e non intenzionale

con più facilità dei postumi o percepiscono più fortemente la sofferenza che ne risulta. Un'ipotesi aggiuntiva potrebbe essere che i ragazzi sono più facilmente vittime di incidenti, ma una parte di questi sarebbero in definitiva meno gravi di quelli che coinvolgono le ragazze. Infine si potrebbe pure pensare che il modo di vivere l'incidente differisca. Tra i compagni maschi l'incidente potrebbe avere il valore di atto di sperimentazione o di coraggio, mentre sarebbe considerato più probabilmente come un atto « subito » da parte delle ragazze. I dati di SMASH non permettono di fornire risposte a queste ipotesi.

Nella Tabella 3.6-2 vengono riportate le comparazioni con i dati di 10 anni fa. Si può notare che la percentuale di intervistati che segnalano un incidente sportivo durante l'anno precedente l'inchiesta sembra essere fortemente diminuita per tutti i gruppi presi in considerazione. In ugual misura sarebbero diminuiti i tassi di incidenti sul lavoro per gli apprendisti, mentre i tassi di incidenti della circolazione sembrano stazionari.

	Ragazze				Ragazzi			
	apprendiste (%) n = 2130		studentesse (%) n = 1250		apprendisti (%) n = 3180		studenti (%) n = 860	
Incidente sul lavoro	6.1	5.9	1.2	1.1	14.8	8.9	2.1	1.2
Incidente della circolazione	6.3	5.9	3.4	4.7	8.9	10.4	3.8	7.2
Incidente sportivo	16.9	8.8	25.3	16.6	33.2	17.6	33.6	20.8

\* Le cifre del 1993 sono a sinistra ; a destra in *italico*, quelle del 2002.

**Tabella 3.6-2** Percentuali di giovani che segnalano un incidente negli ultimi 12 mesi, per tipo di incidente, secondo il sesso e il tipo di formazione, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D24)

A dispetto di queste diminuzioni, con un tasso complessivo annuale del 10%, i traumi causati da incidenti costituiscono un problema di salute pubblica maggiore che necessita di misure più energiche di quelle che il nostro paese ha messo in atto fino ad oggi. In materia di incidenti della circolazione, diverse misure legislative e ambientali impiegate in altri paesi hanno da tempo dimostrato la loro efficacia, come nel caso della Svezia (Bergman, & Rivara, 1991) che conosce un tasso di incidenti tra i giovani di circa il 50% più basso di quello della Svizzera. Misure che riguardano il consumo di alcol, il rispetto delle regole della circolazione, l'educazione dei conducenti, misure per aumentare la sicurezza dei veicoli e degli equipaggiamenti sportivi, misure di incoraggiamento all'utilizzo delle protezioni (casco, cinture, vedi capitolo 3.4.6) infine il miglioramento dell'ambiente di lavoro, sono altrettante piste di intervento che meritano di essere seguite (Michaud 1992).

### 3.6.2 Violenza subita

I giovani non sono soltanto autori di atti di violenza ma ne sono anche vittime. Gli atti di violenza subiti possono diventare, per le persone coinvolte, avvenimenti critici della vita che si ripercuotono sul benessere e nuocciono alla salute (Mansel, 2001). Per questo motivo abbiamo chiesto ai giovani che hanno partecipato a questo studio se erano stati vittime di differenti atti di violenza e se sì con quale frequenza.

La Tabella 3.6-3 indica quanti giovani sono stati vittime di furto, di racket o di un atto di violenza fisica almeno una volta negli ultimi 12 mesi. La maggioranza del 13,4% degli intervistati che hanno indicato di essere stati vittime di un furto nel corso dell'anno precedente l'inchiesta, ha precisato che questa disavventura era capitata una sola volta. La proporzione di giovani vittime del racket è nettamente più bassa (2,3%) e riguarda circa nella stessa misura ragazze e ragazzi. Mentre nei due terzi dei casi si tratta di un singolo episodio, un terzo è stato vittima "qualche volta" del racket e in una minima proporzione "spesso".

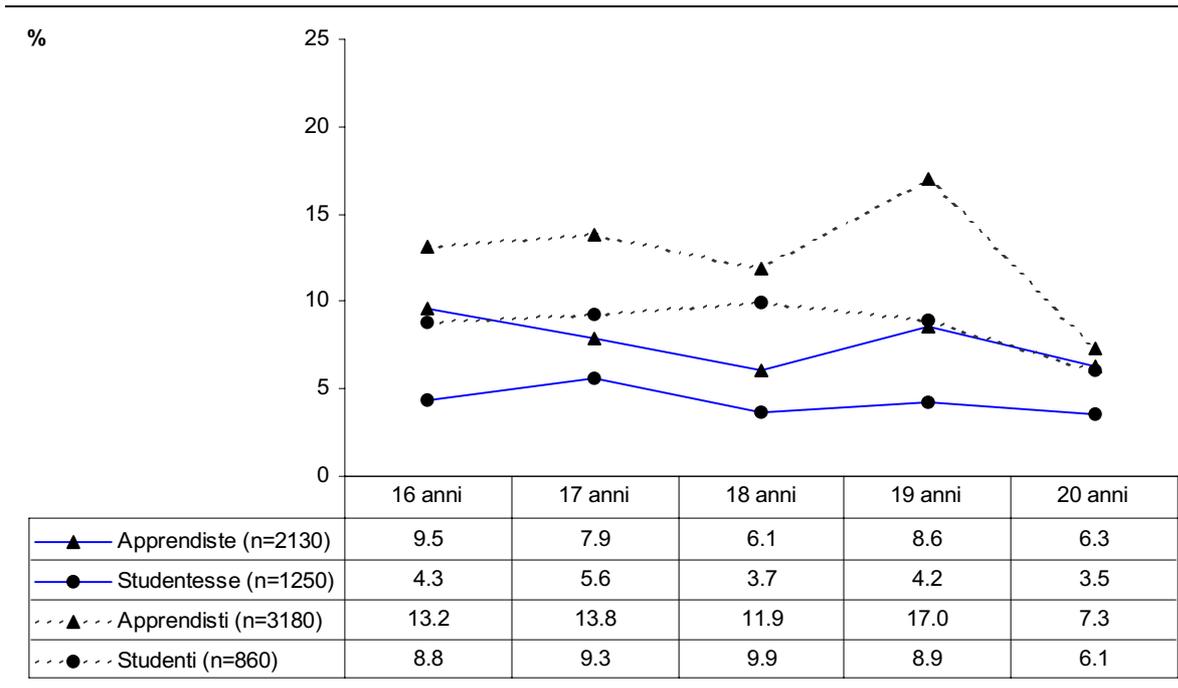
	Ragazze (%) n = 3380	Ragazzi (%) n = 4040	Totale (%) n = 7420
Vittima di un furto	12.5	14.3	13.4
Vittima del racket (banda)	1.9	2.5	2.3
Vittima di violenze fisiche	6.3	12.0	9.4

**Tabella 3.6-3** Percentuali di giovani che menzionano differenti forme di violenza almeno una volta nel corso degli ultimi 12 mesi (SMASH 2002, D31)

Per le diverse forme di violenza subita e in particolare per le aggressioni fisiche, si nota una netta differenza tra i sessi: questo problema riguarda in particolare i ragazzi. Questa differenza tra i sessi si ritrova generalmente nelle statistiche sulla delinquenza (Flammer, & Alsaker, 2002).

Analisi più approfondite (Grafico 3.6-3) rivelano anche una differenza secondo il tipo di formazione (apprendisti/studenti). Oltre a notare che i ragazzi sono più sovente esposti ad aggressioni fisiche rispetto alle ragazze, possiamo constatare che gli apprendisti sono più esposti degli studenti sia tra i ragazzi sia tra le ragazze.

Le percentuali di giovani che sono stati vittime di un furto sono leggermente inferiori a quelle dello studio SMASH del 1993 (14% delle ragazze e 22% dei ragazzi erano stati derubati). La percentuale di ragazze vittime di violenza fisica non è cambiata e, tra i ragazzi, è solo leggermente aumentata nel 2002 (9% nel 1993 contro 12% oggi). La frequenza del racket è rimasta stabile. Riassumendo si può dire che l'ambiente dei giovani d'oggi non è caratterizzato da un aumento della violenza rispetto al decennio precedente.



**Grafico 3.6-3** Percentuali di giovani che affermano di essere stati vittime di violenza fisica almeno una volta nel corso degli ultimi 12 mesi, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D31)

A questo proposito, è importante ricordare che circa il 5% delle ragazze e il 18% dei ragazzi hanno riconosciuto di essersi lasciati trascinare in conflitti e risse per aver consumato alcol (vedi capitolo 3.4.3).

Per il momento, non possiamo che speculare sui motivi della differenza osservata tra studenti e apprendisti. Altri risultati riguardanti la loro salute (vedi capitolo 3.3) hanno rivelato che gli apprendisti sembrano esposti a diversi rischi e fattori di stress. Con l'entrata precoce nella vita professionale, sono pure spinti prima nel mondo degli adulti e, di conseguenza, si trovano in un ambiente che offre meno fattori di protezione.

### 3.6.2.1 Molestie ripetute

Da qualche anno la ricerca internazionale sul tema del mobbing o molestie tra bambini e giovani attribuisce maggior attenzione alle forme di aggressione/ di violenza verbale e indiretta (Alsaker, 2003; Jugert, Scheithauer, Notz, & Petermann, 2000; Olweus, 1996). Si parla di aggressione sociale o relazionale indiretta, quando un danno è causato a qualcuno tramite l'espedito delle relazioni sociali, per esempio quando diverse persone si burlano di un'altra, la escludono deliberatamente o le impediscono di partecipare. Queste forme di violenza, molte volte sottili e nascoste, sono tipiche del mobbing. Esse hanno un effetto devastante sulla stima di sé per la vittima (per es. Alsaker, & Olweus, 2001). Questo genere di esperienze, come le esperienze di molestie volgari (verbali o fisiche), sono considerate mobbing soltanto se si verificano in modo ripetuto e ricorrente (Olweus, 1996). Il criterio normalmente utilizzato è quello della ripetizione settimanale.

Nuovi lavori di ricerca sul fenomeno del mobbing hanno mostrato che dal 5 al 10% degli studenti vivono a più riprese esperienze negative con compagni della stessa età, in modo da essere qualificati come vittime di mobbing (per es. Alsaker & Brunner, 1999; Jugert e al., 2000; Olweus, 1996; Smith e al., 1999). Se questo studio si fosse interessato al fenomeno del mobbing in quanto tale, certi intervistati avrebbero potuto essere qualificati come vittime e/o fautori di tali problemi. Tuttavia, in mancanza di indicazioni sulla responsabilità personale degli intervistati nel mobbing, ci siamo concentrati in questo studio sulle domande sulla percezione di sé in quanto vittime, come fatto negli

strumenti di raccolta dei dati sul mobbing (Alsaker, 2003). Le risposte alle domande sulle aggressioni verbali e fisiche ripetute e sulle esperienze di esclusione dal gruppo sono rappresentate nella Tabella 3.6-4. Tutte queste sono forme di molestie, proprie al fenomeno del mobbing.

	Ragazze (%) n = 3380	Ragazzi (%) n = 4040	Totale (%) n = 7420
Gli altri si sono presi gioco di me o mi hanno insultato/a ?	10.8	14.3	12.7
Gli altri mi hanno aggredito(a) fisicamente o mi hanno maltrattato/a ?	1.6	2.7	2.2
Gli altri mi hanno escluso(a) apposta o mi hanno impedito di partecipare ?	1.9	1.4	1.6

**Tabella 3.6-4** Percentuali di giovani che indicano di essere stati vittime di molestie verbali e esclusione almeno una volta alla settimana nel corso degli ultimi 12 mesi, secondo il sesso (SMASH 2002, D32)

Alla domanda se qualcuno si era preso (almeno) una volta gioco di loro o se erano stati insultati nel corso dei 12 mesi precedenti l'inchiesta, 59.2% dei giovani interrogati hanno risposto positivamente. Tre quarti di loro sono stati vittime una o due volte di insulti e un buon 10% lo sono stati una volta alla settimana o più sovente (Tabella 3.6-4).

Un numero nettamente inferiore di intervistati (14.4%) ha indicato di essere stato escluso da un gruppo oppure essere rifiutato come partecipanti almeno una volta nel corso dell'anno precedente. Nella maggior parte dei casi, ciò non si è verificato che una volta o due. L'esclusione sociale ripetuta (almeno una volta alla settimana) riguarda un numero ridotto di giovani (appena il 2%).

Queste cifre mostrano che è importante stabilire una distinzione tra le esperienze sgradevoli che si verificano occasionalmente e quelle che si verificano sistematicamente e che meritano di fatto la qualifica di molestie o mobbing. Non è raro che le esperienze occasionali di attitudini negative o aggressive altrui sfocino in conflitti ma queste sono in generale gestibili per la persona lesa. La molestia sistematica non è qualitativamente comparabile ai conflitti e ha conseguenze distruttive per la vittima (Alsaker, 2003).

I risultati indicano chiaramente che circa un decimo dei giovani è stato vittima di violenza fisica nel corso degli ultimi 12 mesi (Tabella 3.6-3) e che quasi il 15% è stato regolarmente insultato dai compagni in diversi modi (Tabella 3.6-4). Queste ultime cifre corrispondono ai risultati ottenuti tra i bambini e gli adolescenti sia nella Svizzera romanda che tedesca (come quelli dello studio ch-x-Jugend e dell'inchiesta realizzata nelle scuole reclute (Haas, 2001) sia negli altri paesi (Alsaker, 2003 ; Alsaker, & Brunner, 1999 ; Smith e al., 1999). Essi mostrano che la problematica della molestia ripetuta (mobbing) è da prendere sul serio in tutte le fasce d'età. Questo significa che non bisogna concentrarsi unicamente sulle forme visibili e drammatiche di violenza fisica e che una proporzione abbastanza elevata di intervistati più anziani ha verosimilmente bisogno di aiuto per uscire da questi schemi. Dato che il fenomeno del mobbing è un fenomeno di gruppo, tutta la classe deve essere interpellata nella risoluzione del problema. Gli adolescenti soffrono frequentemente del fatto che gli adulti si distanziano dalla problematica e qualificano il mobbing come un conflitto da risolvere tra i giovani (Alsaker, 2003). Gli interessati hanno però soltanto molto raramente la possibilità di risolvere il problema tra di loro. Per questo motivo questa situazione rappresenta una grande sfida per gli adulti. Il mobbing non deve essere interpretato come una fatalità, ma come una problematica che può e deve essere risolta. Da qualche anno sono stati realizzati diversi programmi nel mondo intero, con un buon successo, per incoraggiare tutti a guardare e a reagire invece di voltare lo sguardo (Alsaker, 2003; Olweus, 1996; Smith, Pepler, & Rigby, 2003). Inoltre diverse organizzazioni e servizi di consulenza

### 3.6 Violenza intenzionale e non intenzionale

offrono un aiuto quando i responsabili della formazione si sentono in difficoltà durante questo ruolo di mediazione. A questo proposito, bisogna segnalare in particolare la situazione degli apprendisti. Benché le aggressioni non siano più frequenti che nella scuola secondo i risultati di questo studio, i casi di mobbing potrebbero essere nettamente più difficili da risolvere per diverse ragioni. Da una parte, potrebbero essere più difficili da svelare per le persone incaricate della formazione (visto che la responsabilità di formare gli apprendisti è suddivisa). Dall'altra parte, l'idea che gli apprendisti debbano risolvere da sé i propri problemi sociali sembra essere più diffusa nel lavoro che a scuola. Da qui la necessità di sensibilizzare i maestri di tirocinio e gli altri responsabili della formazione su questa problematica e mettere loro a disposizione strumenti ai quali possano ricorrere in un tale eventualità.

#### 3.6.2.2 Gli abusi sessuali

Essere vittima di un abuso sessuale può avere delle conseguenze a lungo termine sulla salute. Nel sondaggio SMASH del 1993, le ragazze coinvolte hanno indicato più sovente rispetto alle altre stati di nervosismo, depressione, pensieri suicidari, un'immagine negativa del corpo, problemi familiari, difficoltà scolastiche e consumo di stupefacenti (Tschumper, Narring, Meier, & Michaud, 1998). Questi risultati confermano quelli di studi simili condotti in altri paesi (Chandy, Blum, & Resnick, 1996; Edgardh, & Ormstad, 2000; Garnefski, & Arends, 1998).

Nelle domande degli studi SMASH, l'abuso sessuale era introdotto con la seguente definizione: «un'aggressione sessuale o un abuso sessuale si verifica quando qualcuno della tua famiglia o un'altra persona ti tocca dove non vorresti, oppure quando ti fa qualcosa in relazione alla tua sessualità che non dovrebbe fare». Questa definizione è tratta dal Minnesota Youth Health Survey (Chandy e al, 1996). Si tratta di una definizione abbastanza aperta che può ricoprire forme di abuso con o senza contatto corporeo. Siccome gli abusi senza contatto corporeo (per es. attacchi verbali, esibizionismo) non sono menzionati esplicitamente, bisogna aspettarsi delle lacune nella loro raccolta, come lo confermano i paragoni con altri studi che menzionano esplicitamente le due forme di abuso (Halperin e al., 1996).

Nell'insieme, 14.4% delle ragazze e 1.7% dei ragazzi hanno indicato in questo studio di aver subito un abuso sessuale. Il Grafico 3.6-4 illustra la ripartizione in funzione dell'età e del sesso.

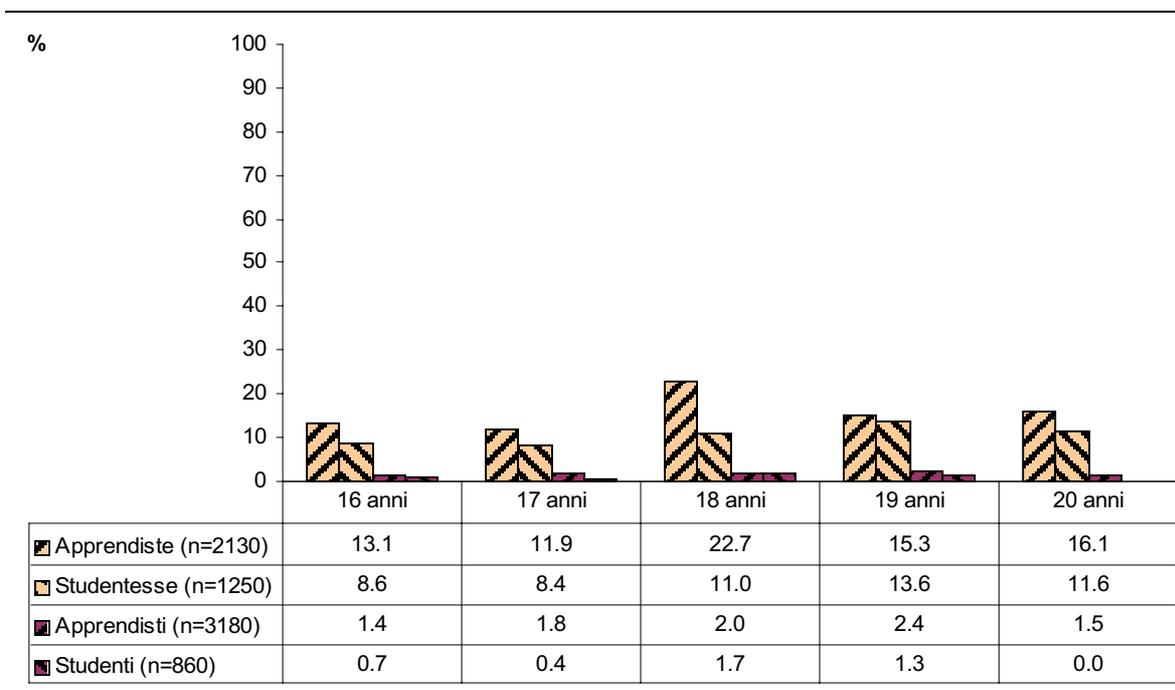


Grafico 3.6-4

Percentuali di giovani che indicano di essere stati vittime di un abuso sessuale, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D74)

Le cifre, come anche le differenze tra ragazze e ragazzi, confermano pressa poco i risultati di altri studi (Finkelhor, 1994) (Edgardh & Ormstad, 2000). Tuttavia, per principio, la frequenza effettiva degli abusi sessuali è piuttosto sottovalutata in un questionario, in parte perché molte vittime non si ricordano più di questo incidente durante tutta una fase della loro vita (Epstein & Bottoms, 1998), in parte perché le persone coinvolte possono aver difficoltà a confessare una tale esperienza in un questionario, come lo provano in particolare alcuni riscontri riguardanti l'inchiesta SMASH 2002. I giovani coinvolti hanno descritto quanto è costato loro riconoscere effettivamente l'abuso sessuale che avevano subito.

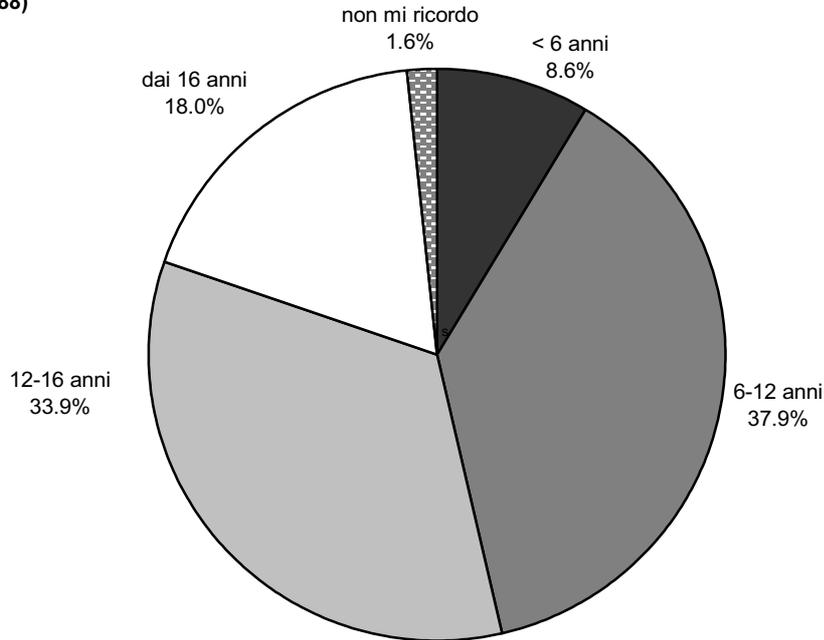
All'epoca dell'ultimo studio SMASH del 1993, 18.6% delle ragazze e 3.9% dei ragazzi avevano indicato di essere stati vittima di abuso sessuale, dunque in maggiore numero rispetto al presente studio. In uno studio ginevrino realizzato nel 1994-1995 tra le classi di quarta media, la proporzione di studenti coinvolti era pure più elevata e corrispondeva maggiormente ai risultati di SMASH 1993, dato che 19% delle ragazze e 3.5% dei ragazzi indicavano un palpeggiamento indesiderato (Halperin e al., 1996). La domanda che deve restare aperta per il momento è sapere se questo risultato riflette o meno una diminuzione effettiva degli abusi sessuali che riguardano i bambini e gli adolescenti. Si potrebbe essere ottimisti solo se altri studi confermassero una tendenza al ribasso. Per il momento, solo uno studio americano indica un'evoluzione simile per gli anni 1990-1999. Nello studio si riscontra una netta diminuzione dei casi di violenza sessuale segnalati durante questo periodo alle autorità responsabili della protezione dell'infanzia (Jones, Finkelhor, & Kopiec, 2001). Ma pure questo risultato potrebbe essere influenzato da altri fattori e richiede di essere confermato da ulteriori sondaggi.

