IRE ISTITUTO NAZIONALE TUMORI REGINA ELENA

ISG ISTITUTO DERMATOLOGICO SAN GALLICANO

ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

GIOVANI E SALUTE

Un'indagine in tema di prevenzione, stili di vita e rapporto con il servizio sanitario nei giovani dell'area metropolitana di Roma

ROMA TRE UNIVERSITÀ DEGLI STUDI

SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA

CReS TELPO

Progetto pilota Giovani e Salute

Responsabile del progetto:
Francesco Vaia, Direttore sanitario di presidio dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e Istituto Dermatologico San Gallicano di Roma

Ricerca:
Barbara Morsello, coordinamento scientifico
Chiara Cilona, progettazione
Maria Angela Citarella, collaboratore di ricerca

Hanno collaborato alla realizzazione del progetto:
Gabriele Cavaggioni, sportello di Counseling 'Fatti vivo!', Dipartimento di Neuroscienze, 'Sapienza' – Policlinico Umberto I
Antonio Cocozza, Direttore del centro di ricerca Cres – Ielpo
Cecilia Costa, Dipartimento di Scienze della Formazione, Università degli studi Roma Tre

Editing report 'Giovani e Salute':
Francesco Vaia
Barbara Morsello
Chiara Cilona
Maria Angela Citarella

Il Progetto pilota Giovani e Salute è stato finanziato dagli IFO, Direttore Generale Dott. Francesco Ripa di Meana, grazie ai fondi di finanziamento Overhead della Direzione Scientifica Istituto Regina Elena, Direttore Prof. Gennaro Ciliberto, e della Direzione Scientifica Istituto San Gallicano, Direttore Prof. Aldo Morrone.

ISG IRE

Indice

Introduzione 7

1. Premesse **11**

2. Scenario **15**

3. La ricerca **25**

3.1 Metodologia **25**

3.2 Campione **29**

4. Analisi dei dati **37**

4.1 Prevenzione **41**

4.2 Consapevolezza **47**

5. Discussione e prospettive future **59**

Postfazione **63**

Bibliografia **65**

Introduzione

di Francesco Vaia

Gli stili di vita, le abitudini quotidiane, le scelte di prevenzione e le diverse espressioni di cura rappresentano un importante indicatore della qualità di vita delle persone e della salute della collettività.

Saper cogliere, in particolare, le scelte dei giovani sulla cura della propria salute e i rispettivi stili di vita rappresenta un impegno delle istituzioni deputate a erogare prestazioni sanitarie eccellenti in termini di assistenza, ricerca e informazione.

Un sistema paese che intende guardare al futuro, affrontando le sfide di una società post-moderna che investe sulle future generazioni, è chiamato a contrastare derive culturali e abitudinarie in cui prevalgono fattori di rischio per la salute e la longevità dei suoi cittadini.

Recenti ricerche rivelano nei comportamenti adolescenziali alcuni stili di vita che profilano espliciti fattori di rischio per il benessere, come la sedentarietà e lo scarso tempo trascorso all'aria aperta, il fumo precoce e il consumo diffuso di bevande alcoliche, un'alimentazione non propriamente salutare con scarso consumo di pesce, frutta e verdura.

L'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e l'Istituto Dermatologico San Gallicano di Roma sono due realtà inclusive e vicine alla cittadinanza sia nell'erogazione dei servizi pubblici sia nella previsione di condizioni migliori di vita delle persone, che intendono sostenere un approccio basato sull'ascolto e sull'analisi dei bisogni dei cittadini, in particolare delle giovani generazioni in una fascia d'età in cui serve informazione e accompagnamento nelle scelte sanitarie. L'obiettivo della ricerca è stato comprendere nei giovani del territorio romano, frequentanti gli ultimi anni della scuola superiore, atteggiamenti e condotte che incidono come fattore di rischio nella

salute, per cogliere il livello di percezione e consapevolezza in merito agli stili di vita e alle abitudini quotidiane. Si è trattato di instaurare una partnership di collaborazione tra mondo sanitario e della ricerca, ambiente scolastico e realtà giovanile, avviando con gli adolescenti coinvolti un primo dialogo volto a favorire un'esperienza di riflessione intorno al tema della salute e della prevenzione tumorale.

Si sono voluti analizzare i comportamenti giovanili a rischio verso la presa in considerazione di atteggiamenti di prevenzione e promozione della salute.