Tra i giovani coinvolti, 71.8% delle ragazze e 58% dei ragazzi hanno potuto parlare della propria esperienza a qualcuno; questi dati coincidono con quelli di SMASH 1993. I ragazzi sembrano far più fatica a ricordare questa esperienza, ciò che potrebbe essere dovuto a diverse ragioni. Bisogna tuttavia chiedersi se le offerte di consulenza sono sufficienti per i ragazzi coinvolti e sufficientemente conosciute.

### 3.6 Violenza intenzionale e non intenzionale

Il Grafico 3.6-5 indica la ripartizione delle ragazze secondo le diverse fasce d'età all'epoca del primo abuso.

Ragazze (n=488)



**Grafico 3.6-5** Ripartizione delle ragazze abusate sessualmente secondo l'età al primo abuso (SMASH 2002, D74)

Tra i ragazzi le cifre sono troppo limitate per poter affermare in maniera affidabile la ripartizione nelle diverse fasce d'età al momento del primo abuso. Dal punto di vista della prevenzione è importante ricordare che una parte non sottovalutabile di ragazze coinvolte ha subito per la prima volta un abuso durante l'adolescenza (Pedersen, & Aas, 1995 ; Ackard, & Neumark-Sztainer, 2002).

Dato che non meno di un ragazza su sette afferma di essere stata vittima di un abuso sessuale e tenuto conto delle conseguenze potenzialmente gravi che una tale esperienza può avere sulla salute, bisogna imperativamente continuare a ricercare miglioramenti a livello dell'accompagnamento e del seguito delle vittime da parte degli specialisti. Inoltre bisogna assolutamente continuare gli sforzi di prevenzione che sono stati intensificati negli anni 90. Nel campo dell'educazione sessuale, si dovrà inoltre porre maggiormente l'accento sulla problematica degli abusi sessuali nell'ambito delle relazioni amorose.

### 3.6.2.3 La violenza su Internet

Con la crescente popolarità di Internet e del suo utilizzo da parte dei bambini e degli adolescenti, i giovani sono anche confrontati ai pericoli di questo media. In questo studio è stato solo chiesto loro quali forme di violenza avevano già incontrato su Internet (Tabella 3.6-5).

<i>Su Internet, ti sei già trovato(a) davanti, senza averlo cercato</i>	Ragazze (%) n = 3380	Ragazzi (%) n = 4040	Totale (%) n = 7420
... a pornografia	30.6	58.1	45.6
... a contenuti razzisti	13.8	20.6	17.5
... a contenuti che incitano alla violenza o all'odio	12.0	20.9	16.9

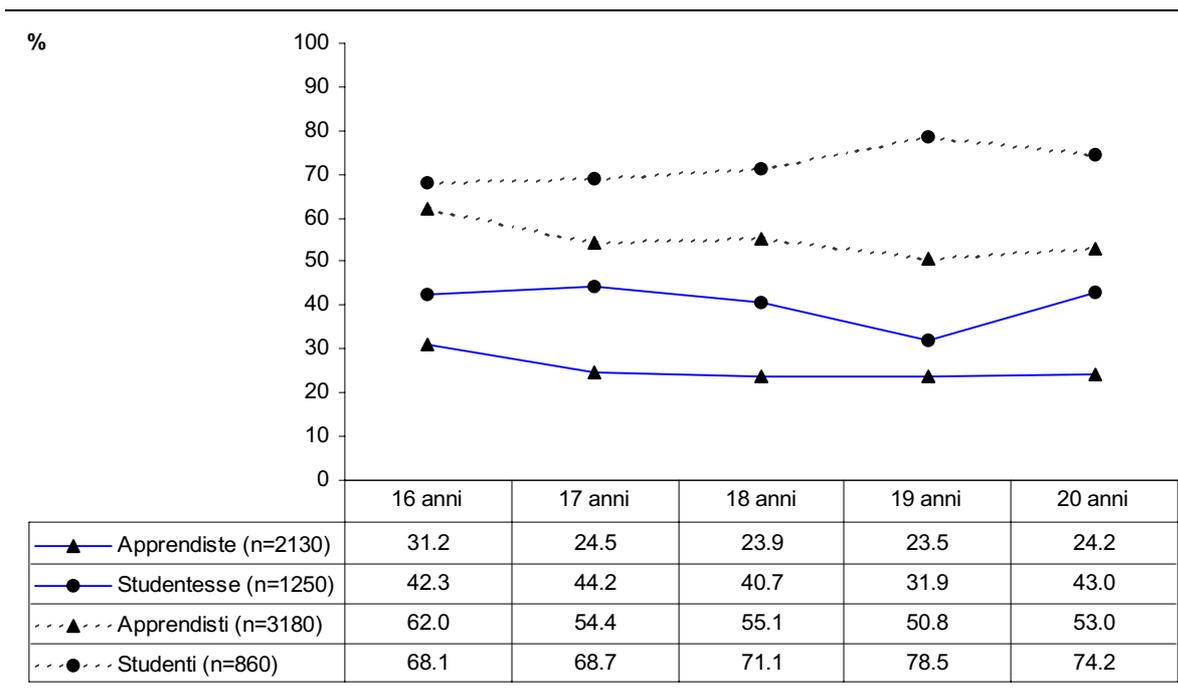
**Tabella 3.6-5** Percentuali di giovani che indicano di essere stati confrontati almeno una volta a differenti forme di violenza su Internet, secondo il sesso (SMASH 2002, D89)

Poco meno della metà dei giovani intervistati ha risposto di essere già stata confrontata una volta, senza volerlo, alla pornografia navigando in rete. Una proporzione inferiore di giovani tra i 16 e 20 anni si è trovata pure di fronte a contenuti razzisti (17.5%) e/o a contenuti che incitavano alla violenza o all'odio (16.9%). Tra i giovani che sono stati confrontati a contenuti pornografici, una percentuale molto elevata (ragazze e ragazzi insieme) dice di esserlo stata involontariamente. Un terzo dei ragazzi e una certa percentuale di ragazze (vedi capitolo 3.4.7) hanno invece cercato volontariamente questi siti. E' possibile che i giovani si trovino di fronte a immagini pornografiche cercando informazioni sulla sessualità. Questo fatto è spiacevole ma difficile da evitare. Solo un apprendimento precoce dell'utilizzo critico di Internet può avverarsi utile da questo punto di vista.

La Tabella 3.6-5 indica che i ragazzi sono stati confrontati alla violenza su Internet in proporzione maggiore. Anche se le ragazze e i ragazzi hanno indicato nella stessa proporzione (più del 80% ciascuno) di aver navigato sulla rete durante il mese precedente l'inchiesta, differenze specifiche relative al sesso si manifestano a livello della frequenza del volume di visite dei siti (vedi capitolo 3.4.7). I ragazzi non soltanto utilizzano più sovente Internet ma anche più a lungo.

Questa constatazione spiega in parte perché i ragazzi sono stati nettamente più spesso confrontati a contenuti sgradevoli su Internet (Grafico 3.6-6). Inoltre è più probabile che i ragazzi esplorino maggiormente la rete e si trovino così confrontati a un grande numero di pagine che non hanno cercato intenzionalmente.

Questa ipotesi potrebbe anche spiegare la differenza constatata riguardo al tipo di formazione: gli studenti sono stati più sovente confrontati a contenuti pornografici rispetto agli apprendisti dello stesso sesso. Infatti essi passano effettivamente più tempo dei coetanei in Internet (vedi capitolo 3.4.7).



**Grafico 3.6-6** Percentuali di giovani che indicano di essere già stati confrontati almeno una volta alla pornografia su Internet, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D89)

### 3.6.3 Comportamenti suicidari

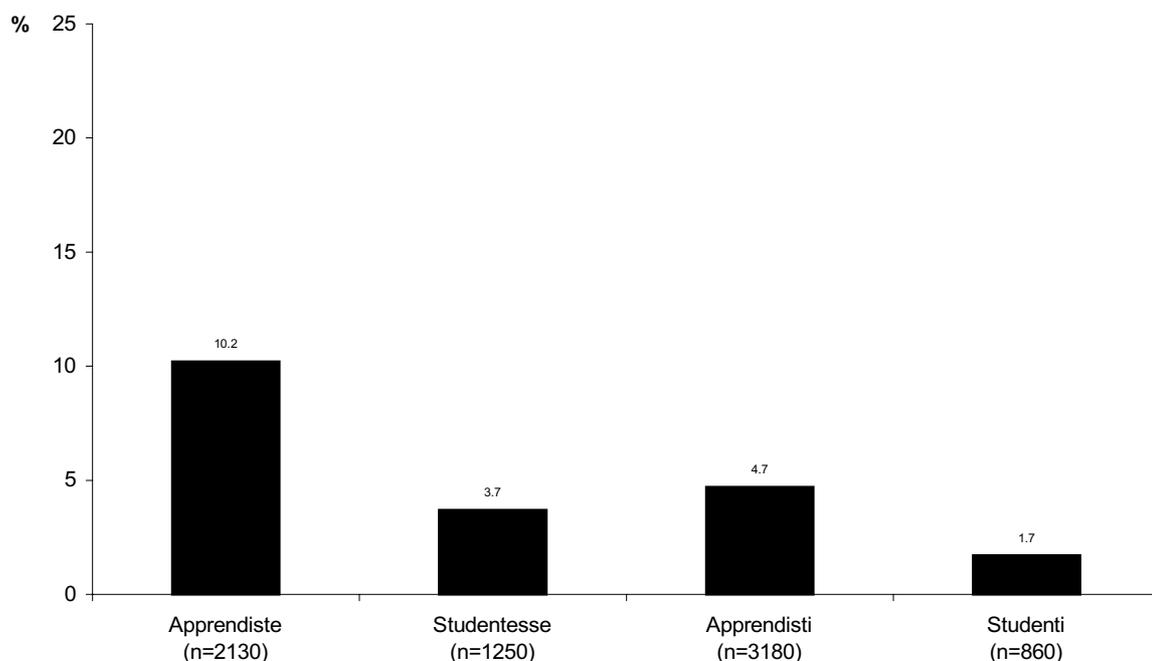
Il termine «comportamenti suicidari» ricopre l'insieme delle ideazioni e dei comportamenti che riguardano il tentativo di suicidio e il suicidio (Tabella 3.6-6). Essi costituiscono, in Europa come in Svizzera, un'importante problematica di salute pubblica (Bille-Brahe, 1995; Rey, Michaud, & Ferron, 1997; Rey Gex, Narring, Ferron, & Michaud, 1998). Oltre al fatto che il suicidio rappresenta la seconda causa di mortalità nell'adolescenza e che i tassi di suicidio nel nostro paese non sono diminuiti da 30 anni (Schlueter, Narring, Münch, & Michaud, 2003), i tentativi di suicidio costituiscono un'importante fonte di sofferenza e causa di ricoveri in ospedale e di cure psichiatriche (Hawton e al., 1998; Séguin, 1999; Shaffer & Piacentini, 1994; Spirito, 1989). Diversi studi dimostrano che solo pochi tentativi di suicidio sono individuati dal sistema di cure (Ladame, Ottino, & Pawlak, 1995; Rey Gex e al., 1998), nonostante una delle migliori prevenzioni del suicidio sembra essere l'identificazione e la presa a carico dei giovani che hanno forti idee suicidarie o che hanno commesso un tentativo di suicidio (Shaffer & Craft, 1999). Per rendersi conto del lavoro che resta da fare è utile valutare, in tutte le popolazioni di adolescenti, la prevalenza delle ideazioni e dei comportamenti suicidari.

La Tabella 3.6-6 propone le risposte alla domanda riguardante l'insieme dei comportamenti suicidari. La presenza di semplici idee suicidarie in un momento o nell'altro dell'adolescenza è relativamente diffusa e non necessita obbligatoriamente di misure particolari. Al contrario, un'ideazione che si spinge fino all'elaborazione di un piano o di un metodo, è un segno molto più grave che dovrebbe allertare tutti gli adulti confrontati a una tale situazione. È sorprendente constatare che quasi una ragazza e un ragazzo su cinque si sono trovati confrontati a una tale situazione. Inoltre vi sono giovani, in percentuale importante, che dicono che si sarebbero suicidati « se ne avessero avuto l'occasione ». Le percentuali di intervistati che hanno ammesso un tentativo di suicidio, sia durante la propria vita, sia durante l'ultimo anno, sono considerevoli e piuttosto elevate rispetto ad altri paesi (Garrison, Jackson, Addy, McKeown, & Waller, 1991; Kienhorst e al., 1990).

		Ragazze (%) n = 3380	Ragazzi (%) n = 4040
Negli ultimi 12 mesi :	hai pensato al suicidio	21.4	15.4
	ci sono stati momenti in cui avresti voluto suicidarti	16.7	9.8
	ti saresti suicidato/a se ne avessi avuto l'occasione	4.9	3.2
	hai pensato al metodo che avresti potuto utilizzare per suicidarti	22.4	17.9
	hai tentato il suicidio	3.4	1.6
Durante la tua vita :	hai tentato il suicidio	8.2	3.2

**Tabella 3.6-6** Percentuali di giovani che segnalano preoccupazioni o comportamenti suicidari, secondo il sesso (SMASH 2002, D46, D47)

Il Grafico 3.6-7 presenta le percentuali di giovani che dicono di aver commesso un tentativo di suicidio almeno una volta nel corso della loro vita, per sesso e per tipo di formazione separati. Queste percentuali non sono diverse da quelle ottenute una decina di anni fa. Le apprendiste presentano un tasso di tentativo più elevato che le coetanee studentesse e i ragazzi in generale. Inoltre, bisogna ricordare che, in uno studio condotto qualche anno fa tra i giovani emarginati dai 16 ai 20 anni (esclusi da una formazione professionale), il tasso di tentativo di suicidio era molto più elevato, dato che il 34% delle giovani ragazze e il 17% dei ragazzi intervistati ammettevano di aver commesso un tentativo di suicidio durante l'anno precedente l'inchiesta (Delbos-Piot, Narring, & Michaud, 1995). Bisogna dunque ricordarsi che le percentuali ottenute nell'inchiesta SMASH (come nel caso di altri problemi) sottovalutano l'ampiezza del fenomeno in alcune popolazioni di giovani a rischio.



**Grafico 3.6-7** Percentuali di giovani che dicono di aver commesso un tentativo di suicidio almeno una volta nel corso della loro vita, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D47)

### 3.6 Violenza intenzionale e non intenzionale

Un certo numero di giovani ha commesso diversi tentativi di suicidio durante la propria vita : tra coloro che dicono di aver commesso almeno un tentativo di suicidio, la proporzione di giovani che indicano più di un tentativo di suicidio nel corso della vita è particolarmente elevata tra gli apprendisti (ragazze : 42%, ragazzi 45%), nettamente meno tra gli studenti, soprattutto i ragazzi (rispettivamente 38% e 20%). Siccome uno dei più importanti fattori predisponenti del suicidio è la ripetizione del tentativo di suicidio (Granboulan, Roudot-Thoraval, Lemerle, & Alvin, 2001; Hulten e al., 2001), non si può che essere stupiti dall'importanza delle percentuali ottenute nel nostro studio della popolazione che rappresenta SMASH 2002.

	Ragazze (%) n = 280	Ragazzi (%) n = 148
Compagno(i) o compagna(e)	63.0	54.7
Ragazzo(a)	54.5	52.2
Genitori	49.7	39.2
Fratelli / sorelle	36.9	30.4
Educatore(trice) di foyer	3.9	9.2
Insegnante(i)	9.3	12.2

**Tabella 3.6-7** Tassi di giovani che indicano un tentativo di suicidio durante l'anno scorso e che si sono confidati con differenti persone del loro entourage, secondo il sesso (SMASH 2002, D47)

La Tabella 3.6-7 illustra a quali persone i giovani hanno confidato il loro gesto. Bisogna innanzi tutto dire che solo il 34% delle ragazze e il 29% dei ragazzi hanno confidato il proprio tentativo di suicidio a qualcuno. In altri termini, la maggior parte dei tentativi di suicidio tra gli adolescenti resta ignorata dai compagni, dai genitori o da altri adulti che li circondano. Più della metà dei giovani si sono confidati con il proprio entourage. Tra i giovani che hanno potuto parlare del proprio tentativo, solo una minoranza l'hanno confidato ai propri genitori : questo può essere dovuto al fatto che le relazioni familiari dei giovani suicidari sono mediocri o che i giovani si sentono colpevoli davanti ai propri genitori del gesto che hanno commesso.

Qual è la proporzione di giovani che hanno tentato il suicidio e che beneficiano di un aiuto medico o psicologico ? Lo 0.6% delle ragazze e lo 0.2% dei ragazzi di tutto il campione dicono di essere stati ricoverati all'ospedale per un tentativo di suicidio (Grafico 3.7-3). In altri termini, il 16.4% delle ragazze e il 6.2% dei ragazzi che hanno segnalato un tentativo di suicidio dicono di essere stati ricoverati per questa ragione. Tenendo conto che molti specialisti raccomandano un ricovero sistematico in ospedale per ogni tentativo di suicidio, si nota una differenza rilevante tra la percentuale totale di tentativi tra gli adolescenti e quella che porta a un ricovero in uno stabilimento di cura. Le percentuali degli intervistati che hanno potuto parlare di questo tema con un medico (ragazze : 0.4%; ragazzi 0.2%) o con uno psicologo (ragazze : 1.4%; ragazzi : 0.2%) è ugualmente molto bassa in confronto al numero di giovani coinvolti (Tabella 3.7-4), se si pensa che un'indagine sistematica sulla salute mentale e sulle idee suicidarie da parte dei professionisti che frequentano gli adolescenti costituisce una misura di prevenzione potenziale non trascurabile (Hamilton, 2000; Shaffer & Craft, 1999).

Riassumendo, la tematica del suicidio resta, in particolare nel nostro paese, un tema di salute pubblica assolutamente prioritario. Diversi paesi hanno attuato campagne di prevenzione in questo campo, sia in direzione dei giovani, sia per l'insieme della popolazione (Cotgrove, Zirinsky, Black, & Weston, 1995; HRSA., 2002; Taylor, Kingdom, & Jenkins, 1997). Al di là di qualche iniziativa isolata, in particolare nel cantone Ginevra o in Ticino (Ferron & Michaud, 1998; Michaud, 2000), il nostro Paese resta in ritardo in questo ambito. È urgente che le autorità sanitarie e politiche si rendano conto della

gravità di questo fenomeno e apportino soluzioni adeguate attraverso in particolare un'individuazione più efficace e un seguito più sistematico dei giovani che hanno idee suicidarie importanti o che hanno commesso un tentativo di suicidio.

A questo proposito si può considerare con positività la recente creazione nel nostro paese di un'associazione per la prevenzione del suicidio (Ipsilon, iniziativa per la prevenzione del suicidio in Svizzera, [www.ipsilon.ch](http://www.ipsilon.ch)).

#### 3.6.4 Atti illeciti

Durante l'adolescenza la frequenza degli atti illeciti è talmente elevata in confronto alle altre fasi della vita che alcuni specialisti la considerano come una componente normale della gioventù (Elliott, Ageton, Huizinga, Knowles, & Canter, 1983). Sulla base dello stato attuale della ricerca, Flammer et Alsaker (2002) giungono tuttavia alla conclusione che se il comportamento antisociale aumenta molto tra l'infanzia e l'adolescenza (intra-individuale), non è pertanto divenuto la norma.

Moffitt (1993) distingue due categorie di giovani: quelli che manifestano un comportamento antisociale a partire dall'infanzia e quelli che lo sviluppano soltanto a partire dall'adolescenza (la cosiddetta delinquenza limitata all'adolescenza). Secondo Moffitt (ibid.), gli adolescenti tentano di acquisire lo statuto di adulti tramite comportamenti di rottura con la norma o addirittura illeciti. «La delinquenza limitata all'adolescenza» si definisce come un fenomeno passeggero che appare all'inizio dell'adolescenza e riscompare all'inizio dell'età adulta. Ma altri studi segnalano che questo tipo di delinquenza si prolunga forse anche oltre all'adolescenza e lascia tracce nelle fasi successive della vita (Nagin, Farrington, & Moffitt, 1995).

Il proibito esercita un grande fascino specialmente tra i giovani, nel momento in cui cercano di distinguersi dall'autorità. Silbereisen e Noack (1988) considerano questo genere di comportamenti come un tentativo possibile di accelerare, dimostrandolo, il passaggio all'età adulta, quando non vi è nessun altro modo di accedere ai privilegi che la caratterizzano.

I giovani sono stati pregati di indicare se avessero commesso una serie di violazioni nei riguardi della legge nel corso degli ultimi 12 mesi e, se sì, con quale frequenza. Affidare agli interessati il compito di indicare da sé i propri reati è un metodo comprovato generalmente di buona validità (Aebi, 1999; Haas, 2001; Klein, 1989; Loeber, Stouthamer-Loeber & van Kammen, 1989). La Tabella 3.6-8 mostra a che punto gli atti illeciti sono diffusi tra i giovani intervistati nel quadro di questa inchiesta.

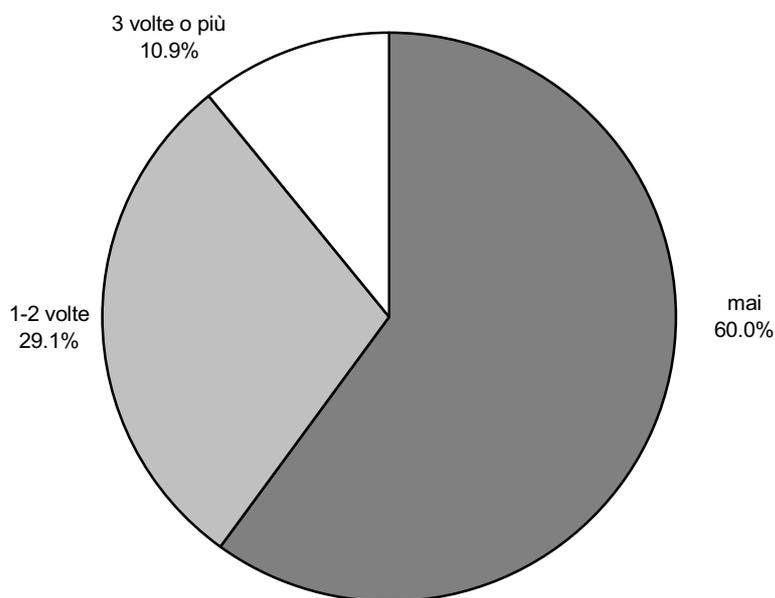
La Tabella 3.6-8 rivela che i ragazzi interrogati non sembrano soltanto più sovente vittime di atti di violenza (capitolo 3.6.2), ma anche si abbandonano più spesso delle ragazze a comportamenti illeciti. Quest'ultimo punto corrisponde ai risultati di tutti gli studi accessibili in questo campo.

Se si considera il numero di atti illeciti che i giovani hanno indicato di aver commesso nel corso degli ultimi 12 mesi (Grafico 3.6-8), si constata che il 60% degli intervistati ha garantito di non aver commesso nessun reato, il 29% uno o due reati e l'11% tre reati o più.

### 3.6 Violenza intenzionale e non intenzionale

Che cosa hai fatto durante gli ultimi 12 mesi ?	Ragazze (%) n = 3380	Ragazzi (%) n = 4040	Totale (%) n = 7420
Distrutto volontariamente qualcosa che non ti apparteneva (cabina telefonica, lampione, automobile, barriera, poltrona del cinema, ecc.)	4.9	23.8	15.2
Rubato o preso qualcosa	15.0	26.6	21.3
Assalito un adulto	2.2	9.5	6.2
Appiccato fuoco a qualcosa	1.4	10.3	6.3
Strappato o rubato la borsa, il portamonete o il natel di qualcuno	.5	2.3	1.5
Portato un'arma	6.0	18.7	12.9
Usato un'arma durante una rissa	.8	5.7	3.4
Venduto droghe (canapa compresa)	6.9	20.7	14.4

**Tabella 3.6-8** Percentuali di giovani che indicano di aver commesso almeno una volta differenti reati nel corso degli ultimi 12 mesi, secondo il sesso (SMASH 2002, D33)



**Grafico 3.6-8** Percentuali di giovani (n=7420) che dichiarano di aver o non aver commesso uno o più atto(i) illecito(i) nel corso degli ultimi 12 mesi (SMASH 2002, D33)

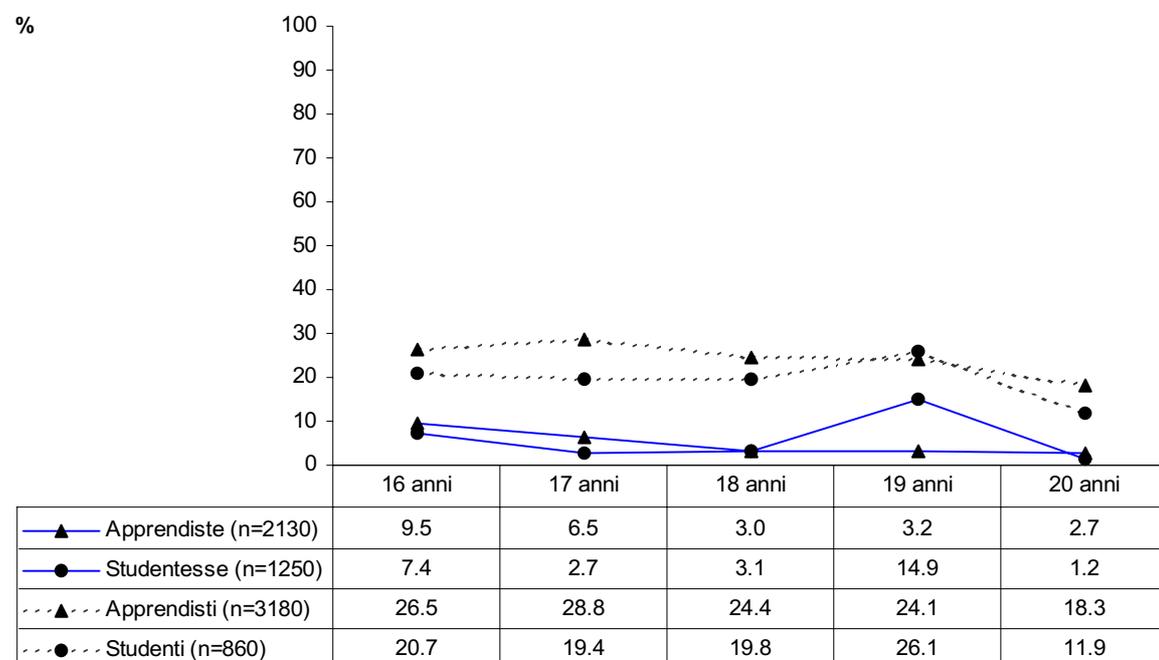
Questi risultati mostrano chiaramente che gli atti illeciti non sono la norma e che una piccola proporzione di giovani ne è responsabile in buona parte. Purtroppo è questo 11% che in media

utilizzano spesso per rappresentare la gioventù in generale. La proporzione di giovani che hanno commesso uno o due reati indica tuttavia che, per molti, la soglia si oltrepassa facilmente. Tra il 29% dei giovani, potrebbero esservene molti che hanno fatto un'esperienza o un tentativo e che non intendono però continuare.

Solamente due domande coincidono con l'inchiesta SMASH del 1993 : gli atti di vandalismo e i furti. Tuttavia, dato che i due campioni non sono comparabili al 100%, un leggero abbassamento o aumento delle percentuali non deve essere sopravvalutato.

Un piccolo quarto dei ragazzi ha intenzionalmente distrutto qualche cosa almeno una o due volte nel corso dei 12 mesi precedenti l'inchiesta. Questa percentuale corrisponde pressa poco a quella del 1993 (allora erano il 20%). La percentuale delle ragazze è al contrario un poco più bassa del 1993 (allora erano il 7%).

Se si esamina più da vicino quali intervistati hanno intenzionalmente danneggiato qualcosa che non apparteneva loro, si rileva una differenza significativa non solamente tra i due sessi, ma anche in funzione dell'età e del tipo di formazione (apprendisti/studenti) (Grafico 3.6-9).



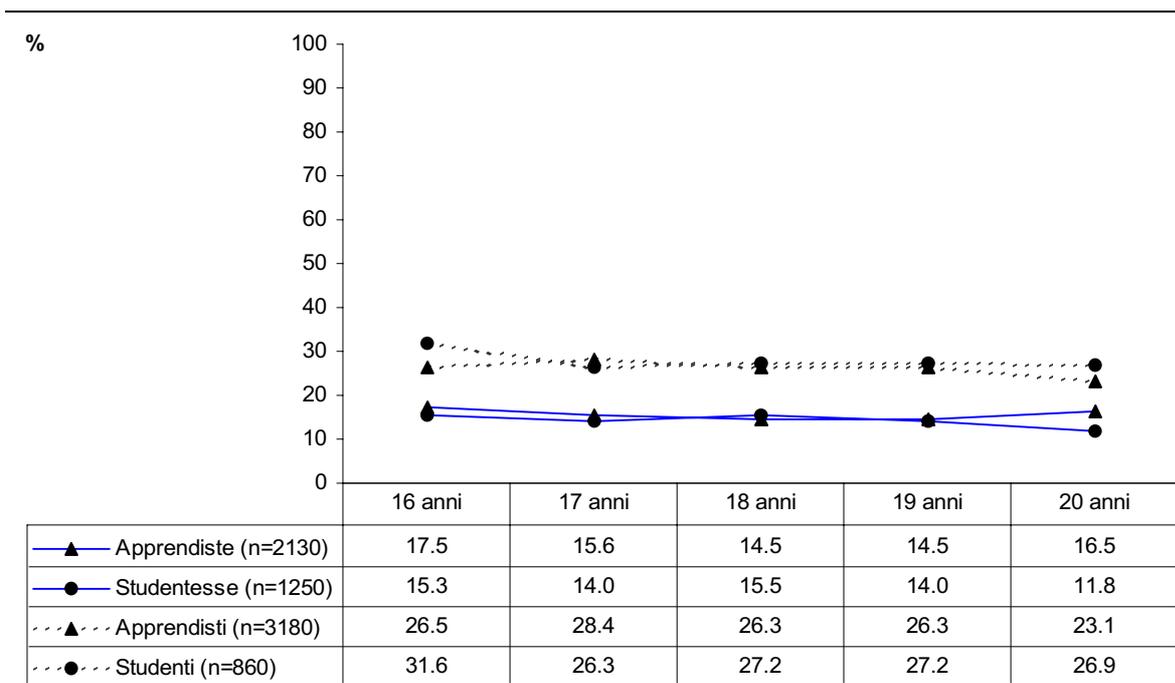
**Grafico 3.6-9** Percentuali di giovani che riconoscono di aver intenzionalmente danneggiato qualche cosa l'anno scorso (almeno 1 o 2 volte), secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D33)

I giovani di 20 anni si distinguono nettamente da quelli di 16, 17, 18 e 19 anni per il fatto che nell'insieme dichiarano di avere intenzionalmente distrutto qualche cosa in numero minore. Da questo punto di vista, non vi sono differenze tra le altre fasce d'età. Inoltre, nell'insieme, gli apprendisti hanno riconosciuto più sovente rispetto agli studenti di aver commesso un atto vandalico.

### 3.6 Violenza intenzionale e non intenzionale

Per quanto riguarda i furti dichiarati, il Grafico 3.6-10 indica chiaramente che si può solamente stabilire una differenza significativa tra i due sessi : i ragazzi hanno confessato più frequentemente rispetto alle ragazze di aver rubato o strappato qualcosa a qualcuno durante l'anno precedente l'inchiesta. Non sussiste alcuna distinzione per quanto riguarda l'età e il tipo di formazione.

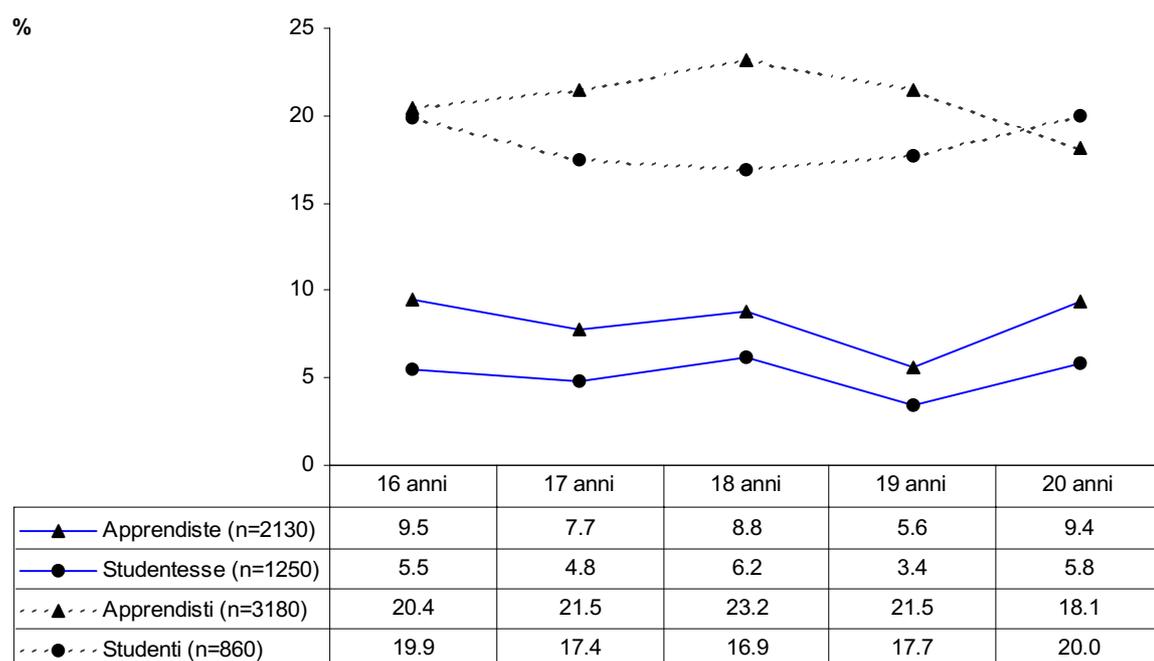
Se si compara lo studio SMASH del 1993 a quello di oggi, si constata un aumento sensibile dei furti : mentre il 9% delle ragazze e il 16% dei ragazzi indicavano di aver rubato qualche cosa nel 1993, oggi sono rispettivamente il 15% e il 26.6%.



**Grafico 3.6-10** Percentuali di giovani che indicano di aver rubato qualche cosa l'anno scorso (almeno 1 o 2 volte), secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D33)

Le risposte mostrano inoltre che circa un giovane su cinque ha portato un'arma. E' una cifra elevata, visto che il porto d'armi comporta sempre un forte rischio di atti criminali gravi, anche se non sono probabilmente premeditati in quanto tali. Quasi il 6% dei ragazzi confessa inoltre di avere già utilizzato un'arma durante una rissa. La maggior parte di essi non sono probabilmente sufficientemente coscienti, come auspicabile, che questo genere di atti potrebbe cambiare drasticamente il corso della loro vita e quello di un'altra persona. E' interessante rilevare che non sembra che le armi vengano portate per compensare una debole costituzione fisica, né per una protezione efficace contro gli atti di violenza. I giovani armati sono sovente i più robusti e sembrano essere più spesso vittime di atti di violenza rispetto agli altri (Killias & Rabasa, 1997).

Mentre un quinto dei ragazzi ha venduto droghe (canapa compresa) almeno una o due volte nel corso dell'anno passato (Tabella 3.6-8), la proporzione è soltanto del 6.9% tra le ragazze. A fianco della significatività del sesso, una differenza si disegna pure in funzione del tipo di formazione (Grafico 3.6-11) : gli apprendisti hanno venduto della droga più sovente che gli studenti. Le persone che hanno commesso questo tipo di reato non si distinguono dal punto di vista dell'età.



**Grafico 3.6-11** Percentuali di giovani che dicono di aver venduto droga (compresa la canapa) almeno 1 o 2 volte nell'anno scorso, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D33)

Il gran numero di giovani che dicono di aver consumato canapa in modo occasionale e moderato (capitolo 3.4.4) lascia presumere che la vendita di droga possa essere ricondotta quasi esclusivamente alla rivendita della canapa. Si può dunque supporre che una frazione di giovani consumatori di canapa rivendano ai compagni una parte della droga comprata su loro commissione. In questo senso, non si tratterebbe di un "traffico" come si conosce per altre droghe pesanti.

Da questi risultati abbiamo appreso una buona notizia: la delinquenza non è la norma. La maggior parte dei giovani non ha commesso neppure un atto illecito nel corso dei 12 mesi precedenti l'inchiesta. Tuttavia alcune percentuali devono essere prese sul serio, in particolare la frequenza dei furti e del porto d'arma. Come si conosce già dalla letteratura, una piccola proporzione di giovani (qui l'11%) è responsabile di grande parte degli atti illeciti. Bisognerà chiarire attraverso altre analisi in quale misura i giovani responsabili di questo genere di atti illegali e di atti di violenza sono gli stessi che sono per esempio a loro volta vittime. Ma lo stato attuale della ricerca lascia trasparire con certezza che la base di una carriera di delinquente grave e duratura insorge generalmente durante l'infanzia. L'interazione tra i fattori biologici (alcuni disturbi) e l'ambiente sociale giocano a questo proposito un ruolo centrale (Flammer & Alsaker, 2002; Haas, 2001, Loeber & Hay, 1997). Visto che un comportamento antisociale ha generalmente per effetto il rinforzo della personalità, la prevenzione deve cominciare il più presto possibile, ciò vuol dire per alcuni fin dall'infanzia e per altri all'inizio dell'adolescenza.

## Riferimenti bibliografici

Ackard D, Neumark-Sztainer D. Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse & Neglect* 2002;26:455-473.

Aebi MF. La validité des indicateurs de la criminalité. Thèse de doctorat, Université de Lausanne ; 1999.

Alsaker FD. Quälgeister und ihre Opfer. Mobbing unter Kindern – und wie man damit umgeht. Bern: Huber Verlag; 2003.

Alsaker FD, Brunner A. Switzerland. In PK Smith, K Morita, J Junger-Tas, D Olweus, R Catalano, P Slee (Eds). *The nature of school bullying: A cross-national perspective*. London: Routledge; 1999:250-263.

Alsaker FD, Olweus D. Stability and change in global self-esteem and self-related affect. In TM Brinthaupt, RP Lipka (Eds). *Understanding early adolescent self and identity: Applications and interventions*. Albany, NY: State University of New York Press; 2002: 193-223.

Assailly JP. *La mortalité des jeunes*. Paris: Presses Universitaires de France; 2001.

Bergman A, Rivara F. Sweden's experience in reducing childhood injuries. *Pediatrics* 1991;88:69-74.

Bille-Brahe U, Schmidtke A. Conduites suicidaires des adolescents, la situation en Europe. In FO Ladame, J Pawlak (Eds). *Adolescence et suicide*. Paris: Masson; 1995:18-38.

Blum RW. Global trends in adolescent health. *Journal of American Medical Association* 1991;265:2711-2719.

Chandy C, Blum RW, Resnick MD. Gender-specific outcomes of sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect* 1996;20:1219-1231.

Christ R, Delhomme P, Kaba A, Mäkinen T, Sagberg F et al. GADGET - Guarding Automobile Drivers through Guidance Education and Technology. Final Report. *Investigations on Influences upon Driver Behaviour – Safety Approaches in Comparison and Combination*. Vienna; 1999.

Cotgrove A, Zirinsky L, Black D, Weston D. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence* 1995;18 :569-577.

Delbos-Piot I, Narring F, Michaud P. La santé des jeunes hors du système de formation: comparaison entre jeunes hors formation et en formation dans le cadre de l'enquête sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans en Suisse romande. *Santé publique* 1995;1 :59-72.

Durkin MS, Laraque D, Lubman I, Barlow B. Epidemiology and prevention of traffic injuries to urban children and adolescents. *Pediatrics* 1999;103:e74.

Edgardh K, Ormstad K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatrica* 2000;89:310-319.

Elliott DS, Ageton SS, Huizinga D, Knowles BA, Canter RJ. *The prevalence and incidence of delinquent behavior: 1976-1980 (The National Youth Survey Report No. 26)*. Bolder, CO: Behavioral Research Institute; 1983.

Epstein MA, Bottoms BL. Memories of childhood sexual abuse: a survey of young adults. *Child Abuse & Neglect* 1998;22:1217-1238.

Evans L. Fatality risk reduction from safety belt use. *Journal of Trauma* 1987;27:746-9.

Ferron C, Michaud P. L'Unité de crise pour adolescents des HUG: évaluation de son fonctionnement après une année. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998.

- Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 1994;18:409-417.
- Flammer A, Alsaker FD. *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz*. Bern: Huber; 2001.
- Garnefski N, Arends E. Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence* 1998;21:99-107.
- Garrison CZ, Jackson KL, Addy CL, McKeown RE, Waller JL. Suicidal behaviors in young adolescents. *American Journal of Epidemiology* 1991;133.
- Granboulan V, Roudot-Thoraval F, Lemerle S, Alvin P. Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001;104 :31-36.
- Haas H. *Agressions et victimisations: une enquête sur les délinquants violents et sexuels non détectés. Enquêtes fédérales auprès de la jeunesse et des recrues ch-x. Série scientifique, volume 15*. Aarau: Verlag Sauerländer; 2001.
- Halperin DS, Bouvier P, Jaffe PD, Mounoud R-L, Pawlak CH, Laederach J, Rey Wicky H, Astie F. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *British Medical Journal* 1996;312:1326-1329.
- Hamilton NG. Suicide prevention in primary care. Careful questioning, prompt treatment can save lives. *Postgrad Medicine* 2000;108(6):81-84, 87.
- Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, Gunnell D, Hazell P, van Heeringen K, House A, Owens D, Sakinofsky I, Traskman-Bendz L. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal* 1998;317(7156):441-447.
- Heuveline P, Slap GB. Adolescent and young adult mortality by cause: age, gender, and country, 1955 to 1994. *Journal of Adolescent Health* 2002;30:29-34.
- HRSA, SCN. National strategy for suicide prevention ([www.mentalhealth.org](http://www.mentalhealth.org)). The Center for Mental Health Services; 2002.
- Hulten A, Jiang G, Wasserman D, Hawton K, Hjelmeland H, De Leo D. et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2001;10, 161-169.
- Jones LM, Finkelhor D, Kopiec K. Why is sexual abuse declining? A survey of state child protection administrators. *Child Abuse & Neglect* 2001;25:1139-1158.
- Jugert G, Scheithauer H, Notz P, Petermann F. Geschlechtsunterschiede im Bullying: Indirekt- / relational- und offen-aggressives Verhalten unter Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 2000;9(4):231-240.
- Kienhorst C, De Wilde E, Van den Bout J, Broese Van Groenoumi I, Diekstra RF, Wolters W. Self-Reported Suicidal Behavior in Dutch Secondary Education Students. *Suicide and Life-Threat Behavior* 1990;20:101-112.
- Killias M, Rabasa J. Weapons and athletic constitution as factors linked to violence among male juveniles. *The British Journal of Criminology, Delinquency and Deviant Social Behaviour* 1997;37:446-457.
- Klein MW (Ed). *Cross-national research in self-reported crime and delinquency*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer; 1989.
- Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The Global Burden of Injuries. *American Journal of Public Health* 2000;90:523-526.
- Ladame F, Ottino J, Pawlak C. *Adolescence et suicide*. Paris: Masson; 1995.

### 3.6 Violenza intenzionale e non intenzionale

Loeber R, Hay D. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology* 1997;48:371-410.

Loeber R, Stouthamer-Loeber M, van Kammen WB. Development of a new measure of self-reported antisocial behavior for young children: Prevalence and reliability. *Cross-National Research in Self-Reported Crime and Delinquency*; 1989:203-225.

Mansel J. Familiäre Erziehung und Gewalterfahrungen. Hintergründe und Folgen der Viktimisierung. *Zeitschrift für Familienforschung* 2001;13(3):26-51.

Michaud P. Les accidents sont-ils accidentels ? Prévention des traumatismes chez les enfants et les adolescents. *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique* 1992;40:391-409.

Michaud P. Prévention du suicide des adolescents dans le canton du tessin. Rapport d'évaluation. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.

Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior : A developmental taxonomy. *Psychological Review* 1993;100(4):674-701.