I giovani sono un target che esige ascolto e sostegno in termini di coinvolgimento e partecipazione. L'incomprensione o l'omissione di attenzione e cura da parte della realtà familiare, e più in generale istituzionale, favorisce nella popolazione giovanile l'influenza di cattivi modelli o valutazioni scoraggianti verso se stessi e verso il proprio futuro.

Questa ricerca ha ritenuto fondamentale la dimensione di ascolto dei giovani adolescenti, rendendo questi ultimi protagonisti di una riflessione che ponesse al centro in maniera introspettiva le abitudini e gli stili di vita prevalenti, in un'ottica di prevenzione tumorale.

Un sistema paese innovatore che guarda al futuro è chiamato a sviluppare una formula educativa, ad opera delle agenzie formative e del mondo sanitario, che aiuti l'adolescente a: maturare un approccio riflessivo capace di discernere cosa è bene e cosa è negativo; agire pensando alle conseguenze delle proprie azioni; avere consapevolezza delle condotte quotidiane e delle ricadute sul proprio benessere psico-fisico; pensare al futuro in modo responsabile, rispettando se stessi e gli altri.

La buona salute migliora la qualità della vita, arricchisce la persona, rafforza le famiglie e la comunità.

Mi auguro, che questa ricerca pilota sia il primo tassello in un percorso d'intervento strategico dove ai giovani sia data l'opportunità di riflettere, di esprimersi, di agire criticamente per la propria salute, in un'ottica di prevenzione, per il benessere personale e sociale. L'età pre-adolescenziale e adolescenziale rappresenta una fase cruciale per lo sviluppo dell'individuo e costituisce un momento chiave nel quale poter intervenire efficacemente con adeguate politiche di promozione della salute. La sfida che si presenta è quella di avviare una cooperazione inter-istituzionale in cui si promuove la capacità riflessiva dei giovani nella percezione degli stili di vita, nella prevenzione primaria e nella consapevolezza delle proprie scelte.

1. Premesse

Il servizio sanitario nazionale ha subìto profonde modifiche nel corso degli anni in forza di interventi normativi in cui si sono succeduti processi di innovazione, evoluzione, crescita, caduta e rinascita che hanno cercato di razionalizzare e ottimizzare l'organizzazione sanitaria moderna per creare un servizio sanitario universale, solidale ed efficace. La tutela della salute, riconosciuta dalla Costituzione come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (articolo 32) rappresenta una conquista di civiltà in quanto bene indisponibile e inalienabile di cui tutti godono e a tutti concorrono[1].

Oggi, la promozione e la tutela della salute sono considerati ambiti essenziali, fondanti e costitutivi per qualsiasi società democratica contemporanea, rappresentando uno degli indicatori di sviluppo e qualità sociale che aiutano a comprendere il livello di benessere[2] ma anche di fiducia del cittadino verso il servizio sanitario del Paese. Più specificatamente, il concetto di salute si è modificato nel tempo per arrivare ad assumere un'accezione molto più ampia che associa una condizione di assenza di malattia e patologie ad uno stato di benessere "globale" della persona[3].

Nello scenario italiano si è assistito, nel corso degli anni, ad un'evoluzione concettuale e normativa che ha posto accanto alla "tutela della salute", intesa come diritto a ricevere le cure e le prestazioni sanitarie necessarie al mantenimento o recupero della benessere fisico e psichico, la "promozione della salute" quale *dovere del sistema paese* di creare le condizioni essenziali per il benessere dei cittadini e *dovere della persona* di sviluppare le capacità soggettive per affrontare decisioni inerenti la salute individuale.

Si tratta di orientare/ri-orientare gli *health services* del nostro sistema e, allo stesso tempo, implementare strategie affinché i cittadini riescano a fare proprie le conoscenze e le pratiche salienti in merito alla prevenzione dalle malattie più diffuse nel nostro Paese. L'Associazione Italiana di Oncologia Medica e l'Associazione italiana dei registri tumori in uno degli ultimi report

rivela che nel nostro Paese si è registrato un incremento della prevalenza di pazienti con patologie tumorali: erano 2 milioni e 244 mila nel 2006, sono aumentati sino a oltre 3 milioni nel 2017, nel 2020 saranno 4 milioni e mezzo[4].

Nel medesimo report si dichiara che nel nostro Paese verranno diagnosticati più di 365.000 nuovi casi di tumore maligno di cui circa 190.000 (54%) negli uomini e 175.000 (46%) nelle donne. Complessivamente in Italia ogni giorno circa 1.000 persone ricevono una nuova diagnosi di tumore maligno-infiltrante.