Narring F, Berthoud A, Cauderay M, Favre M, Michaud P. Condition physique et pratiques sportives des jeunes dans le canton de Vaud, Lausanne : IUMSP; 1998.

Narring F, Pawlak C. Prévention des conduites à risque à l'adolescence. *Revue Médicale de Suisse Romande* 2001;121:247-249.

Olweus D. Gewalt in der Schule: was Lehrer und Eltern wissen sollten – und tun können. Bern: Huber; 1996.

Pedersen W, Aas H. Sexual victimization in Norwegian children and adolescents: victims, offenders, assaults. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1995;23.

Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud P. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;98 :28-33.

Rey C, Michaud P, Ferron C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse: le rôle des médecins. *Archives Pédiatriques* 1997;4 :784-792.

Salvisberg U. Tués selon l'âge et le type de trafic, 1980, 1990, 2000. Office Fédéral de la Statistique; 2002.

Schäfer M, Frey D (Eds). Aggression und Gewalt unter Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe; 1999.

Schlueter V, Narring F, Münch U, Michaud P. Trends in violent deaths among young people 10-24years old in Switzerland 1969-1997. *European Journal of Epidemiology*, 2004 (sous presse).

Séguin M, Huon P. Le suicide. Comment prévenir, comment intervenir. Outremont (Québec): Logiques; 1999.

Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999;60(Suppl. 2) :70-74; discussion :75-76, 113-116.

Shaffer D, Piacentini J. Suicide and suicide attempts. In HL Rutter M, Taylor E (Eds). *Child and Adolescent Psychiatry*. London: Blackwell Scientific Publications; 1994: 407-424(3d edition).

Siegrist S. Driver Training, Testing and Licensing-towards theory based management of young drivers' injury risk in road traffic. Bern: bpa; 1999.

Silbereisen RK, Noack P. On the constructive role of problem behavior in adolescence. In G Downey, A Caspi, N Bolger (Eds). *Interacting systems in human development*. New York: Cambridge University Press; 1988: 152-180.

Smith PK, Morita Y, Junger-Tas J, Olweus D, Catalano R, Slee PT (Eds). *The nature of school bullying: A cross-national perspective*. London: Routledge; 1999.

Smith PK, Pepler D, Rigby K. (Eds). *Bullying in schools: How successful can interventions be?* Cambridge: Cambridge University Press; 2003.

Spirito A, Brown L, Overholser J, Fritz G. Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clinical Psychological Review* 1989;9 :335-363.

Taylor SJ, Kingdom D, Jenkins R. How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997;95(6) :457-463.

Tschumper A, Narring F, Meier C, Michaud P. Sexual victimization in adolescent girls (age 15-20 years) enrolled in post-mandatory schools or professional training programmes in Switzerland. *Acta Paediatrica* 1998; 87.

Tursz A. Problems in Conceptualizing Adolescent Risk Behaviors: International Comparisons. *Journal of Adolescent Health* 1997;21:116-127.

Vittoz L. *La prévention des accidents dans les activités physiques scolaires. Mémoire de licence en Sciences du Sport et de l'Education Physique.* Lausanne: UNIL; 2001.

Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation. *Jugend und Gewalt 1993 – 2002* (Bibliografien zur Psychologie No. 125). Trier: Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation; 2002.

Zucker-Rouvillois E. La mortalité liée au risque à l'adolescence. In A Tursz, Y Souteyrand, R Salmi (Eds). *Adolescence et risque.* Paris: Syros; 1993:89-102.

## 3.7 CURE E UTILIZZO DEI SERVIZI PER LA SALUTE

### 3.7.1 Consumo di farmaci (non prescritti e prescritti)

A parte qualche articolo consacrato all'automedicazione, l'uso dei farmaci da parte degli adolescenti è un tema relativamente poco trattato (Chambers, Reid, McGrath, & Finley, 1977; Dengler & Roberts, 1996; Jaquier, Buclin & Diezi, 1998; Ledoux, Choquet, & Manfredi, 1994; Pedersen & Lavik, 1991; Stoelben, Krappweis, Roessler, & Kirch, 2000). Tuttavia è probabilmente durante l'adolescenza che molti individui formano le proprie abitudini in materia di consumo di farmaci, che si tratti di preparati prescritti o di sostanze prese senza ricetta. Oltre ai farmaci presi occasionalmente per infezioni o altri problemi ricorrenti minori, dobbiamo porre l'attenzione soprattutto sui consumi di analgesici e di psicotropi (Ledoux e al., 1994; Pedersen & Lavik, 1991), visto il loro carattere potenzialmente additivo. E' comunque interessante misurare pure l'utilizzo di altre sostanze, come i lassativi o gli anoressizzanti, che possono divenire oggetto di un consumo eccessivo tra i giovani che soffrono di disturbi del comportamento alimentare. Infine il ricorso alle vitamine, piante, tisane e a determinati prodotti omeopatici, mostra l'attrazione dei giovani per i prodotti che dovrebbero aiutarli a vincere le sfide e lo stress della vita quotidiana.

Nel questionario due domande riguardavano l'uso di farmaci, la prima sui rimedi prescritti dai medici, l'altra su quelli presi senza ricorso a un professionista della salute (automedicazione). La Tabella 3.7-1 mostra i risultati inerenti ai medicamenti prescritti, suddivisi per sesso.

	Ragazze (%) n = 3380	Ragazzi (%) n = 4040
Medicine contro la stanchezza	3.5	2.0
Medicine per dormire meglio	2.0	1.2
Medicine contro il nervosismo e l'angoscia	5.6	1.6
Medicine contro il dolore	21.7	11.0
Medicine contro la stitichezza	2.4	0.8
Medicine che fanno passare la fame	1.0	0.5
Medicine contro l'acne	8.9	10.5
Rimedi (omeopatia, tisane, estratti di piante, vitamine, ecc.)	26.9	16.2

**Tabella 3.7-1** Percentuali di giovani che indicano l'utilizzo di differenti farmaci *prescritti*, almeno da due a tre volte al mese nel corso degli ultimi 12 mesi, secondo il sesso (SMASH 2002, D51)

Si può notare che al di fuori dei farmaci coadiuvanti (tisane, vitamine, prodotti omeopatici), sono prima di tutto gli analgesici l'oggetto di consumo maggiore, visto che una ragazza su cinque e un ragazzo su 10 dichiarano di utilizzare questi prodotti almeno da 2 a 3 volte al mese. E' tuttavia possibile che l'eccessivo utilizzo di analgesici da parte delle ragazze rispetto ai ragazzi sia legato ai dolori mestruali (capitolo 3.3.3). A parte le creme e i prodotti contro l'acne, che sono utilizzati in uguale misura sia dai ragazzi sia dalle ragazze, si possono notare grandi differenze di comportamento tra i ragazzi e le ragazze per quel che riguarda i farmaci contro la stanchezza, i disturbi del sonno e

soprattutto il nervosismo: le ragazze ricorrono in modo più sistematico all'utilizzo di questi medicinali. Possiamo notare in particolare il fatto che più del 5% delle giovani interrogate dichiarano di aver utilizzato medicinali prescritti contro il nervosismo e l'angoscia. Le analisi dettagliate non mostrano differenze dovute all'età e alla formazione professionale.

La seguente tabella mostra, nella stessa forma, le percentuali di intervistati che utilizzano medicinali non prescritti. A parte i prodotti contro l'acne, che sono di regola prescritti, si constata una grande similitudine nelle percentuali di giovani che ricorrono a diverse categorie di farmaci prescritti e non prescritti. Non resterà che esaminare in quale misura i giovani che consumano sia farmaci prescritti che non prescritti sono gli stessi: si potrebbe ipotizzare che la prescrizione di alcuni prodotti porti a medio termine all'utilizzo non controllato o anche abusivo di farmaci.

	Ragazze (%) n = 3380	Ragazzi (%) n = 4040
Medicine contro la stanchezza	2.1	1.6
Medicine per dormire meglio	1.4	1
Medicine contro il nervosismo e l'angoscia	7.7	1
Medicine contro il dolore	17.3	5.8
Medicine contro la stitichezza	2	0.3
Medicine che fanno passare la fame	1.7	0.4
Medicine contro l'acne	2.5	3.8
Rimedi (omeopatia, tisane, estratti di piante, vitamine, ecc.)	28.9	17.3

**Tabella 3.7-2** Percentuali di giovani che indicano l'utilizzo di differenti farmaci *non prescritti*, almeno da due volte a tre nel corso degli ultimi 12 mesi, secondo il sesso (SMASH 2002, D51)

Le cifre elevate registrate nel nostro studio corrispondono ai risultati di un'inchiesta di qualche anno fa effettuata nel canton Vaud (Jaquier e al., 1998) secondo la quale quasi il 7% degli intervistati affermava di ricorrere frequentemente a farmaci psicotropi per diversi motivi, tra i quali i ruoli più importanti erano rivestiti dallo stress scolastico, i disturbi del sonno e la depressione. In una ricerca simile svolta una decina di anni fa ad Oslo, il tasso di utilizzo delle benzodiazepine era del 10% tra i giovani dai 13 ai 18 anni (Pedersen & Lavik, 1991). Infine alcuni autori francesi durante un'inchiesta, anch'essa risalente a dieci anni fa (Ledoux e al., 1994), hanno trovato un tasso di utilizzo dell'ordine del 20% nell'anno precedente l'inchiesta. Nell'insieme delle frequenze di utilizzo, gli autori hanno rilevato una grande differenza tra ragazze e ragazzi (rispettivamente 27.5% e il 18.8%).

Questi risultati, simili ad altre ricerche, impongono una maggiore riflessione sull'informazione degli adolescenti, dei loro genitori e dei professionisti della salute. E' importante chiedersi in particolare se tutti questi giovani utilizzatori sono correttamente informati sui rischi potenziali dei diversi farmaci. In effetti, una ricerca condotta recentemente in Germania dimostra che molti giovani hanno informazioni lacunarie sulla natura, gli effetti e i rischi dei medicinali che si autosomministrano (Stoelben e al. 2000).

### 3.7 Cure e utilizzo dei servizi per la salute

#### 3.7.2 Visite mediche

Gli studi condotti in Svizzera e altrove (Alvin, Marcelli, Fortin, Collinet, & Rosen, 2000 ; Deschamps, 1987 ; Lapointe & Michaud, 2002; Michaud, Narring, Tschumper, & Wydler, 1995; Narring & Michaud, 2000) dimostrano che una parte sostanziale degli adolescenti che presentano problemi di salute seri non è presa adeguatamente a carico, sia perché ha difficoltà a rivolgersi ad un medico, sia perché i medici hanno difficoltà a identificare la problematica soggiacente ad un motivo di consultazione apparentemente banale. Ciò vale in particolare per i giovani che utilizzano droghe illecite (Konings, Dubois-Arber, Narring, & Michaud, 1995). Ci si può dunque chiedere se i giovani non curano i propri problemi di salute a causa di una scarsa utilizzazione del sistema o piuttosto a causa di un'inadeguatezza del sistema di cure in rapporto ai bisogni specifici dei giovani pazienti. Inoltre, dato che il costo delle cure ambulatoriali è in aumento, bisogna pure chiedersi in quale misura i giovani consultano i medici più di prima e in quale misura essi contribuiscono dunque alla crescita dei costi della salute. I risultati di questo capitolo, consacrato al numero e ai motivi delle visite che i giovani effettuano presso differenti professionisti della salute, sono presentati sotto questa prospettiva. Quest'analisi è completata da un capitolo specificatamente consacrato all'uso di farmaci.

La Tabella 3.7-3 mostra la proporzione di giovani che hanno consultato differenti professionisti della salute una o due volte o più sovente durante l'anno precedente l'inchiesta.

	Una o due volte		Più di due volte		Totale	
	Ragazze (%)	Ragazzi (%)	Ragazze (%)	Ragazzi (%)	Ragazze (%)	Ragazzi (%)
Un medico generalista	55.0	58.1	22.5	16.5	77.5	74.6
Un(a) ginecologo(a)	47.3	nc	3.9	nc	51.2	nc
Un altro medico specialista	27.4	25.3	9.1	6.3	36.5	31.6
L'infermiera scolastica	5.5	4.9	.4	.3	5.9	5.2
Un centro di pianificazione familiare	5.3	1.7	1.2	.2	6.5	1.9
Un(a) assistente sociale	2.1	1.6	1.1	.8	3.2	2.4
Uno(a) psicologo(a) o uno(a) psichiatra	4.0	2.6	4.2	2.1	8.2	4.7

\* nc : not concerned

\*\*ragazze : n = 3380 ; ragazzi : n = 4040

**Tabella 3.7-3** Proporzioni di giovani che hanno consultato professionisti della salute durante l'anno precedente, con diverse frequenze, secondo il sesso (SMASH 2002, D48)

Esistono grandi differenze tra ragazzi e ragazze, visto che queste ultime hanno tendenza a consultare diversi medici in proporzione maggiore rispetto ai loro compagni di sesso maschile. Come abbiamo descritto nel capitolo 3.3.1), le ragazze riferiscono problemi di salute in proporzione maggiore rispetto ai ragazzi ; questo spiega probabilmente in parte le differenze del consumo di cure. E' pure possibile che le giovani di sesso femminile abbiano più facilità a chiedere aiuto rispetto ai loro coetanei maschi. La sola categoria di professionisti per la quale non si osserva nessuna differenza secondo il sesso è quella dell'assistente sociale. Le ragazze apprendiste consultano il ginecologo in un proporzione maggiore che le studentesse, senza dubbio perché esse tendono ad essere attive sessualmente in una proporzione più ampia. In compenso, per quel che concerne le cure fornite da altri specialisti, le

proporzioni sono più elevate tra gli studenti che non tra gli apprendisti, sia per quel che concerne le ragazze sia per i ragazzi. Infine le visite dallo psicologo o dallo psichiatra sembrano leggermente superiori tra i ragazzi studenti che tra gli apprendisti mentre la differenza tra ragazze apprendiste e studentesse è trascurabile. Questa differenza tra apprendisti e studenti è probabilmente dovuta più ad un accesso facilitato a tali trattamenti per ragioni socioeconomiche che ad una grande differenza in termini di sofferenza. E' anche possibile che gli studenti siano a priori più portati dei loro compagni apprendisti a dare parola alla loro sofferenza ; gli apprendisti traducono di conseguenza il loro disagio piuttosto in atti o in sintomi funzionali.

Le cifre che riguardano le consultazioni ambulatoriali hanno avuto un'evoluzione minima dal 1993, tranne in due campi : un incremento moderato della proporzione di ragazze che hanno consultato un ginecologo almeno una volta (si passa dal 39% a circa il 50%) e soprattutto un raddoppio della percentuale di consultazioni presso uno psicologo o uno psichiatra (ragazze : dal 5% all'8%, ragazzi : dal 2.5% al 5%). Questa constatazione deve però essere interpretata con prudenza visti i limiti imposti da campioni leggermente diversi nella loro composizione.

Un'altra domanda (Tabella 3.7-4) permette di farsi un'idea dei motivi per i quali gli adolescenti hanno consultato più sovente un professionista durante i 12 mesi precedenti l'inchiesta. A prima vista, le percentuali di intervistati che si rivolgono ad uno medico o ad uno psicologo, ad un altro professionista o al Telefono amico appaiono trascurabili. E' importante ricordarsi però che nell'insieme dei giovani intervistati ciò rappresenta più di quel che appare a prima vista. Per esempio, se una certa percentuale di giovani si rivolge al Telefono amico per problemi di salute mentale (tentativi di suicidio, nervosismo, fatica, disturbi del sonno), questo significa in ogni caso, su un campione di 8000 giovani, svariate centinaia di adolescenti.

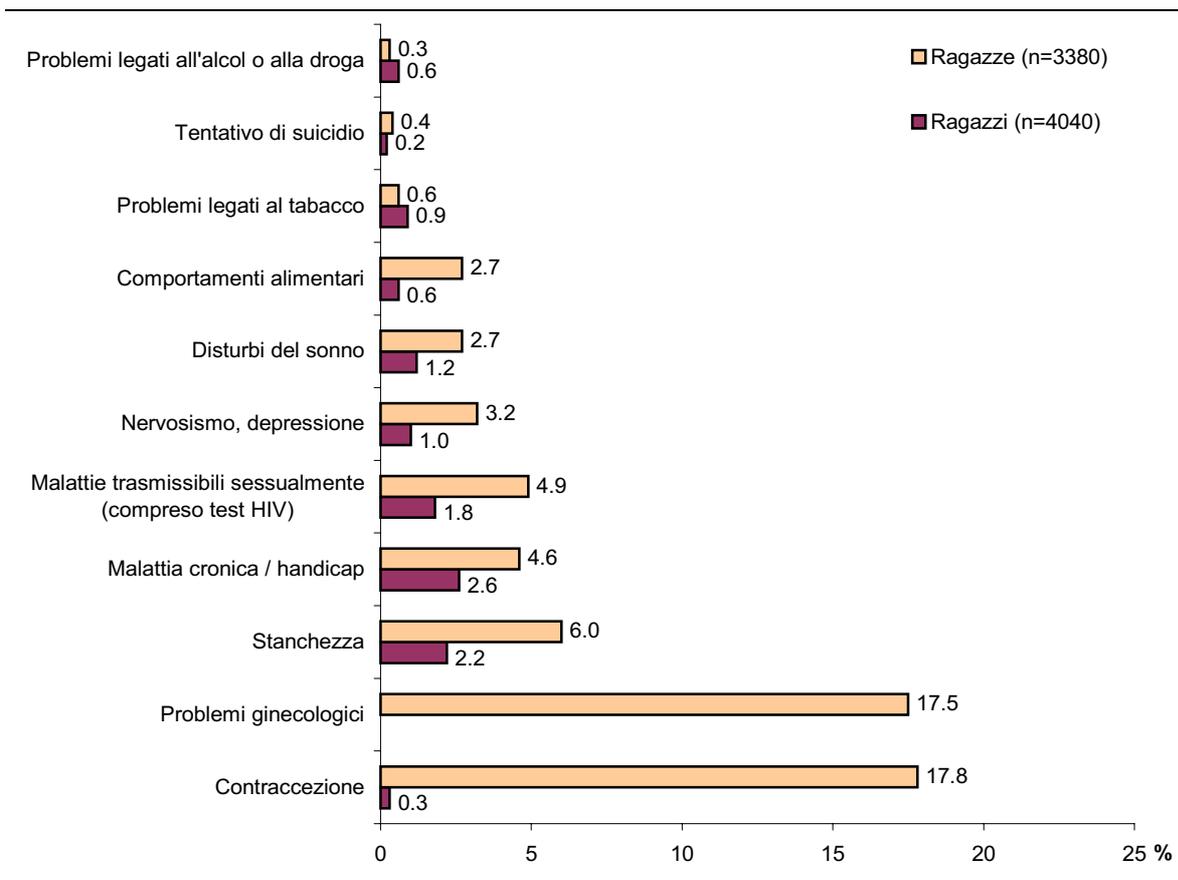
	Medico		Psicologo(a)		Altri professionisti		Telefono amico	
	Ragazze (%)	Ragazzi (%)	Ragazze (%)	Ragazzi (%)	Ragazze (%)	Ragazzi (%)	Ragazze (%)	Ragazzi (%)
Stanchezza	6.0	2.2	.9	.4	1.3	.5	.2	0
Disturbi del sonno	2.7	1.2	.7	.3	.7	.4	.1	0
Comportamenti alimentari (anoressia, bulimia)	2.7	.6	1.4	.2	.7	.3	.1	.1
Problemi ginecologici	17.5	0	.3	0	3.8	0	.3	.3
Malattie trasmissibili sessualmente, test HIV compreso	4.9	1.8	.1	0	1.1	.7	.2	.1
Contracezione	17.8	.3	.1	.1	4.0	.4	.3	0
Tentativo di suicidio o conseguenze del tentativo	.4	.2	1.4	.2	.1	.1	0	.1
Problemi legati al tabacco	.6	.9	.1	.4	.3	.7	0	.2
Problemi legati all'alcol o alla droga	.3	.6	.1	.6	.4	.8	.1	.1
Nervosismo, depressione	3.2	1	3.3	1.3	1.5	.5	.1	.1
Malattia cronica o handicap	4.6	2.6	.2	.1	1.4	.6	.1	.1

\* Ragazze : n = 3380 ; Ragazzi : n = 4040

Tabella 3.7-4 Percentuali di giovani che dicono di aver consultato dei professionisti per differenti motivi durante i 12 mesi precedenti l'inchiesta, secondo il sesso (SMASH 2002, D50)

### 3.7 Cure e utilizzo dei servizi per la salute

Il Grafico 3.7-1 presenta i risultati riguardanti le visite dai medici. Si possono notare l'importanza delle visite ginecologiche tra le ragazze (non solamente per la contraccezione ma pure per disturbi mestruali, problemi legati alla gravidanza, ecc.) come pure l'importanza che rivestono, tra i giovani di entrambe i sessi, i problemi di stanchezza e di salute mentale. Il tasso elevato di consultazioni legate alle malattie sessualmente trasmissibili è da ricondurre senza dubbio alle domande di test per l'HIV. La proporzione non trascurabile di giovani che chiedono un consulto per un'affezione cronica conferma i dati indicati nel capitolo 3.3.2. Le differenze tra ragazze e ragazzi sono nette per quel che riguarda – oltre al campo della ginecologia – la stanchezza, i disturbi del sonno, il nervosismo e, come ci si attendeva, i disturbi del comportamento alimentare (capitolo 3.3.4). Non vi è per contro un'evoluzione misurabile della domanda in funzione dell'età, salvo nel campo della ginecologia e della contraccezione (più consultazioni per le ragazze più anziane).



**Grafico 3.7-1** Percentuali di giovani che dicono di aver consultato un medico per differenti motivi durante i 12 mesi precedenti l'inchiesta, secondo il sesso (SMASH 2002, D50)

Questi risultati dimostrano incontestabilmente che, contrariamente alle idee diffuse, la proporzione di adolescenti che si sono rivolti al sistema di cure è importante (Narring & Michaud, 2000). Tre quarti dei ragazzi e delle ragazze consultano il proprio medico generalista almeno una volta all'anno, 50% delle ragazze hanno un consulto ginecologico, quasi un terzo dell'insieme incontra uno specialista almeno una volta all'anno e, infine, circa il 5% dei ragazzi e l'8% delle ragazze sono visti almeno una volta all'anno da uno psicologo o da uno psichiatra. Ciò significa che l'accesso al sistema di cure nel nostro Paese sembra relativamente ben assicurato, almeno per i giovani che seguono una formazione. Se si vuole migliorare il livello di queste cure, è dunque piuttosto sugli aspetti qualitativi dell'incontro tra il medico e l'adolescente che bisognerà porre l'attenzione nell'avvenire. I lavori che si basano sui risultati dell'inchiesta SMASH 1993 dimostrano in effetti che una vasta proporzione di casi di giovani

che soffrono di problemi importanti, come l'uso di droghe pesanti o un passato di tentativo di suicidio, non è in grado di affrontare questa problematica con il proprio medico (Konings et al., 1995; Rey, Michaud, & Ferron, 1997; Rey Gex, Narring, Ferron, & Michaud, 1998). Esistono numerosi esempi (Lapointe & Michaud, 2002; Neinstein, 1996; Stronski, Bühlmann, Rutishauser, Michaud, & Cafilisch, 1998) sul modo di rispondere adeguatamente a questa sfida, in particolare, da qualche anno, il concetto di « Youth friendly services », che si può tradurre in servizi adatti ai giovani o servizi accoglienti per gli adolescenti (McIntyre, 2001). E' importante pure riflettere nei termini di una migliore formazione dei medici e dei professionisti della salute nel decifrare e nel trattare le problematiche specifiche che riguardano questo periodo della vita così come nell'accompagnare i giovani. (Kraus, Stronski, & Michaud, 2003; Stronski, Bühlmann, Rutishauser, Michaud, & Cafilisch, 1999).

### 3.7.3 Ricoveri ospedalieri

Un ricovero in ospedale costituisce sempre nella vita di un adolescente un'intrusione nella sfera psicologica e una rottura dei ritmi di vita non trascurabili. Che si tratti di un trauma, un'infezione acuta, un problema psichiatrico o ancora una situazione ginecologica delicata (infezione trasmessa sessualmente, interruzione di gravidanza la posta in gioco di una tale situazione è importante (Alvin, Jeammet, & Pommereau, 1997; Cafilisch & Alvin, 2000; Viner & Keane, 1998). Questi avvenimenti costituiscono d'altra parte anche una risorsa potenziale di prevenzione, dato che possono essere l'occasione di proporre ai giovani un bilancio sulla loro salute non necessariamente effettuato negli anni precedenti. La prevalenza di questi avvenimenti è indagata da due domande del questionario SMASH 2002.

Il Grafico 3.7-2 illustra le percentuali di intervistati che dicono di essere stati ricoverati, da una a più volte durante l'anno precedente l'inchiesta. Un ricovero è stato definito come un soggiorno di «almeno una notte passata all'ospedale o al pronto soccorso». Poco di più del 10% delle ragazze e dei ragazzi dicono di aver passato almeno una notte all'ospedale: questa cifra elevata comprende molto probabilmente un largo ventaglio di situazioni che vanno dalla semplice osservazione per dolori addominali, per coma etilico o per trauma cranico semplice, a soggiorni prolungati per patologie gravi come un trauma multiplo o il trattamento di affezioni croniche gravi.

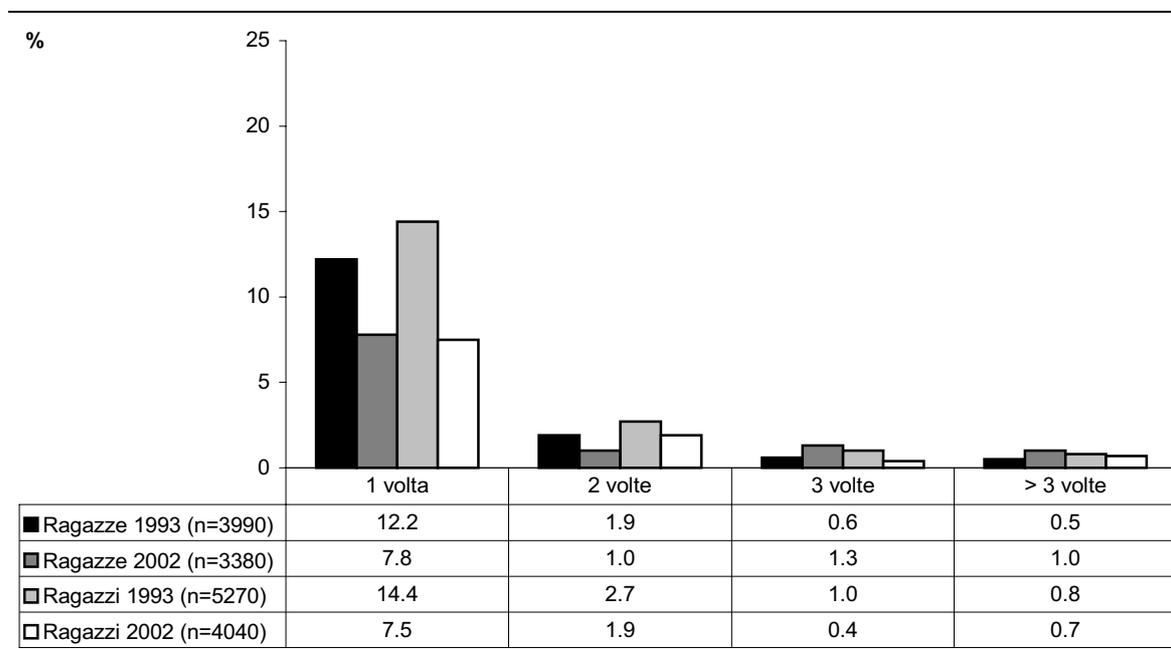


Grafico 3.7-2

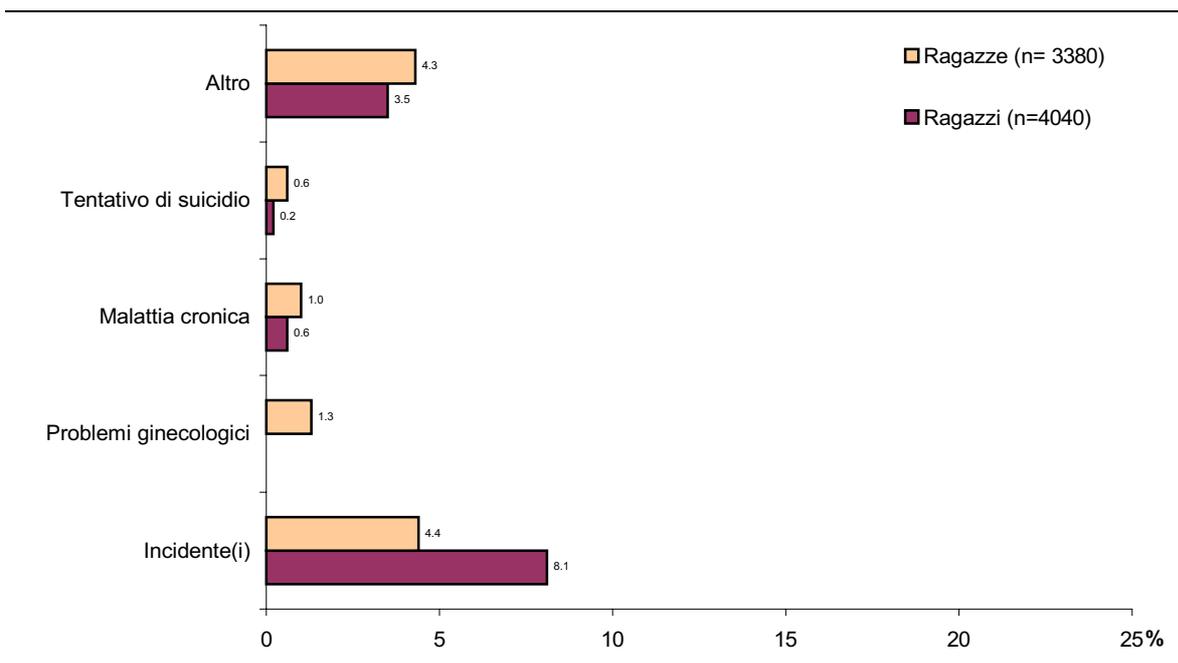
Percentuali di giovani che dicono di essere stati ricoverati una o più volte durante l'anno precedente l'inchiesta, secondo il sesso, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D49)

### 3.7 Cure e utilizzo dei servizi per la salute

Tra i giovani ricoverati più di una volta si trovano senza dubbio in maggioranza i portatori di affezioni croniche.

Per finire, i dati SMASH evidenziano una tendenza interessante, ossia una netta diminuzione complessiva delle percentuali di ragazze e ragazzi che sono stati ricoverati. Sottolineamo che la formulazione della domanda era identica nelle due inchieste : questa diminuzione può essere dovuta allo sviluppo, durante questi ultimi anni, delle cure ambulatoriali e dei ricoveri di un giorno (notte non compresa) per interventi e trattamenti che necessitavano prima di un soggiorno più lungo. Non è neppure escluso che la proporzione di traumi che necessitano di un ricovero sia diminuita, in particolare per i ragazzi. Tra le ragazze, la riduzione dovrebbe secondo logica essere attribuita a una riduzione delle patologie ginecologiche e dei traumi, ma i dati disponibili non permettono di verificare quest'ipotesi.

Una domanda complementare proponeva qualche causa maggiore di ricovero in ospedale a quest'età (Grafico 3.7-3). Si nota senza sorprese il posto che occupano, soprattutto per i ragazzi, i traumi dovuti ad incidenti. Anche tra le ragazze, gli incidenti sono una causa nettamente più frequente di soggiorno in ospedale rispetto ad esempio ai problemi ginecologici. Le cifre che concernono la malattia cronica confermano le constatazioni fatte nel capitolo (3.3.2). Infine i ricoveri per tentativo di suicidio sono all'incirca tre volte più frequenti tra le ragazze che tra i ragazzi. Come si può constatare nel capitolo 3.6.3 dedicato ai tentativi di suicidio, questa differenza di prevalenza delle cure non è dovuta tanto alla differenza stessa di prevalenza del tentativo, ma al fatto che i ragazzi che compiono un tale gesto non accedono al sistema di cure nella stessa proporzione che le ragazze.



**Grafico 3.7-3** Percentuali di giovani che dicono di essere stati ricoverati per motivi differenti, durante l'anno precedente l'inchiesta, secondo il sesso (SMASH 2002, D49)

In conclusione, se i ricoveri in ospedale restano una fonte importante di cure nell'adolescenza, siccome circa un giovane su dieci è ricoverato durante un anno, si può constatare positivamente che questo tasso sembra essere diminuito in questi 10 anni, nei limiti consentiti dai paragoni dei campioni moderatamente diversi nella loro composizione. Verosimilmente in futuro questa cifra tenderà ad abbassarsi ancora, ma rischia di mantenersi in ogni caso a livelli relativamente elevati, dato che le patologie legate alla salute mentale occupano una parte considerevole in questo periodo della vita, e

che il numero di bambini che sopravvivono a affezioni croniche che in altri tempi erano letali e che necessitano di cure continue è in crescita (American Academy of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1993; Blum, 1991; World Health Organization, 1993). Inoltre, se da una parte sono consigliabili sforzi per diminuire il numero e la durata dei ricoveri, è importante pure ottimizzare la qualità delle cure ambulatoriali, visto che le situazioni tendono a divenire più intricate e complesse, e aspetti somatici si associano sovente a problemi psicosociali non trascurabili. Bisogna inoltre riflettere ad un adattamento ottimale dell'ambiente ospedaliero ai bisogni legati allo sviluppo e psicosociali degli adolescenti, così come alla formazione dei professionisti coinvolti nelle cure (Alvin et al., 1997; Berg-Kelly, 2000; Kraus, Stronski, & Michaud, 2003; Lapointe & Michaud, 2002; Narring & Michaud, 2000; Oppong-Odiseng & Heycock, 1997; Viner & Keane, 1998).

## Riferimenti bibliografici

Alvin P, Jeammet P, Pommereau X. L'hospitalisation des adolescents. Paris: Fondation de France; 1997.

Alvin P, Marcelli D, Fortin J, Collinet C, Rosen H. La relations de soins avec l'adolescent. In P. Alvin & D. Marcelli (Eds). Médecine de l'adolescent. Paris: Masson; 2000: 41-53.

American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The Pediatrician and the "New Morbidity". *Pediatrics* 1993;92(5):731-733.

Berg-Kelly K. EU-Teach: a network for developing the teaching of adolescent medicine in Europe. *Acta Paediatrica Scandinavica* 2000;89(10):1270.

Blum R. Global trends in adolescent health. *Journal of the American Medical Association* 1991;265(20)(May 22-29):2711-2719.

Cafilisch M, Alvin P. La prise en charge des adolescents en pédiatrie hospitalière. Une enquête nationale. Management of adolescents in pediatric hospitals. A national survey. *Archives de Pédiatrie* 2000;7(7):732-737.

Chambers C, Reid G, McGrath P, Finley G. Self-administration of over-the-counter medication for pain among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 1997;151:449-455.

Dengler R, Roberts H. Adolescents' use of prescribed drugs and over-the-counter preparation. *Journal of Public Health Medicine* 1996;18:437-442.

Deschamps J. Ces jeunes sont sans besoins. *Revue Française des Affaires Sociales* 1987;(41):43-57.

Jaquier F, Buclin T, Diezi J. Automedication chez l'adolescent. *Swiss Medical Weekly* 1998;128:203-207.

Konings E, Dubois-Arber F, Narring F, Michaud P. Identifying adolescent drug users results of a national survey on adolescent health in Switzerland. *Journal of Adolescent Health* 1995;16:240-247.

Kraus B, Stronski S, Michaud P. Training needs in adolescent medicine of practising doctors: a Swiss national survey of six disciplines. *Medical Education* 2003;37 :709-714.

Lapointe A, Michaud P. Ces jeunes qui ne consultent pas... Comment améliorer l'accès aux soins des adolescents ? *Revue Médicale de Suisse Romande* 2002;122 :585-588.

Ledoux S, Choquet M, Manfredi R. Self-reported use of drugs for sleep and distress among French adolescents. *Journal of Adolescent Health* 1994;15:495-502.

McIntyre P. Adolescent friendly health services (draft report). Geneva: World Health Organisation, Child and Adolescent Health; 2001.

Michaud P, Narring F, Tschumper A, Wydler H. Les médecins et les problèmes de santé des adolescents: un défi? *Bulletin des Médecins Suisses* 1995;3:105-111.

Narring F, Michaud P. Les adolescents et les soins ambulatoires : résultats d'une enquête nationale auprès des jeunes de 15-20 ans en Suisse. *Archives Françaises de Pédiatrie* 2000;7:25-33.

Neinstein L. The office visit, interview techniques, and recommendations to parents. In L Neinstein (Ed). *Adolescent health care. A practical guide*. Baltimore, ML: Williams & Wilkins; 1996: 46-60.

Oppong-Odiseng A, Heycock E. Adolescent health services-through their eyes. *Archives of Disease in Childhood* 1997;77:115-119.

Pedersen W, Lavik N. Adolescents and benzodiazepines: prescribed use, self-medication and intoxication. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;84 :94-98.

Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud P. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;98:28-33.

Rey C, Michaud P, Ferron C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse: le rôle des médecins. *Archives de Pédiatrie* 1997;4:784-792.

Stoelben S, Krappweis J, Roessler G, Kirch W. Adolescents' drug use and drug knowledge. *European Journal of Pediatrics* 2000;159 :608-614.

Stronski S, Bühlmann U, Rutishauser C, Michaud P, Caflisch M. Adoleszentenmedizin in der pädiatrischen Praxis. *Paediatrica* 1998;9(3):35-36.

Stronski S, Bühlmann U, Rutishauser C, Michaud P, Caflisch M. Adoleszentenmedizin in der pädiatrischen Praxis-erste Resultate einer gesamtschweizerischen Umfrage. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1999;129(Suppl 108):10.

Viner R, Keane M. *Youth Matters: Evidence-based best practice for the care of young people in hospital*. London: Caring for Children in Health services; 1998.

World Health Organization. *The health of young people*. Geneva: World Health Organization; 1993.



## 4 ELENCHI DELLE ILLUSTRAZIONI

### 4.1 ELENCO DEI GRAFICI

Grafico 3.2-1	Proporzioni di giovani che indicano che i loro genitori vivono insieme, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D21) .....	40
Grafico 3.2-2	Proporzioni di giovani che dichiarano di confidarsi con i propri genitori sui problemi di salute, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D38) .....	42
Grafico 3.2-3	Proporzioni di giovani che affermano di parlare di differenti problemi con gli amici, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D38) .....	43
Grafico 3.2-4	Proporzioni di giovani che affermano di parlare con gli amici dei problemi legati alla scuola e al lavoro, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D38) .....	44
Grafico 3.2-5	Punteggio totale medio di stress indicato dagli apprendisti, secondo il sesso e l'età (SMASH 2002, D10) .....	47
Grafico 3.3-1	Proporzioni di giovani che si dichiarano in buona o pessima salute, secondo il sesso (SMASH 2002, D1) .....	51
Grafico 3.3-2	Proporzioni di giovani che dicono di riscontrare spesso o molto spesso differenti problemi di salute, secondo il sesso (SMASH 2002, D36, D37) .....	52
Grafico 3.3-3	Proporzioni di giovani che dicono di aver bisogno di un aiuto personale per risolvere differenti problemi di salute, secondo il sesso (SMASH 2002, D45) .....	53
Grafico 3.3-4	Proporzioni di giovani che dicono di aver bisogno di un aiuto personale per risolvere differenti problemi di salute, secondo il sesso, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D45) .....	54
Grafico 3.3-5	Proporzioni di giovani che dicono di essersi rivolti a differenti partner per essere aiutati a risolvere i loro problemi di salute, secondo il sesso (SMASH 2002, D38) .....	55
Grafico 3.3-6	Proporzioni di giovani che dichiarano di avere un handicap fisico e/o una malattia cronica, secondo il sesso (SMASH 2002, D39, D40) .....	57
Grafico 3.3-7	Proporzioni di giovani che indicano limitazioni imposte dal loro handicap fisico o dalla loro malattia cronica, secondo il sesso (SMASH 2002, D39, D40) .....	58
Grafico 3.3-8	Proporzioni di giovani che soffrono di una malattia cronica e/o di un handicap fisico che si dichiarano in buona o pessima salute, secondo il sesso (SMASH 2002, D1) .....	59
Grafico 3.3-9	Percentuali di giovani che si sentono troppo magri, bene o troppo grassi, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D56) .....	63
Grafico 3.3-10	Proporzioni di giovani che segnalano problemi alimentari al momento dell'inchiesta precisando che avrebbero avuto bisogno di aiuto, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D45) .....	66
Grafico 3.3-11	Percentuali di ragazze e ragazzi che lamentano disturbi del sonno abbastanza spesso o molto spesso (SMASH 2002, D37) .....	67
Grafico 3.3-12	Percentuali di ragazze e ragazzi che lamentano differenti disturbi del sonno o fatica diurna abbastanza spesso o molto spesso (SMASH 2002, D41) .....	68
Grafico 3.3-13	Proporzioni di intervistati che affermano di avere subito un trauma acustico (impressione di sordità o rumore fastidioso in seguito ad un'esposizione al rumore) durante gli ultimi 12 mesi, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D86) .....	69

Grafico 3.3-14	Proporzioni di intervistati che hanno dichiarato un trauma acustico subito in situazioni specifiche (più risposte possibili), secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D86) .....	70
Grafico 3.3-15	Percentuali di giovani che segnalano valori di depressività compresi tra 3 e 4, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D35) .....	73
Grafico 3.3-16	Intensità media della ricerca di sensazioni forti e del comportamento a rischio dei giovani, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D85) ....	75
Grafico 3.4-1	Proporzioni di giovani che segnalano di aver praticato, durante la settimana precedente l'inchiesta, attività fisiche per almeno 20 minuti di fila, che li hanno fatti sudare o respirare rapidamente, secondo il sesso (SMASH 2002, D2) .....	83
Grafico 3.4-2	Proporzioni di giovani che segnalano un'attività fisica che li ha fatti sudare o respirare rapidamente praticata almeno 3 volte 20 minuti alla settimana (considerata come il minimo atto a garantire una forma fisica adeguata), secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D2).....	84
Grafico 3.4-3	Percentuali di giovani che si dedicano a un'attività sportiva all'infuori della scuola durante la settimana, in maniera strutturata o meno, secondo il sesso (SMASH 2002, D4) .....	85
Grafico 3.4-4	Percentuali di giovani che praticano dello sportive almeno 2-3 volte alla settimana, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D4) .....	85
Grafico 3.4-5	Proporzioni di giovani che dicono di praticare sport individuali, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D3).....	86
Grafico 3.4-6	Percentuali di giovani che praticano sport collettivi, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D3) .....	87
Grafico 3.4-7	Evoluzione della percentuale di giovani che praticano sport con frequenze diverse, secondo il sesso, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D4).....	88
Grafico 3.4-8	Percentuali di giovani che si considerano fumatori regolari, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D75) .....	89
Grafico 3.4-9	Percentuali di giovani fumatori, secondo il tipo di formazione e l'età, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D75) .....	90
Grafico 3.4-10	Profilo di consumo dei giovani fumatori, secondo il tempo che separa il risveglio dalla prima sigaretta fumata e secondo il sesso (SMASH 2002, D75) .....	91
Grafico 3.4-11	Percentuali di giovani che consumano differenti tipi di alcol con frequenze variabili, secondo il sesso (SMASH 2002, D76) .....	92
Grafico 3.4-12	Percentuali di giovani che consumano differenti tipi di alcol con frequenze variabili, secondo il sesso, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D76).....	93
Grafico 3.4-13	Percentuali di giovani che dicono di consumare alcol almeno una volta alla settimana, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D76) .....	94
Grafico 3.4-14	Percentuali di giovani che hanno già conosciuto almeno un episodio d'ebrietà, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D78) .....	94
Grafico 3.4-15	Percentuali di giovani, tra i consumatori d'alcol, che segnalano almeno un episodio di ebrietà durante i 12 mesi e/o i 30 giorni precedenti l'inchiesta, secondo il sesso, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D78) .....	96
Grafico 3.4-16	Percentuali di giovani che riconoscono di aver guidato in stato d'ebbrezza un veicolo (2 o 4 ruote), sull'insieme del campione, secondo il sesso, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D30) .....	97
Grafico 3.4-17	Percentuali di giovani che segnalano di avere consumato canapa almeno una volta nel corso della vita, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D80) .....	99
Grafico 3.4-18	Percentuali di giovani che indicano di avere fatto uso di canapa almeno una volta, secondo il sesso, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D80) .....	100
Grafico 3.4-19	Frequenze del consumo di canapa durante gli ultimi 30 giorni, secondo il sesso (SMASH 2002, D81) .....	100
Grafico 3.4-20	Percentuali di giovani che ammettono di aver ricorso almeno una volta nella vita a differenti droghe, secondo il sesso (SMASH 2002, D80) .....	103