Nel Lazio si stimano per l'anno 2016 ben 16.000 nuovi casi di cancro tra donne e uomini.[5] In questo scenario la prevenzione, come sancito dalla WHO e dalla EU, assume una valenza strategia al fine di ridurre quantitativamente sia i decessi che il rischio di ammalarsi, favorendo il benessere di una cittadinanza più sana e consapevole ed abbattendo i costi dell'assistenza.

Le statistiche ad oggi disponibili sono coerenti nell'indicare che decine di migliaia di vite ogni anno possono essere salvate attraverso un continuo sviluppo e attuazione di strategie di prevenzione.

Come più recentemente sancito dal Ministero della Salute nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 è necessario innanzitutto "investire sul benessere dei giovani"[6] attraverso la promozione di pratiche di *empowerment* volte all'adozione di stili di vita sempre più coerenti con una visione olistica di salute, attraverso il miglioramento dei servizi e della *governance* dei servizi sanitari.

1 Politi F. (2011), Diritti sociali e dignità umana nella Costituzione repubblicana, Utet Giuridica, Torino; Occhipinti A. (2008), Tutela della vita e dignità umana, Utet Giuridica, Torino.

2 Il concetto di salute formulato nel 1948 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che è ancora oggi alla base della definizione ufficiale del termine, dispone che "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità".

3 World Health Organization (1997), Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century; World Health Organization (2008), The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever); OECD (2015), How's life? 2015. Measuring Well-being.

4 AIOM, AIRTUM (2016), I numeri del cancro in Italia, Pensiero scientifico Editore.

5 Buzzoni C., Crocetti E., AIRTUM Working Group, A simple approach for national and regional estimates of cancer incidence: the Italian experience. Submitted for publication.

6 Nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 del Ministero della Salute, emerge tra le priorità la seguente indicazione: "Investire sul benessere dei giovani. È una scelta dal forte contenuto formativo e di empowerment che intende, in un approccio il più possibile olistico, per quella che sarà la classe attiva (lavorativa e dirigente) nella società del prossimo futuro, promuovere una crescita responsabile e consapevole attraverso l'adozione di stili di vita sani e di comportamenti di rifiuto nei confronti di qualunque forma di dipendenza in una logica di ricerca di un benessere psicofisico e affettivo" (p. 8).

2. Scenario

La Carta di Ottawa, nel Congresso Internazionale sulla Promozione della salute, riunitosi il 21 novembre 1986, ha definito il concetto di promozione della salute come un processo che consente agli individui di agire direttamente sulla propria salute, compiendo scelte capaci di migliorarla.

Un efficace piano di promozione della salute non pone l'accento, esclusivamente, sull'adozione di modelli di vita più sani, ma valorizza le risorse sociali e personali degli individui, le loro capacità adattive e di scelta, nonché l'azione integrata delle istituzioni tenendo conto dei fattori economici, ambientali e biologici che incidono sul benessere complessivo.

La promozione della salute si realizza, dunque, mediante un piano strategico in cui ogni attore coinvolto, (decisori politici, operatori sanitari, agenzie di socializzazione, istituzioni e cittadini) è invitato ad operare con consapevolezza e responsabilità riconoscendo la tutela della salute come la scelta più vantaggiosa da perseguire.

Adottare una strategia che tuteli la salute in tutti i settori, non solo quelli sanitari, determina il coinvolgimento delle agenzie capaci di garantire formazione, informazione e consapevolezza sul tema, incrementando, conseguentemente, le capacità di analisi e di decisione dei soggetti.

La rivoluzione, in un certo senso, operativa ed interpretativa avviata dal Congresso, ha fatto sì che si sviluppasse un nuovo approccio verso la salute che ha, infatti, acquisito un'importanza maggiore nella programmazione politica dei governi traducendosi, per quanto riguarda l'Italia, nell'adozione del Piano Nazionale di Prevenzione (PNP).

Il primo Piano Nazionale della Prevenzione, adottato per il triennio 2005-2007[7] e poi prorogato sino al 2009, ha interpretato la prevenzione come una risorsa strategica del sistema sanitario valorizzata mediante l'attuazione di interventi, su tutto il territorio nazionale, organizzati attraverso una

suddivisione di funzioni. L'attribuzione decentrata delle funzioni operative ha tentato di rispondere alla sfida della *governance* attivando un processo di cooperazione fra gli organismi centrali, regionali e gli enti locali.