Grafico 3.4-21	Percentuali di giovani che segnalano di avere usato differenti droghe durante il mese precedente l'inchiesta, secondo il sesso (SMASH 2002, D81) .....	104
Grafico 3.4-22	Percentuali di giovani che hanno consumato almeno una volta nella della vita una droga di sintesi, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D80) .....	105
Grafico 3.4-23	Percentuali di giovani che hanno consumato cocaina almeno una volta nella vita, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D80) .....	105
Grafico 3.4-24	Proporzioni di giovani che hanno consumato almeno una volta nella vita differenti droghe illegali, secondo il sesso, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D80) .....	106
Grafico 3.4-25	Proporzioni di giovani che hanno guidato differenti veicoli durante gli ultimi 30 giorni, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D25, D26, D27, D29) .....	108
Grafico 3.4-26	Percentuali di giovani che guidano differenti veicoli e usano mezzi di protezione, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D25, D26, D27, D28, D29) .....	108
Grafico 3.4-27	Percentuali di giovani che dicono di utilizzare Internet, con differenze frequenze, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D87) .....	110
Grafico 3.4-28	Tempo medio trascorso dai giovani su Internet, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D87).....	111
Grafico 3.4-29	Percentuali di giovani che dicono di consultare differenti temi sul Web, secondo il sesso (SMASH 2002, D88) .....	112
Grafico 3.5-1	Proporzioni dei giovani che hanno già avuto un rapporto sessuale, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D65).....	121
Grafico 3.5-2	Proporzioni dei giovani sessualmente attivi a 17 anni, secondo il sesso, Svizzera 1972-2002.....	121
Grafico 3.5-3	Percentuali di giovani sessualmente attivi secondo il numero totale di partner, per sesso (SMASH 2002, D67).....	122
Grafico 3.5-4	Proporzioni di giovani sessualmente attivi che dichiarano di avere utilizzato un preservativo all'ultimo rapporto sessuale, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D69).....	124
Grafico 3.6-1	Prevalenza dei diversi tipi di incidenti riportata dai giovani durante i 12 mesi precedenti l'inchiesta, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D24) .....	128
Grafico 3.6-2	Proporzioni di giovani che segnalano di aver avuto conseguenze dagli incidenti (fisiche o psicologiche), secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D24) .....	129
Grafico 3.6-3	Percentuali di giovani che affermano di essere stati vittime di violenza fisica almeno una volta nel corso degli ultimi 12 mesi, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D31) .....	132
Grafico 3.6-4	Percentuali di giovani che indicano di essere stati vittime di un abuso sessuale, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D74).....	134
Grafico 3.6-5	Ripartizione delle ragazze abusate sessualmente secondo l'età al primo abuso (SMASH 2002, D74) .....	136
Grafico 3.6-6	Percentuali di giovani che indicano di essere già stati confrontati almeno una volta alla pornografia su Internet, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D89) .....	138
Grafico 3.6-7	Percentuali di giovani che dicono di aver commesso un tentativo di suicidio almeno una volta nel corso della loro vita, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D47).....	139
Grafico 3.6-8	Percentuali di giovani (n=7420) che dichiarano di aver o non aver commesso uno o più atto(i) illecito(i) nel corso degli ultimi 12 mesi (SMASH 2002, D33) ...	142

Grafico 3.6-9	Percentuali di giovani che riconoscono di aver intenzionalmente danneggiato qualche cosa l'anno scorso (almeno 1 o 2 volte), secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D33) .....	143
Grafico 3.6-10	Percentuali di giovani che indicano di aver rubato qualche cosa l'anno scorso (almeno 1 o 2 volte), secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D33) .....	144
Grafico 3.6-11	Percentuali di giovani che dicono di aver venduto droga (compresa la canapa) almeno 1 o 2 volte nell'anno scorso, secondo il sesso, il tipo di formazione e l'età (SMASH 2002, D33).....	145
Grafico 3.7-1	Percentuali di giovani che dicono di aver consultato un medico per differenti motivi durante i 12 mesi precedenti l'inchiesta, secondo il sesso (SMASH 2002, D50) .....	154
Grafico 3.7-2	Percentuali di giovani che dicono di essere stati ricoverati una o più volte durante l'anno precedente l'inchiesta, secondo il sesso, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D49) .....	155
Grafico 3.7-3	Percentuali di giovani che dicono di essere stati ricoverati per motivi differenti, durante l'anno precedente l'inchiesta, secondo il sesso (SMASH 2002, D49).....	156

## 4.2 ELENCO DELLE TABELLE

Tabella 3.1-1	Campione analizzato (ponderato) dell'inchiesta SMASH 2002 .....	38
Tabella 3.2-1	Ripartizione dei giovani secondo la situazione di alloggio durante la settimana menzionata (più risposte possibili), per sesso e tipo di formazione (SMASH 2002, D19) .....	40
Tabella 3.2-2	Proporzioni di giovani d'accordo con differenti affermazioni inerenti la relazione con i loro genitori, secondo il sesso (SMASH 2002, D84) .....	41
Tabella 3.2-3	Percentuali di giovani d'accordo con differenti affermazioni relative all'ambiente che regna sul loro luogo di formazione, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D8) .....	45
Tabella 3.2-4	Proporzioni di apprendisti d'accordo con differenti affermazioni relative all'ambiente che regna al di lavoro, secondo il sesso (SMASH 2002, D9).....	46
Tabella 3.2-5	Proporzioni di apprendisti che sono turbati da differenti fattori di stress, secondo il sesso (SMASH 2002, D10) .....	46
Tabella 3.3-1	Percentuali di ragazze che segnalano differenti sintomi di dismenorrea secondo la frequenza negli ultimi 12 mesi, per tipo di formazione (D64) .....	60
Tabella 3.3-2	Percentuali di ragazze che segnalano differenti conseguenze della dismenorrea sulle attività quotidiane secondo la loro frequenza nel corso degli ultimi 12 mesi, per tipo di formazione (D64) .....	61
Tabella 3.3-3	Percentuali di giovani che vorrebbero o non vorrebbero modificare il proprio peso, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D57) .....	64
Tabella 3.3-4	Percentuali di giovani che si sono identificati parzialmente o completamente in alcuni item della scala di depressività, secondo il sesso (SMASH 2002, D35)....	72
Tabella 3.3-5	Percentuali di giovani che si sono identificano parzialmente o completamente negli item di ricerca di sensazioni forti e piacere per il rischio, secondo il sesso (SMASH 2002, D85) .....	75
Tabella 3.4-1	Proporzioni di giovani che evocano differenti motivi per non praticare sport, secondo il sesso (SMASH 2002, D4) .....	86
Tabella 3.4-2	Percentuali di giovani che hanno conosciuto episodi d'ebrietà con diverse frequenze, secondo il sesso (SMASH 2002, D78).....	95

Tabella 3.4-3	Percentuali di giovani che ammettono di avere riscontrato problemi in seguito al consumo di alcol, sull'insieme del campione, secondo il sesso (SMASH 2002, D79) .....	97
Tabella 3.4-4	Percentuali di giovani che segnalano di aver avuto differenti problemi legati all'uso di droga, secondo il sesso (SMASH 2002, D83) .....	101
Tabella 3.4-5	Percentuali di giovani che dicono di essere stati esposti, senza averle cercate, ad informazioni o immagini a carattere violento, razzista o pornografico in Internet, secondo il sesso (SMASH 2002, D89) .....	112
Tabella 3.5-1	Distribuzione (in percentuali) dell'età delle prime mestruazioni, secondo l'età delle intervistate (SMASH 2002, D63) .....	119
Tabella 3.5-2	Descrizione della differenza puberale percepita, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D62) .....	120
Tabella 3.5-3	Utilizzazione (%) dei differenti metodi di contraccezione al primo rapporto sessuale e all'ultimo rapporto sessuale con il partner attuale, secondo il sesso (SMASH 2002, D68) .....	123
Tabella 3.6-1	Percentuali di giovani vittime di differenti incidenti della circolazione, secondo il sesso e il tipo di formazione (SMASH 2002, D24) .....	129
Tabella 3.6-2	Percentuali di giovani che segnalano un incidente negli ultimi 12 mesi, per tipo di incidente, secondo il sesso e il tipo di formazione, paragone 1993-2002 (SMASH 2002, D24) .....	130
Tabella 3.6-3	Percentuali di giovani che menzionano differenti forme di violenza almeno una volta nel corso degli ultimi 12 mesi (SMASH 2002, D31) .....	131
Tabella 3.6-4	Percentuali di giovani che indicano di essere stati vittime di molestie verbali e esclusione almeno una volta alla settimana nel corso degli ultimi 12 mesi, secondo il sesso (SMASH 2002, D32) .....	133
Tabella 3.6-5	Percentuali di giovani che indicano di essere stati confrontati almeno una volta a differenti forme di violenza su Internet, secondo il sesso (SMASH 2002, D89) .....	137
Tabella 3.6-6	Percentuali di giovani che segnalano preoccupazioni o comportamenti suicidari, secondo il sesso (SMASH 2002, D46, D47) .....	139
Tabella 3.6-7	Tassi di giovani che indicano un tentativo di suicidio durante l'anno scorso e che si sono confidati con differenti persone del loro entourage, secondo il sesso (SMASH 2002, D47) .....	140
Tabella 3.6-8	Percentuali di giovani che indicano di aver commesso almeno una volta differenti reati nel corso degli ultimi 12 mesi, secondo il sesso (SMASH 2002, D33) .....	142
Tabella 3.7-1	Percentuali di giovani che indicano l'utilizzo di differenti farmaci <i>prescritti</i> , almeno da due a tre volte al mese nel corso degli ultimi 12 mesi, secondo il sesso (SMASH 2002, D51) .....	150
Tabella 3.7-2	Percentuali di giovani che indicano l'utilizzo di differenti farmaci <i>non prescritti</i> , almeno da due volte a tre nel corso degli ultimi 12 mesi, secondo il sesso (SMASH 2002, D51) .....	151
Tabella 3.7-3	Proporzioni di giovani che hanno consultato professionisti della salute durante l'anno precedente, con diverse frequenze, secondo il sesso (SMASH 2002, D48) .....	152
Tabella 3.7-4	Percentuali di giovani che dicono di aver consultato dei professionisti per differenti motivi durante i 12 mesi precedenti l'inchiesta, secondo il sesso (SMASH 2002, D50) .....	153

### 4.3 ELENCO DELLE FIGURE

Figura 1.3-1	Un'illustrazione del modello concettuale di Bronfenbrenner, con i diversi livelli di analisi (Bronfenbrenner, 1979) .....	27
Figura 1.3-2	Un modello che spiega la salute (Bronfenbrenner, 1979) .....	28

## 5 INDICE ANALITICO

- aborto spontaneo, 12, 125  
abuso, 7, 10, 11, 12, 14, 17, 53, 92, 134  
abuso sessuale, 127, 134, 135, 136  
affettività, 16  
affezione cronica, 7, 15, 33, 56, 57, 58, 59, 153, 154, 155, 156, 157  
alcol, 5, 7, 10, 13, 15, 17, 18, 22, 23, 26, 53, 54, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 101, 102, 106, 107, 130, 132, 153  
alcopops, 10, 17, 93  
alimentazione, 7, 9, 15, 16, 23, 24, 26, 27, 33, 44, 53, 62, 64, 65, 66, 107, 150, 153, 154  
altre droghe, 10, 17, 33, 53, 101, 102, 145  
ambiente, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 25, 26, 27, 28, 44, 45, 46, 48, 59, 71, 107, 130, 132, 145, 157  
amici, 6, 16, 27, 43, 44, 48, 70, 86, 97, 101, 113, 153  
armi, 144  
assistente sociale, 152  
birra, 93  
bisogni di salute, 25, 51, 53, 55  
campione, 6, 16, 21, 33, 34, 37, 38, 62, 69, 71, 89, 93, 97, 102, 140, 153  
canapa, 10, 11, 15, 92, 99, 100, 101, 102, 104, 106, 142, 144, 145  
cantone, 5, 6, 14, 23, 32, 33, 35, 125, 140, 151  
casco, 13, 24, 107, 109, 127, 130  
cintura di sicurezza, 13, 107, 109  
cocaina, 11, 102, 103, 104, 105, 106  
coito interrotto, 12, 123  
compagni, 18, 39, 42, 43, 44, 58, 66, 95, 120, 128, 130, 132, 133, 140, 145, 152, 153  
comportamenti protettivi, 24, 33, 107, 127  
comportamenti suicidari, 13, 35, 127, 138, 139  
concetto, 15, 107, 155  
conclusione, 5, 16, 17, 68, 104, 141, 156  
constatazione, 16, 44, 61, 98, 101, 104, 106, 124, 125, 137, 153, 156  
consultazione, 15, 34, 58, 152, 153, 154  
consumo, 10, 11, 13, 15, 16, 23, 44, 54, 68, 74, 82, 88, 89, 91, 92, 93, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 130, 134, 150, 152  
contraccezione, 12, 24, 123, 153, 154  
cronico, 66  
cure, 5, 7, 14, 15, 18, 19, 23, 24, 25, 27, 33, 56, 57, 59, 127, 138, 150, 152, 154, 156, 157  
delinquenza, 14, 74, 131, 141, 145  
depressivi, 8, 17, 43, 71, 72, 73, 74  
diete, 9, 64, 66, 67  
difficoltà, 6, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 41, 44, 48, 55, 56, 60, 61, 68, 101, 107, 134, 135, 152  
dipendenza, 10, 24, 27, 67, 91  
dismenorrea, 7, 33, 60, 61  
divorzi, 38, 39, 42  
dolore, 7, 8, 15, 35, 44, 60, 61, 150, 151, 155  
ebbrezza, 10, 95, 96, 97, 98  
ecstasy, 102, 103  
eroina, 11, 102, 106, 107  
famiglia, 5, 6, 12, 14, 16, 17, 26, 27, 28, 39, 41, 42, 44, 48, 99, 123, 134, 140, 152  
fasce d'età, 37, 47, 54, 72, 90, 95, 128, 133, 136, 143  
fatica, 16, 45, 60, 63, 68, 135, 153  
frequenza, 9, 11, 14, 53, 60, 61, 65, 69, 71, 82, 83, 88, 92, 95, 96, 98, 100, 101, 102, 112, 127, 131, 135, 137, 141, 145  
fumatore, 10, 88, 89, 90, 91  
furto, 12, 14, 74, 131  
futuro, 6, 9, 18, 26, 54, 59, 88, 92, 98, 107, 156  
genitori, 6, 10, 15, 16, 17, 18, 25, 35, 38, 39, 40, 41, 42, 48, 54, 71, 72, 74, 91, 97, 99, 101, 140, 151  
ginecologia, 7, 15, 52, 152, 153, 154, 155, 156  
gravidanza, 12, 120, 125, 154  
handicap, 7, 33, 56, 57, 58, 59, 86, 127, 153  
IMC, 62  
immagine corporea, 7, 9, 17, 62  
impianto, 123  
implicazione, 16, 18, 48, 56  
incidente, 12, 13, 15, 17, 24, 28, 33, 57, 68, 96, 97, 101, 107, 127, 128, 129, 130, 135, 156  
infermiera, 68, 152  
informazione, 12, 16, 32, 37, 59, 61, 74, 123, 125, 127, 151  
iniezione, 123  
internet, 23, 33, 74, 110, 111, 112, 113, 127, 137, 138  
interruzione di gravidanza, 12, 125, 155  
lavoro, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 18, 19, 25, 33, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 59, 60, 61, 62, 66, 76, 82, 86, 87, 88, 97, 101, 104, 112, 113, 120, 128, 130, 134, 138  
malattia, 7, 56, 57, 58, 125  
malessere, 53, 60  
mali, 7, 51, 52  
medicamento, 16, 61, 64, 67, 102, 125, 150, 151  
medico, 13, 14, 15, 24, 26, 53, 58, 61, 68, 73, 113, 123, 140, 152, 153, 154, 155  
mestruazioni, 33, 60, 119  
molestie, 132, 133  
morbilità, 92, 107  
mortalità, 24, 107, 138  
obiettivo, 17, 98, 113

paragone 1993-2002, 54, 88, 90, 93, 96, 97, 100, 106, 130, 155  
 partner, 6, 12, 40, 55, 122, 123, 124, 125  
 percezione della salute, 24, 28, 56  
 peso, 7, 9, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 71  
 pillola, 12, 123, 124, 125  
 preoccupazione, 10, 12, 14, 42, 47, 54, 62, 63, 64, 88  
 preservativo, 11, 12, 98, 122, 123, 124, 125  
 prevalenza, 5, 14, 25, 56, 64, 71, 73, 125, 128, 138, 155, 156  
 prevenzione, 5, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 22, 23, 25, 26, 32, 48, 56, 59, 66, 70, 76, 90, 91, 102, 106, 107, 109, 121, 122, 123, 124, 125, 136, 140, 141, 145, 155  
 problemi, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 60, 61, 62, 64, 65, 68, 71, 88, 92, 95, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 106, 107, 125, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 139, 150, 153, 154, 155, 156  
 problemi di salute, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 24, 33, 41, 42, 44, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 88, 92, 152  
 problemi psicologici, 6, 8, 9, 16, 33, 42, 53, 55, 58, 64, 65, 67, 155, 157  
 professionisti della salute, 9, 16, 28, 59, 151, 152, 155  
 professore, 6, 32  
 promozione della salute, 5, 18, 19, 25, 26, 48  
 psichiatra, 15, 152, 153, 154  
 psicologo, 14, 15, 68, 73, 140, 152, 153, 154  
 pubertà, 63, 73, 119  
 questionario, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 21, 23, 28, 32, 33, 34, 35, 37, 42, 51, 56, 64, 65, 67, 70, 83, 92, 119, 124, 125, 135, 150, 155, 169  
 racket, 131  
 reato, 141, 144  
 relazione, 9, 14, 71, 72, 73, 74, 82, 101, 123, 124, 134  
 ricerca di sensazioni, 33, 74, 75, 76  
 ricoveri ospedalieri, 155  
 riss, 96, 97, 101, 132, 142, 144  
 salute, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 39, 43, 44, 47, 48, 51, 52, 53, 55, 56, 58, 59, 67, 68, 82, 99, 102, 107, 110, 112, 113, 120, 125, 130, 131, 132, 134, 136, 138, 140, 150, 152, 155  
 salute mentale, 7, 8, 11, 14, 16, 23, 28, 33, 51, 52, 55, 82, 107, 140, 153, 154 Voir  
 salute somatica, 51  
 schiena, 7, 8, 52, 60  
 scuola, 6, 7, 11, 16, 17, 18, 33, 37, 39, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 58, 59, 60, 61, 66, 71, 73, 82, 85, 88, 97, 101, 134  
 sensazioni, 10, 44, 47, 65, 70, 74, 75, 76, 98  
 sessualità, 11, 12, 14, 23, 24, 26, 33, 35, 98, 101, 112, 119, 120, 122, 124, 134, 137  
 società, 9, 10, 14, 17, 18, 74, 95, 98  
 sonno, 8, 16, 61, 67, 68, 150, 151, 153, 154  
 specialista, 73, 152, 154  
 sport, 7, 8, 9, 13, 22, 23, 24, 25, 26, 33, 61, 64, 67, 75, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 99, 107, 110, 112, 113, 127, 128, 130  
 stress, 6, 7, 8, 17, 39, 45, 46, 47, 48, 53, 54, 64, 71, 73, 82, 104, 132, 150, 151  
 suicidio, 12, 13, 14, 24, 71, 138, 139, 140, 141, 153, 155, 156  
 superalcolici, 17, 93  
 tabacco, 10, 17, 53, 54, 82, 88, 89, 91, 92, 99, 153  
 tendenze, 5, 17, 54, 63  
 trauma, 13, 14, 15, 82, 107, 127, 129, 130, 155, 156  
 trauma acustico, 69, 70  
 udito, 28, 69  
 veicoli, 9, 13, 88, 96, 97, 106, 107, 108, 109, 128, 129, 130  
 vino, 93  
 violenza, 8, 12, 14, 17, 18, 39, 42, 48, 101, 110, 112, 127, 131, 132, 133, 135, 137, 141, 144, 145  
 vista, 52  
 vomito, 9, 65  
 web, 110, 112, 113

## 6 APPENDICE

### QUESTIONARIO SMASH 2002



# IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et  
préventive, Université de Lausanne

Directeur: Professeur Fred Paccaud

**UMSA** UNITE MULTIDISCIPLINAIRE DE SANTE DES ADOLESCENTS

Groupe de Recherche sur la Santé des Adolescents

# Universität Bern

Institut für Psychologie

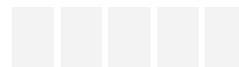
Psychologie der Entwicklung  
und der Entwicklungsstörungen



## Studio sulla salute e gli stili di vita degli adolescenti in Svizzera (2002)

**Codice formazione:**

(solo per gli/le apprendisti/e)



Buongiorno !

Il presente questionario sulla salute e il benessere è stato preparato da giovani della tua età e da specialisti. Servirà a capire meglio i bisogni dei giovani in formazione dopo la scuola dell'obbligo, allo scopo di migliorare i servizi sanitari, di prevenzione e di accoglienza che sono messi a tua disposizione (consulenze, centri di pianificazione familiare, servizi di aiuto, tempo libero, ecc.).

Circa 10'000 giovani di tutta la Svizzera sono invitati a partecipare a questa inchiesta. Poiché non tutti e tutte hanno la stessa opinione e nemmeno le stesse esperienze, ci interessano le risposte di ognuno e ognuna. Saranno toccati temi diversi, alcuni molto personali. Ti garantiamo quindi l'anonimato, vale a dire che non conosceremo mai il tuo nome e che nessuno potrà riconoscere le tue risposte, neppure le persone presenti oggi in classe. Sei comunque libero/a di non rispondere ad alcune o a tutte le domande.

Ti ringraziamo per il tuo aiuto e la tua fiducia e ti auguriamo una buona lettura!

Prof. Pierre-André Michaud  
capo medico dell'UMSA

Dr Françoise Narring  
medico associata all'UMSA

Véronique Addor, MPH  
capo progetto di ricerca

Laura Inderwildi Bonivento, Lic. soc.  
coordinatrice per la Svizzera  
italiana

Prof. Françoise D. Alsaker  
Ist. di psicologia, Università di Berna

Dr Annemarie Tschumper  
Ist. di psicologia, Università di Berna

### Come rispondere?

- Prenditi il tempo per leggere attentamente la domanda, ma non riflettere troppo a lungo prima di rispondere.
- Poni una crocetta nel riquadro corrispondente alla risposta che ti sembra più appropriata. In generale, vi è una sola risposta per domanda, salvo se è data un'indicazione speciale. Se vuoi correggere una risposta, stralcia la crocetta sbagliata tirando due righe orizzontali sopra e poni una nuova crocetta.
- Se una domanda non ti concerne, passa alla successiva senza rispondere.
- I riquadri grigi sono per le cifre, scrivi in modo molto leggibile seguendo gli esempi qui sotto (lettura ottica):

### Per correggere:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Per favore scrivere i numeri così

~~16~~ anni

Stralciare lo sbaglio  
2 volte

17

Scrivere il nuovo  
numero accanto

sì  
~~☒~~

Stralciare lo sbaglio  
2 volte

no  
☒

Mettere una crocetta  
nel nuovo riquadro

## IL TUO BENESSERE E LE TUE ATTIVITÀ ...

### 1 Nell'insieme, pensi che la tua salute sia

eccellente    molto buona    buona    mediocre    pessima  
 1     2     3     4     5

### 2 Durante la scorsa settimana, indica il numero di giorni in cui hai praticato attività fisiche, per almeno 20 minuti di fila, che ti hanno fatto sudare o respirare rapidamente?

Per attività fisica s'intende per esempio fare sport, andare in bicicletta a scuola, fare un lavoro fisico, ecc.

(rispondere da 0 a 7 giorni)     giorni alla settimana

### 3 Durante gli ultimi 30 giorni, hai partecipato alle attività di una società o di un club all'infuori della scuola?

(una sola risposta per riga)

	sì	no
▪ società sportiva per uno sport individuale	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ società sportiva per uno sport di squadra	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ corso o gruppo di balletto/danza o di teatro	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ gruppo musicale (orchestra di giovani, corale, banda, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ scout, esploratori	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ gruppo giovanile	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ gruppo parrocchiale	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ gruppo di volontariato (azioni di solidarietà, Croce Rossa, Pro Infirmis, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ gruppo politico, parlamento dei giovani	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ altro, specificare _____	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

### 4 Pratichi uno sport all'infuori della scuola?

sì, tutti i giorni o quasi    sì, 2-3 volte alla settimana    sì, circa 1 volta alla settimana    **no**  
 1     2     3     4

**Se no**, per quali motivi? ←

(più risposte possibili)

- 1  ho una ferita o un handicap fisico
- 2  non mi sento a mio agio con il mio corpo
- 3  non sono portato/a
- 4  non mi piace lo sport
- 5  i miei orari di lavoro irregolari m'impediscono di iscrivermi a un corso o a una società sportiva
- 6  ho già un lavoro fisicamente duro
- 7  ho troppo da fare e non ho tempo
- 8  mi mancano le occasioni o non ci sono club/locali per lo sport che mi piacerebbe
- 9  non ho voglia, per pigrizia
- 10  preferisco fare altre cose
- 11  nemmeno i miei amici/le mie amiche fanno sport
- 12  altri motivi

## LA TUA FORMAZIONE ...

### 5 Qual è la tua situazione professionale o scolastica?

- apprendistato e scuola professionale (SPAI, SPC, scuola arti e mestieri, CSIA, SMC, ecc.)  
 scuola, precisare  liceo  
 scuole tecniche  
 scuola cantonale di commercio, scuola di diploma  
 altro, descrivere \_\_\_\_\_

### 6 Quale anno di studio o formazione stai frequentando (dalla fine della scuola dell'obbligo)?

- 1° anno  
 2° anno  
 3° anno  
 4° anno o più

### 7 Nel corso della tua intera carriera scolastica, hai ripetuto?

(scrivere 0 se non hai mai ripetuto)

\_\_\_\_\_ volte

### 8 In generale, come trovi la tua classe?

(una sola risposta per riga)

	completa- mente d'accordo	abbas- tanza d'accordo	non molto d'accordo	per niente d'accordo
▪ la maggior parte di noi si trova bene nella nostra classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ gli insegnanti si occupano dei problemi degli allievi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ quando un allievo/a dice qualcosa di sbagliato, tutti si prendono gioco di lui/lei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ gli insegnanti hanno fiducia in me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ricevo dai miei insegnanti il riconoscimento che merito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 9 PER GLI/LE APPRENDISTI/E

Come trovi l'ambiente sul tuo posto di lavoro?

	completa- mente d'accordo	abbas- tanza d'accordo	non molto d'accordo	per niente d'accordo
▪ la maggior parte di noi si trova bene nel nostro gruppo di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ il/la nostro/a capo/a o il/la maestro/a di tirocinio è molto severo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ il/la nostro/a capo/a o il/la maestro/a di tirocinio si occupa dei problemi degli/delle apprendisti/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ quando qualcuno del nostro gruppo fa un errore, tutti si prendono gioco di lui/lei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ il/la mio/a capo/a o maestro/a di tirocinio ha fiducia in me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ricevo dal/dalla mio/a capo/a o mio/a maestro/a di tirocinio il riconoscimento che merito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10 PER GLI/LE APPRENDISTI/E

### A proposito dell'impegno richiesto o dello stress al lavoro

<i>Indica prima quanto sei d'accordo con ciascuna delle frasi seguenti, poi a che punto questo ti disturba</i>		non mi disturba per niente	mi disturba un po'	mi disturba abbastanza	mi disturba molto
▪ sono spesso stressato/a dal tempo a causa del forte carico di lavoro	non d'accordo <input type="checkbox"/>				
	d'accordo <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ sono spesso interrotto/a sul lavoro	non d'accordo <input type="checkbox"/>				
	d'accordo <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ sul lavoro ho molte responsabilità	non d'accordo <input type="checkbox"/>				
	d'accordo <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ sono spesso costretto/a a fare ore supplementari	non d'accordo <input type="checkbox"/>				
	d'accordo <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ il mio lavoro richiede sforzi fisici	non d'accordo <input type="checkbox"/>				
	d'accordo <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ nel corso del mio apprendistato il mio lavoro è diventato sempre più impegnativo	non d'accordo <input type="checkbox"/>				
	d'accordo <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LA TUA SITUAZIONE PERSONALE...

### 11 Cosa pensi di queste affermazioni?

<i>(una sola risposta per riga)</i>	completamente d'accordo	abbastanza d'accordo	non molto d'accordo	per niente d'accordo
▪ i miei risultati scolastici sono buoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ sono sicuro/a di portare a termine la mia formazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ sono sicuro/a di trovare lavoro in seguito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 12 Di che sesso sei?

femminile       maschile

### 13 Quanti anni hai?

anni

#### 14 Di quale/i paese/i o regione/i hai la o le nazionalità?

(più risposte possibili)

- 1  Svizzera
- 2  Italia
- 3  Germania
- 4  Francia
- 5  Austria
- 6  Portogallo
- 7  Spagna
- 8  Turchia
- 9  Repubblica iugoslava
- 10  Croazia
- 11  Repubblica macedone
- 12  altro paese dell'Europa Occidentale
- 13  altro paese dell'Europa dell'Est
- 14  Vicino Oriente, Maghreb, Medio Oriente
- 15  altro paese dell'Africa
- 16  Asia
- 17  America del Sud, America Centrale
- 18  America del Nord, Australia

#### 15 Sei nato/a in Svizzera?

si  no

**Se no**, da quanto tempo vivi in Svizzera?

anni

mesi

#### 16 Qual è il paese o la regione d'origine dei tuoi genitori?

(una sola risposta per colonna)

	madre	padre
▪ Svizzera	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Italia	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
▪ Germania	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Francia	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ Austria	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Portogallo	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ Spagna	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
▪ Turchia	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
▪ Repubblica iugoslava	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
▪ Croazia	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
▪ Repubblica macedone	11 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
▪ altro paese dell'Europa Occidentale	12 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
▪ altro paese dell'Europa dell'Est	13 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>
▪ Vicino Oriente, Maghreb, Medio Oriente	14 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
▪ altro paese dell'Africa	15 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>
▪ Asia	16 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
▪ America del Sud, America Centrale	17 <input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>
▪ America del Nord, Australia	18 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>
▪ non lo sai	19 <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>

#### 17 Dove abiti?

in montagna,  
in campagna o  
in un paese

1

in una città o  
nella periferia  
di una città

2

### 18 In che cantone abiti?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Appenzello esterno | <input type="checkbox"/> 15 Obwaldo          |
| <input type="checkbox"/> 2 Appenzello interno | <input type="checkbox"/> 16 Sciaffusa        |
| <input type="checkbox"/> 3 Argovia            | <input type="checkbox"/> 17 Svitto           |
| <input type="checkbox"/> 4 Basilea Campagna   | <input type="checkbox"/> 18 Soletta          |
| <input type="checkbox"/> 5 Basilea Città      | <input type="checkbox"/> 19 San Gallo        |
| <input type="checkbox"/> 6 Berna              | <input type="checkbox"/> 20 Ticino           |
| <input type="checkbox"/> 7 Friburgo           | <input type="checkbox"/> 21 Turgovia         |
| <input type="checkbox"/> 8 Ginevra            | <input type="checkbox"/> 22 Uri              |
| <input type="checkbox"/> 9 Glarona            | <input type="checkbox"/> 23 Vallese          |
| <input type="checkbox"/> 10 Grigioni          | <input type="checkbox"/> 24 Vaud             |
| <input type="checkbox"/> 11 Giura             | <input type="checkbox"/> 25 Zugo             |
| <input type="checkbox"/> 12 Lucerna           | <input type="checkbox"/> 26 Zurigo           |
| <input type="checkbox"/> 13 Neuchâtel         | <input type="checkbox"/> 27 abiti all'estero |
| <input type="checkbox"/> 14 Nidwaldo          |  |

### 19 Nel seguente elenco, indica tutte le persone con le quali vivi la maggior parte del tempo:

(più risposte possibili)



*Se sono le stesse persone che durante la settimana, non rispondere alla seconda colonna*

#### durante la settimana

- 1 madre
- 2 moglie di tuo padre (matrigna) o compagna di tuo padre
- 3 madre affidataria, "sostitutiva"
- 4 padre
- 5 marito di tua madre (patrigno) o compagno di tua madre
- 6 padre affidatario, "sostitutivo"
- 7 fratelli e sorelle, quanti    
(compresi fratellastri e sorellastre se vivi con loro)
- 8 altri parenti (nonni, zii e zie, altri bambini, ecc.)
- 9 vivi solo/a
- 10 dividi un alloggio con altri o sei in un colleggio
- 11 vivi con il/la tuo/a partner
- 12 vivi in un foyer
- 13 altra situazione

#### durante il fine settimana

- 1 madre
- 2 moglie di tuo padre (matrigna) o compagna di tuo padre
- 3 madre affidataria, "sostitutiva"
- 4 padre
- 5 marito di tua madre (patrigno) o compagno di tua madre
- 6 padre affidatario, "sostitutivo"
- 7 fratelli e sorelle, quanti    
(compresi fratellastri e sorellastre se vivi con loro)
- 8 altri parenti (nonni, zii e zie, altri bambini, ecc.)
- 9 vivi solo/a
- 10 dividi un alloggio con altri o sei in un colleggio
- 11 vivi con il/la tuo/a partner
- 12 vivi in un foyer
- 13 altra situazione

## 20 Sei stato/a adottato/a?

- sì      no  
 ▪ da tua madre       <sub>1</sub>       <sub>0</sub>  
 ▪ da tuo padre       <sub>1</sub>       <sub>0</sub>

**Se sei stato/a adottato/a**, a che età circa?

anni      mesi

**Se sei stato/a adottato/a**, qual è il tuo paese/continente d'origine?

- <sub>1</sub> Svizzera o Europa Occidentale  
 <sub>2</sub> Europa dell'Est  
 <sub>3</sub> Turchia, Balcani  
 <sub>4</sub> Vicino Oriente, Maghreb  
 <sub>5</sub> Resto dell'Africa  
 <sub>6</sub> America del Sud / America Centrale  
 <sub>7</sub> Asia  
 <sub>8</sub> altro paese

## 21 Qual è la situazione attuale dei tuoi genitori?

- <sub>1</sub> vivono assieme  
 <sub>2</sub> sono separati o divorziati  
 <sub>3</sub> tuo padre è deceduto  
 <sub>4</sub> tua madre è deceduta  
 <sub>5</sub> tuo padre e tua madre sono deceduti  
 <sub>6</sub> altra situazione, specificare \_\_\_\_\_

## 22 Qual è l'ultima formazione scolastica dei tuoi genitori (o del tuo patrigno, matrigna o compagno/a del genitore, con cui vivi la maggior parte del tempo)?

(una sola risposta per colonna)

	madre	padre
▪ non ha frequentato la scuola (né in Svizzera, né all'estero)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
▪ scuola dell'obbligo (o solo alcuni anni di scuola)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
▪ apprendistato o scuola professionale	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
▪ scuola commerciale o tecnica	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
▪ università o politecnico	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
▪ non lo sai	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

## 23 A volte può succedere di avere paura che si verifichino certi eventi. Ti succede di temere i seguenti eventi?

(una sola risposta per riga)	per niente	un po'	abbastanza	molto
▪ vedere i tuoi genitori divorziare o separarsi	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
▪ essere picchiato/a da uno dei tuoi genitori	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

## GLI INCIDENTI E LE FERITE...

24 Durante gli ultimi 12 mesi, hai avuto un incidente che ha richiesto delle cure (infermiera, medico, ecc.)?

**si**

no

1

0

**Se sì,** *iscrivere il numero per ogni tipo di incidente/i:*

1   incidente/i della circolazione  
(pedone, bicicletta, scooter, skateboard, auto, ecc.)



come pedone

come ciclista

come passeggero di un veicolo a motore

come conducente di un veicolo a motore

2   infortunio/i a scuola (escluso lo sport)

3   infortunio/i sul lavoro

4   infortunio/i sportivo

5   infortunio/i a casa

6   infortunio/i durante il tempo libero, escluso lo sport

7   altro

**Se hai avuto uno o più incidenti durante gli ultimi 12 mesi,** hanno comportato gravi conseguenze?

si no

▪ conseguenze fisiche (non puoi più fare alcune attività della vita quotidiana, o non puoi più farle senza aiuto)

1  0

▪ conseguenze psicologiche (cambiamento nel tuo modo d'essere, paure, problemi di concentrazione, ecc.)

1  0

25 Durante gli ultimi 30 giorni, hai guidato una bicicletta?

	<b>sì</b>	no		
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
<b>Se sì</b> , hai portato il casco?	sempre	quasi sempre	a volte	mai
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

26 Durante gli ultimi 30 giorni, hai guidato un motorino o uno scooter?

	<b>sì</b>	no		
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
<b>Se sì</b> , hai portato il casco?	sempre	quasi sempre	a volte	mai
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

27 Durante gli ultimi 30 giorni, hai guidato una moto di 125 cm<sup>3</sup> o più?

	<b>sì</b>	no		
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
<b>Se sì</b> , hai portato il casco?	sempre	quasi sempre	a volte	mai
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

28 Durante gli ultimi 30 giorni, quante volte hai allacciato la cintura di sicurezza quando eri passeggero/a su un'automobile (seduto/a davanti o dietro)?

sempre	quasi sempre	a volte	mai
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

29 Durante gli ultimi 30 giorni, hai guidato un'automobile?

	<b>sì</b>	no		
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
<b>Se sì</b> , hai allacciato la cintura di sicurezza?	sempre	quasi sempre	a volte	mai
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

30 Durante gli ultimi 12 mesi, quante volte hai guidato un veicolo (bicicletta, motorino, moto, automobile) dopo aver consumato una discreta quantità di alcol (e quindi essendo un po' ubriaco/a)?

mai	1 o 2 volte	diverse volte	molto spesso
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

## LA VIOLENZA ...

31 Durante gli ultimi 12 mesi, sei stato/a

(una sola risposta per riga)

	mai	una volta	qualche volta	spesso
▪ vittima di un furto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ vittima del racket (banda)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ vittima di violenze fisiche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**32 Durante gli ultimi 12 mesi, è successo che gli/le altri/le**

<i>(una sola risposta per riga)</i>	mai	1-2 volte	circa 1 volta alla settimana	più spesso
▪ si sono presi/e gioco di te o ti hanno insultato/a?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ti hanno aggredito/a fisicamente o ti hanno maltrattato/a?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ti hanno escluso/a apposta o ti hanno impedito di partecipare?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**33 Ecco un elenco di cose che sono proibite, ma che a volte succedono lo stesso. Tu cosa hai fatto durante gli ultimi 12 mesi?**

<i>(una sola risposta per riga)</i>	mai	1-2 volte	3 volte o più
▪ distrutto volontariamente qualcosa che non ti apparteneva (cabina telefonica, lampione, automobile, barriera, poltrona del cinema, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ rubato o preso qualcosa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ assalito un adulto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ appiccato fuoco a qualcosa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ strappato o rubato la borsa, il portamonete o il natel di qualcuno	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ portato un'arma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**Se sì**, quale/i arma/i?

- 1  coltello (a serramanico, stiletto)  
 2  mazza  
 3  tirapugni  
 4  pistola o altra arma da fuoco  
 5  spray (al pepe o altro)  
 6  altro, specificare \_\_\_\_\_

▪ usato un'arma durante una rissa

mai 1-2 volte 3 volte o più  
 1  2  3

**Se sì**, quali?

- 1  coltello (a serramanico, stiletto)  
 2  mazza  
 3  tirapugni  
 4  pistola o altra arma da fuoco  
 5  spray (al pepe o altro)  
 6  altro, specificare \_\_\_\_\_

▪ venduto droghe (canapa compresa)

mai 1-2 volte 3 volte o più  
 1  2  3

## I PROBLEMI DI SALUTE ...

### 34 Durante gli ultimi 12 mesi, a scuola o al lavoro, ti è successo di

<i>(una sola risposta per riga)</i>	mai o quasi mai	ca. 1 volta al mese	ca. 1 volta alla settimana	tutti i giorni o quasi
▪ non andare ai corsi (bigiare) o al lavoro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ essere assente per malattia o malessere temporaneo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ essere assente per altre ragioni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

### 35 Nella vita, capita di attraversare dei momenti difficili. Attualmente, è il caso per te?

<i>(una sola risposta per riga)</i>	completa- mente d'accordo	abbastanza d'accordo	non molto d'accordo	per niente d'accordo
▪ mi sento spesso depresso/a, senza sapere perché	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ a momenti, penso che tutto è talmente deprimente che non ho voglia di niente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ a momenti, penso che non ho niente di cui possa rallegrarmi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ a momenti, sono talmente depresso/a che resterei a letto tutto il giorno	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ sono spesso triste, senza trovare una ragione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ritengo che la mia vita sia abbastanza triste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ in questi ultimi tempi, ho pensato molto alla morte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ a momenti, penso che la mia vita non valga la pena di essere vissuta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

### 36 Durante gli ultimi 12 mesi, hai avuto problemi di

<i>(una sola risposta per riga)</i>	mai	raramente	abbastanza spesso	molto spesso
▪ vista	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ udito	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ acne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ eczema (allergia della pelle)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ vie respiratorie (asma, raffreddore del fieno e altro)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ dolori alle ossa, ai muscoli e alle articolazioni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

### 37 Durante gli ultimi 12 mesi, hai avuto problemi di

<i>(una sola risposta per riga)</i>	mai	raramente	abbastanza spesso	molto spesso
▪ schiena	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ peso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ mal di testa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ mal di pancia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ dolori alle gambe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ disturbi del sonno	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ginecologia (per le ragazze)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ malesseri e svenimenti (ipotensione, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

38 Di solito, quando hai problemi, ne parli con la tua famiglia, i tuoi amici o amiche o altri adulti (insegnanti, docenti-mediatori, ecc.)?

(più risposte possibili per riga)	ne parli con					
	la tua famiglia	altri adulti vicini	i tuoi/le amici/che	il/la tuo/a ragazzo/a	altri adulti nell'ambito scolastico o professionale	non ne parli
▪ problemi di salute	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ problemi scolastici e/o professionali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ problemi psicologici (giù di morale, angoscia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

39 Sei affetto/a da un handicap fisico, ossia da una lesione che tocca l'integrità del tuo corpo e, in un modo o nell'altro, ne limita il funzionamento?

	sì		no	
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Se sì</b> il tuo handicap è dovuto a	una malattia	un incidente	un problema di nascita	
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
			sì	no
▪ questo handicap ti impedisce di fare le stesse attività (tipo e/o quantità di attività) degli altri giovani?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ questo handicap richiede una dieta speciale, un'apparecchiatura o l'aiuto di altre persone per compiere le attività della vita quotidiana?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ questo handicap comporta cure o trattamenti speciali o più frequenti che per gli altri giovani?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

40 Sei affetto/a da una malattia cronica, ossia da una malattia di lunga durata (almeno 6 mesi), che può richiedere cure regolari (esempio: diabete, scoliosi, ecc.)?

	sì		no	
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Se sì</b>				
▪ questa malattia ti impedisce di fare le stesse attività (tipo e/o quantità di attività) degli altri giovani?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ questa malattia richiede una dieta speciale, un'apparecchiatura o l'aiuto di altre persone per compiere le attività della vita quotidiana?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ questa malattia comporta cure o trattamenti speciali o più frequenti che per gli altri giovani?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

41 Attualmente, per quanto riguarda la stanchezza e il sonno

(una sola risposta per riga)	abbastanza			
	mai	raramente	spesso	molto spesso
▪ hai l'impressione di essere stanco/a o ti viene da dormire durante la giornata	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ hai difficoltà ad addormentarti la sera	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ti svegli di notte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ hai il sonno agitato (compresi gli incubi)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**42 Dal lunedì al venerdì, a che ora vai a dormire di solito?**

verso le   ore e   minuti

**43 Dal lunedì al venerdì, a che ora ti alzi di solito?**

verso le   ore e   minuti

**44 Come stimi la tua quantità di sonno durante gli ultimi 30 giorni?**

insufficiente      adeguata      eccessiva  
 1                       2                       3

**45 Ecco un elenco di problemi incontrati da giovani della tua età. Puoi indicare per quali avresti bisogno, in questo momento, di un aiuto?**

	sì	no
▪ problemi legati all'alimentazione	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi legati alla scuola o al lavoro	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ nervosismo, tensione, stress	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ tristezza, giù di morale	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ disturbi del sonno	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi legati al consumo di tabacco	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi legati al consumo di alcol	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi legati alla droga	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi legati alla vita sentimentale	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi legati alla sessualità e alla contraccezione	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi legati allo sport	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ difficoltà nel farti degli amici, delle amiche	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ difficoltà con i genitori	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi legati al futuro professionale	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

**46 Durante gli ultimi 12 mesi**

	sì	no
▪ hai pensato al suicidio	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ ci sono stati momenti in cui avresti voluto suicidarti	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ ti saresti suicidato/a se ne avessi avuto l'occasione	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ hai pensato al metodo che avresti potuto utilizzare per suicidarti	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ hai tentato il suicidio	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

47 Durante la tua vita, hai tentato il suicidio?

**sì**       no  
 <sub>1</sub>       <sub>0</sub>

**Se sì**, quante volte  volte

**Se hai tentato il suicidio durante gli ultimi 12 mesi**, la cerchia dei tuoi conoscenti ne è al corrente?

*(Se ci sono stati più episodi, rispondi per l'ultimo tentativo)*

**sì**       no  
 <sub>1</sub>       <sub>0</sub>

**Se sì**, chi?

*(più risposte possibili)*

<sub>1</sub> genitori  
 <sub>2</sub> compagno/i o compagna/e  
 <sub>3</sub> il tuo ragazzo / la tua ragazza  
 <sub>4</sub> fratelli/sorelle  
 <sub>5</sub> educatore/trice di foyer  
 <sub>6</sub> insegnante/i  
 <sub>7</sub> altra/e persona/e, specificare  
 \_\_\_\_\_

## LE CONSULTAZIONI E LE OSPEDALIZZAZIONI...

48 Durante gli ultimi 12 mesi, sei stato/a in consultazione presso

*(una sola risposta per riga)*

	mai	1 - 2 volte	più spesso
▪ un medico generalista	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
▪ un/a ginecologo/a	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
▪ un altro medico specialista	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
▪ un centro di pianificazione familiare	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
▪ un/a assistente sociale	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
▪ uno/a psicologo/a o uno/a psichiatra	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

49 **Durante gli ultimi 12 mesi, sei stato/a ospedalizzato/a (almeno una notte passata all'ospedale o al pronto soccorso)?**

	<b>sì</b>	no
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<p><b>Se sì</b>, quante volte <input type="text"/> volte</p> <p><b>Se sì</b>, per quale/i ragione/i sei stato/a ospedalizzato/a durante gli ultimi 12 mesi? (più risposte possibili)</p>		
	sì	no
▪ incidente/i o conseguenze d'incidente/i	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi ginecologici (per le ragazze)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ malattia cronica (malattia di lunga durata, almeno di 6 mesi e che può richiedere cure regolari (es. diabete, scoliosi, ecc.))	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ tentativo di suicidio	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ altro, specificare _____	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

50 **Durante gli ultimi 12 mesi, chi hai consultato per ognuno dei seguenti problemi?**

	medico	psicologo/a	altri professionisti	telefono amico	nessuno
(più risposte possibili per riga)					
▪ stanchezza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ disturbi del sonno	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ comportamenti alimentari (anoressia, bulimia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ problemi ginecologici, controlli di gravidanza (per le ragazze)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ malattie trasmissibili sessualmente, test HIV compreso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ contraccezione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ tentativo di suicidio o conseguenze del tentativo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ problemi legati al tabacco	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ problemi legati all'alcol o alla droga	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ nervosismo, depressione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ malattia cronica o handicap	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> non hai avuto questi problemi					

51 **Durante gli ultimi 12 mesi, hai preso medicine?**

**Ho preso medicine prescritte da un medico**

*(una sola risposta per riga)*

	mai	raramente	2-3 volte al mese	2-3 volte alla settimana	tutti i giorni
▪ medicine contro la stanchezza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ medicine per dormire meglio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ medicine contro il nervosismo e l'angoscia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ medicine contro il dolore	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ medicine contro la stitichezza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ medicine che fanno passare la fame	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ medicine contro l'acne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ rimedi (omeopatia, tisane, estratti di piante, vitamine, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**Ho preso medicine non prescritte da un medico (di mia iniziativa)**

*(una sola risposta per riga)*

	mai	raramente	2-3 volte al mese	2-3 volte alla settimana	tutti i giorni
▪ medicine contro la stanchezza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ medicine per dormire meglio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ medicine contro il nervosismo e l'angoscia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ medicine contro il dolore	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ medicine contro la stitichezza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ medicine che fanno passare la fame	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ medicine contro l'acne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ rimedi (omeopatia, tisane, estratti di piante, vitamine, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

## IL TUO CORPO...

52 **Attualmente, cosa pensi del tuo corpo?**

	completamente d'accordo	abbastanza d'accordo	non molto d'accordo	per niente d'accordo
▪ sono soddisfatto/a del mio aspetto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ vorrei cambiare una o due cose del mio corpo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ vorrei cambiare molte cose del mio corpo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

53 **Alcuni giovani "decorano" il loro corpo in diversi modi; tu hai**

	neanche uno	sì, uno solo	sì, diversi
▪ un piercing (escluso quello nelle orecchie)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ un tatuaggio permanente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

54 Quanto sei alto/a?



cm

55 Quanto pesi?



kg

56 Attualmente, ti senti

troppo magro/a	un po' troppo magro/a	bene	un po' troppo grasso/a	troppo grasso/a
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

57 Vorresti modificare il tuo peso?

(una sola risposta per riga)

- 1  **sì**, vorrei dimagrire ma non è la mia preoccupazione principale
- 2  **sì**, vorrei dimagrire e ci penso sempre
- 3  **sì**, vorrei aumentare di peso ma non è la mia preoccupazione principale
- 4  **sì**, vorrei aumentare di peso e ci penso sempre
- 5  no

Se **sì**, cosa fai per modificare il tuo peso?

(più risposte possibili)

- 1  non fai niente (non riesci a deciderti)
- 2  fai sport e esercizio fisico
- 3  segui una dieta
- 4  prendi tisane, rimedi omeopatici o cure naturali
- 5  prendi medicine

58 Da alcuni mesi, ti succede

(una sola risposta per riga)

	mai	una volta alla settimana	da una a diverse volte alla settimana	tutti i giorni
▪ di avere paura d'ingrassare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ di sentirti "brutto/a" quando hai mangiato troppo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ di pensare spesso al cibo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ di gradire la sensazione di avere la pancia vuota	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ di mangiare molto e di avere difficoltà a fermarti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ di provocarti il vomito	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

59 Hai già seguito una o più diete dimagranti?

sì  no  
 <sub>1</sub>  <sub>2</sub>

Se sì, a che età hai seguito la tua prima dieta?      verso   anni

## L'AMORE E LA SESSUALITÀ...

60 Attualmente, hai il ragazzo o la ragazza?

sì  no  
 <sub>1</sub>  <sub>0</sub>

Se sì, quanti anni ha?        anni

da quanto tempo esci con lui/lei?      meno di un mese      1-3 mesi      4-6 mesi      6-12 mesi      più di un anno  
 <sub>1</sub>       <sub>2</sub>       <sub>3</sub>       <sub>4</sub>       <sub>5</sub>

come consideri la vostra relazione?      eccellente      buona      media      pessima  
 <sub>1</sub>       <sub>2</sub>       <sub>3</sub>       <sub>4</sub>

61 I temi legati alla sessualità (educazione sessuale compresa) sono stati trattati nel corso della tua carriera scolastica?

sì  no  
 <sub>1</sub>  <sub>0</sub>

62 Se pensi all'età in cui è cominciata la tua pubertà: rispetto agli altri giovani della tua età, diresti che eri

molto in anticipo rispetto a loro      abbastanza in anticipo rispetto a loro      come loro      abbastanza in ritardo rispetto a loro      molto in ritardo rispetto a loro  
 <sub>1</sub>       <sub>2</sub>       <sub>3</sub>       <sub>4</sub>       <sub>5</sub>

63 **PER LE RAGAZZE**

A che età hai avuto le tue prime mestruazioni?

verso   anni

non ho ancora avuto le mestruazioni

#### 64 PER LE RAGAZZE

**Durante gli ultimi 12 mesi, come sono avvenute le tue mestruazioni?**

*(una risposta per riga)*

	mai	a volte	quasi sempre
▪ ti senti bene e fai delle attività normali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ hai mal di pancia o mal di schiena	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ ti fanno male i seni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vomiti o hai problemi intestinali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ ti senti debole e stanca	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ sveni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ sei di cattivo umore o hai sbalzi d'umore	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ ti senti depressa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ devi rimanere a casa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ limiti le tue attività sportive	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ ti senti limitata nelle tue attività sociali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ ti senti limitata nelle tue attività scolastiche e/o professionali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ prendi medicine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ vai dal medico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ hai altri problemi, descrivere	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

#### 65 PER TUTTI

**Hai già avuto uno o più rapporti sessuali completi (con penetrazione)?**

1  sì, una volta sola

2  sì, diverse volte

3  **no**, mai

→ **Se no**, passa alla domanda 72

**66 Quanti anni avevi la prima volta?**

anni

**67 Complessivamente quanti/e partner sessuali hai già avuto fino ad oggi?**

partner

**68 Quali metodi contraccettivi o di protezione contro le malattie trasmissibili sessualmente avete utilizzato, tu e il/la tuo/tua partner attuale?**

*(Se hai avuto un solo rapporto sessuale, rispondi unicamente alla prima colonna)*

	al <u>primo</u> rapporto sessuale		all' <u>ultimo</u> rapporto sessuale	
	sì	no	sì	no
▪ pillola contraccettiva	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ pillola del giorno dopo / pillola post-coitale	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ preservativo maschile	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ spermicidi (creme, ovuli, spugna o tampone spermicida)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ diaframma	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ coito interrotto ("fare attenzione", "marcia indietro")	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ calcolo dei probabili giorni fecondi (calcolo dei giorni)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ preservativo femminile (Femidom)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ spirale	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ iniezione o impianto	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ altro, specificare _____	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ nessun metodo	1 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	

attualmente non hai partner

**69 Hai utilizzato un preservativo durante il tuo ultimo rapporto sessuale?**

sì      no  
1       0

**70 PER LE RAGAZZE**  
**Sei già rimasta incinta?**

↓ **sì**      no  
1       0

**Se sì:**

- 1  hai proseguito la gravidanza  
2  hai avuto un aborto spontaneo  
3  hai fatto un'interruzione della gravidanza

**71 PER I RAGAZZI**

**Una delle tue partner è rimasta incinta in seguito a un rapporto sessuale con te?**

↓ **sì**      no      non lo sai  
1       0       2

**Se sì:**

- 1  ha proseguito la gravidanza  
2  ha avuto un aborto spontaneo  
3  ha fatto un'interruzione della gravidanza  
4  non lo sai

**72 PER TUTTI**

Quale delle seguenti affermazioni descrive meglio quello che provi?

- <sub>1</sub> sono attratto/a solamente da persone del sesso opposto e immagino che avrò relazioni sessuali unicamente con persone del sesso opposto
- <sub>2</sub> sono fortemente attratto/a da persone del sesso opposto e immagino che avrò la maggior parte delle mie esperienze sessuali con persone del sesso opposto
- <sub>3</sub> sono attratto/a sia da uomini che da donne e vorrei avere relazioni sessuali con entrambi
- <sub>4</sub> sono fortemente attratto/a da persone del mio stesso sesso e immagino che la maggior parte delle mie esperienze sessuali si realizzeranno con persone del mio stesso sesso
- <sub>5</sub> sono attratto/a solamente da persone del mio stesso sesso e immagino che avrò relazioni sessuali unicamente con persone del mio stesso sesso

**73 Hai già avuto relazioni sessuali in cambio di denaro o di droga?**

sì                      no  
<sub>1</sub>                      <sub>0</sub>

**74 Hai già subito un'aggressione sessuale o un abuso sessuale?**

*Un'aggressione sessuale o un abuso sessuale si verifica quando qualcuno della tua famiglia o un'altra persona ti tocca dove non vorresti, oppure quando ti fa qualcosa in relazione alla tua sessualità che non dovrebbe fare.*

**sì**                      no  
<sub>1</sub>                      <sub>0</sub>

**Se sì:**

Ne hai parlato con qualcuno?

sì                      no  
<sub>1</sub>                      <sub>0</sub>

La prima volta che è successo, quanti anni avevi?

- <sub>1</sub> meno di 6 anni
- <sub>2</sub> tra 6 e 8 anni
- <sub>3</sub> tra 8 e 12 anni
- <sub>4</sub> tra 12 e 14 anni
- <sub>5</sub> tra 14 e 16 anni
- <sub>6</sub> tra 16 e 20 anni
- <sub>7</sub> non mi ricordo

## IL TABACCO E L'ALCOL...

### 75 Attualmente fumi sigarette?

- mai  
 ho smesso di fumare da   mesi  
 non regolarmente   sigarette alla settimana  
 regolarmente   sigarette al giorno

#### SE FUMI REGOLARMENTE

A quanti anni hai cominciato a fumare regolarmente?

a   anni

Quanto tempo dopo il risveglio fumi la tua prima sigaretta?

ore   minuti

### 76 Ti capita di bere alcol?

	mai	qualche volta	1 volta alla settimana	diverse volte alla settimana	tutti i giorni	diverse volte al giorno
▪ vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ birra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ superalcolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ cocktail alcolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ alcopops (gazzosa con alcol, hooch, Smirnoff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 77 Durante gli ultimi 12 mesi, quante volte ti è capitato di bere 5 o più bibite alcoliche durante una stessa circostanza?

Una bibita alcolica è, per es. 1 birra, 1 bicchiere di vino, 1 "dose" di superalcolico (puro o diluito), 1 aperitivo

mai       meno di una volta al mese       1 o qualche volta al mese       una volta alla settimana       ogni giorno o quasi tutti i giorni

### 78 Hai già preso una sbronza? (= essere veramente ubriaco/a)

sì  no

Se sì (una sola risposta per riga)	mai	1-2 volte	3-9 volte	10 volte o più
▪ nel corso della tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ durante gli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ durante gli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 79 Hai già avuto un problema dopo aver bevuto alcol?

	sì	no
<b>Problemi individuali</b>		
▪ diminuzione del rendimento a scuola, comprese le assenze da scuola o dal lavoro	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ oggetti o abiti rovinati	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ valori persi (denaro, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ incidenti, ferite	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Problemi relazionali</b>		
▪ lite, rissa	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi relazionali con amici/amiche	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi relazionali con i tuoi genitori	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi relazionali con i/le tuoi/tue insegnanti	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi relazionali con i/le colleghi/e	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Rapporti sessuali</b>		
▪ rapporto sessuale non voluto	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ rapporto sessuale non protetto	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi di erezione (il pene non diventa duro)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

## LE DROGHE...

### 80 Nel corso della tua vita, hai già consumato una delle seguenti sostanze?

<i>Se sì, indica quanti anni avevi <u>la prima volta</u> che ne hai preso.</i>	no	sì	la prima volta a
▪ canapa (o marijuana, hascisc, erba)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> anni
▪ prodotti da inalare (colle, solventi)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> anni
▪ medicine per drogarsi	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> anni
▪ mop	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> anni
▪ ecstasy, thai, speed, designer drugs, altri stimolanti	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> anni
▪ LSD (trip), funghi allucinogeni	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> anni
▪ GHB (salty water, ecstasy liquida)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> anni
▪ cocaina, crack	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> anni
▪ eroina	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> anni
▪ tranquillanti senza ricetta	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> anni
▪ metadone	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> anni
▪ altro, quale _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> anni

**81 Durante gli ultimi 30 giorni, ti è capitato di consumare una delle seguenti sostanze?**

	mai	1-2 volte	3-9 volte	più spesso	tutti i giorni
▪ canapa (o marijuana, hascisc, erba)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ prodotti da inalare (colle, solventi)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ medicine per drogarsi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ mop	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ ecstasy, thai, speed, designer drugs, altri stimolanti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ LSD (trip), funghi allucinogeni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ GHB (salty water, ecstasy liquida)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ cocaina, crack	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ eroina	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ tranquillanti senza ricetta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ metadone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ altro, quale _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**82 Ti sei già iniettato/a della droga?**

si      no  
1       0

**83 Hai già avuto un problema dopo aver fatto uso di droga?**

	si	no
<b>Problemi individuali</b>		
▪ diminuzione del rendimento a scuola, comprese le assenze da scuola o dal lavoro	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ oggetti o abiti rovinati	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ valori persi (denaro, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ incidenti, ferite	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Problemi relazionali</b>		
▪ lite, rissa	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi relazionali con amici/amiche	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi relazionali con i tuoi genitori	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi relazionali con i/le tuoi/tue insegnanti	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ problemi relazionali con i/le colleghi/e	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Rapporti sessuali</b>		
▪ rapporto sessuale non voluto	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ rapporto sessuale non protetto	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

...

#### 84 Ecco le opinioni di alcuni giovani a proposito dei loro genitori. Com'è la tua situazione?

<i>(una sola risposta per riga)</i>	completamente d'accordo	abbastanza d'accordo	non molto d'accordo	per niente d'accordo
▪ i miei genitori mi accettano come sono	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ racconto spesso le mie difficoltà e i miei problemi ai miei genitori	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ i miei genitori mi capiscono	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ho fiducia nei miei genitori	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ i miei genitori notano quando sono triste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ i miei genitori hanno fiducia in me	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

#### 85 Alla ricerca di sensazioni ...

<i>(una sola risposta per riga)</i>	completamente d'accordo	abbastanza d'accordo	non molto d'accordo	per niente d'accordo
▪ ogni tanto ho bisogno di lasciarmi andare senza alcun ritegno	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ cerco spesso situazioni nelle quali posso dare il massimo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ mi spingo spesso fino ai limiti delle mie possibilità fisiche e psichiche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ gli sport pericolosi mi procurano molto piacere	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ le situazioni pericolose mi attirano molto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

## IL RUMORE ...

- 86 **Durante gli ultimi 12 mesi**, hai già sofferto di rumori fastidiosi all'orecchio (es.: fischi, ronzii, tintinnii) o hai avuto un'impressione di sordità (come ovatta nelle orecchie) subito dopo essere stato/a in un luogo molto rumoroso (es.: concerto, discoteca, rumore al lavoro, walkman, ecc.)?

**si**      no  
<sub>1</sub>      <sub>0</sub>

**Se sì**, dopo quanto tempo questi rumori fastidiosi o questa impressione di sordità sono spariti?

dopo 24 ore o meno      dopo una settimana      sono sempre presenti  
<sub>1</sub>      <sub>2</sub>      <sub>3</sub>

**Se sì**, l'ultima volta che hai sofferto di questi problemi, in quale situazione è successo?

*(più risposte possibili)*

- <sub>1</sub> concerto rock o pop  
<sub>2</sub> rave party  
<sub>3</sub> discoteca, bar  
<sub>4</sub> evento sportivo (es.: tiro, go-kart)  
<sub>5</sub> walkman  
<sub>6</sub> fuochi d'artificio, petardi  
<sub>7</sub> posto di lavoro  
<sub>8</sub> altro, specificare

## INTERNET...

- 87 **Durante gli ultimi 30 giorni**, ti sei collegato/a a Internet?

**si**      no  
<sub>1</sub>      <sub>0</sub>

**Se sì**, durante gli ultimi 30 giorni, con quale frequenza ti sei collegato/a a Internet?

*(una sola risposta)*

- <sub>1</sub> tutti i giorni  
<sub>2</sub> diversi giorni alla settimana  
<sub>3</sub> un giorno alla settimana  
<sub>4</sub> meno di un giorno alla settimana

I giorni in cui ti colleghi, quanto tempo passi in Internet (in media)?

- <sub>1</sub> meno di 30 minuti  
<sub>2</sub> circa 1 ora  
<sub>3</sub> circa 2 ore  
<sub>4</sub> più di 2 ore

**88 Durante gli ultimi 30 giorni, per quali temi hai consultato Internet?**

*(più risposte possibili)*

	sì	no
▪ salute, sessualità, medicina	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ sport	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ tempo libero	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ star del cinema o personaggi conosciuti	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ pornografia	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ informazioni relative a compiti scolastici	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ altro, specificare _____	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

**89 Su Internet, ti sei già trovato/a davanti, senza averlo cercato**

	sì	no
▪ a pornografia	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ a contenuti razzisti	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ a contenuti che incitano alla violenza o all'odio	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ altro, specificare _____	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

## I TUOI PROGETTI E I TUOI AMICI, LE TUE AMICHE ...

**90 Sai già che mestiere vuoi fare più tardi?**

	sì	no, non ancora
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

**Se sì, quale?** \_\_\_\_\_

**91 Hai un amico o un'amica con il/la quale puoi discutere ogni tanto?**

sì  
1       no  
0

**92 Ecco l'opinione di alcuni giovani sui/sulle loro amici/che. Com'è la tua situazione?**

<i>(una sola risposta per riga)</i>	completamente d'accordo	abbastanza d'accordo	non molto d'accordo	per niente d'accordo
▪ ho fiducia nei/nelle miei/mie amici/che	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ i/le miei/mie amici/che mi accettano come sono	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ parlo dei miei problemi ai/alle miei/mie amici/che	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ i/le miei/mie amici/che notano quando sono triste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>







# Ultime pubblicazioni

Disponibile su [www.hospvd.ch/iumsp/](http://www.hospvd.ch/iumsp/)

- N° 92 *Bovet P, Gustafsson S, Ortegren J, Madeleine G, Viswanathan B.* Prevalence of self-reported risk behaviors related to non-communicable diseases among Seychellois aged 15 years and relationships with personal and other characteristics. Lausanne: IUMSP, 2003.
- N° 93 *Samitca S, Huissoud T, Dubois-Arber F.* Evaluation du projet de l'OMSV 'Prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées'. Lausanne : IUMSP, 2003.
- N° 94 *Balthasar H, Jeannin A, Benninghoff F, Spencer B.* Demandes d'interruption volontaire de grossesse dans le canton de Vaud : Analyse des données 2002. Lausanne : IUMSP, 2004.
- N° 95a *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA.* Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : IUMSP, 2004.
- N° 95b *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA.* Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : IUMSP, 2004.
- N° 95c *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA.* Salute e stili di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni in Svizzera (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : IUMSP, 2004.

**Service d'édition et de diffusion - SED  
Hospices / CHUV**

Département universitaire de médecine  
et santé communautaires DUMSC  
44, rue du Bugnon, CH - 1011 Lausanne  
Téléphone ■ ■ 41 21 314 70 07  
Téléfax ■ ■ 41 21 314 48 87  
e-mail [claudemuhlemann@hospvd.ch](mailto:claudemuhlemann@hospvd.ch)





Bulletin de commande à

**Service d'édition et de diffusion - SED**

**Hospices cantonaux**

Département universitaire de médecine et santé communautaire

DUMSC

21, rue du Bugnon, CH - 1005 Lausanne

Téléphone 0041 21 314 70 07

Fax 0041 21 314 70 11

E-mail [claude.muhlemann@hospvd.ch](mailto:claude.muhlemann@hospvd.ch)

**Je désire recevoir**

	n°	_____
<b>Auteurs</b>	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
<b>Titre</b>	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	Nombre d'exemplaires	_____
	n°	_____
<b>Auteurs</b>	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
<b>Titre</b>	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	Nombre d'exemplaires	_____
	n°	_____
<b>Auteurs</b>	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
<b>Titre</b>	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	Nombre d'exemplaires	_____

**A l'adresse suivante**

**Nom et prénom** \_\_\_\_\_

**Institution** \_\_\_\_\_

**Rue** \_\_\_\_\_

**NPA/Ville** \_\_\_\_\_

**Téléphone/téléfax** \_\_\_\_\_