Nella fattispecie, il Ministero ha potenziato le capacità di coordinamento del Centro per il controllo delle malattie, le Regioni hanno mostrato un interesse strategico ad investire nel settore della Prevenzione pianificando linee operative comuni, e le Aziende Sanitarie hanno operato per ridurre, nel concreto, il peso delle malattie e delle disabilità. Non poche sono state le criticità emerse dall'adozione del Piano Nazionale di Prevenzione.

Si assiste ad una qualità della pianificazione e del monitoraggio degli interventi fortemente variabile fra le Regioni e le aree di intervento; ad una carenza di informazioni e dati utili per la progettazione e la valutazione. Si rileva, altresì, la mancanza di un approccio trasversale tra i Piani Regionali che sono stati, piuttosto, percepiti come verticali.

Il successivo Piano Nazionale della Prevenzione ha stipulato l'Intesa Stato-Regioni che va dal 2010 al 2013 e si caratterizza di elementi innovativi rispetto al precedente: oltre alle Regioni, anche il Ministero ha emanato un proprio Piano titolato "Documento operativo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Pnp"; sono state individuate quattro Macroaree (Medicina Predittiva, Prevenzione Universale, Prevenzione nella popolazione a rischio, Prevenzione nelle complicanze e recidive di malattia) verso le quali orientare gli interventi (le cosiddette Linee Guida, circa 22) ed, infine, la funzioni organizzative sono state classificate sulla base del modello di *governance* noto come *Stewardship*[8], introdotto dalla Carta di Tallin[9].

Il modello *Stewardship* consente di ripartire le responsabilità e gli obblighi tra il governo centrale e quello delle diverse Regioni in materia di salute formulando un confronto tecnico mediato dal Coordinamento della Prevenzione fra i diversi interventi posti in essere. Il Pnp 2010-2013 riconosce l'importanza della valutazione degli interventi mediante prove di efficacia teorica, monitoraggio e misurazione di impatto sugli *outcome*. È intuibile che i punti di forza del Piano 2010-2013 vadano ricercati, in larga misura, nella pianificazione partecipata in ogni Regione che ha dato avvio a percorsi di collaborazione con le istituzioni scolastiche, intessuto relazioni sinergiche e costruito reti territoriali organizzate e coordinate.

Sono circa 800 i progetti che hanno avuto come obiettivo il miglioramento, la valorizzazione, la promozione e la più ampia tutela della salute dei cittadini. Merito del Piano in esame è aver risposto positivamente alla sfida dell'intersettorialità e aver consentito a diversi professionisti del settore sanitario di affinare competenze e conoscenze consolidando, o perfezionando gli interventi in materia.

L'operatività inter-regionale, ha visto nelle Regioni dotate di un sistema consolidato di pianificazione sanitaria maturare azioni collaborative fra gli enti, sia pubblici che privati, con la consapevolezza di orientare interventi capaci di diffondere la cultura della prevenzione mediante approcci multidisciplinari. Nelle Regioni dove, invece, la pianificazione sanitaria si è presentata come meno consolidata, il Piano è stato percepito come una occasione per attivare e finanziare progetti altrimenti non fruibili.

Si registra, in alcune aree del Paese, la difficoltà di interpretare il Piano come una misura volta ad armonizzare in modo sistematico tutte le attività rivolte alla prevenzione della salute.

Le criticità emerse dall'attuazione del PNP hanno mostrato: una frammentazione programmatica dovuta all'eccessivo numero di linee guida che hanno, difatti, causato una proliferazione di progetti talvolta non coerenti tra loro; la difficoltà di ricorrere agli stessi indicatori per effettuare il monitoraggio e la valutazione degli *outcome* dei programmi ideati dalle Regioni e, dunque, realizzarne un confronto sugli esiti.

Il PNP 2014-2018 si presenta come una misura volta a promuovere interventi strategici e strutturati in tema di salute e prevenzione mediante un approccio trasversale che tenga conto sia dei contesti regionali e locali nell'individuare i macro-obiettivi, sia della necessità di fornire una programmazione strategica nazionale armoniosa e strutturata.

Le priorità del Piano possono essere così sintetizzate:

- Ridurre il carico di malattia ricorrendo ad interventi *preventivi* capaci di sollevare il sistema paese da eventi morbosi e mortali;

- Rafforzare e consolidare il patrimonio culturale rispetto alle pratiche preventive che il paese già possiede in larga parte;

- Incrementare quegli interventi che si propongono di sconfiggere le diseguaglianze e le disabilità;

- Promuovere un rapporto fra ambiente e salute che riesca a ridurre le malattie croniche non trasmissibili;

- Investire sul benessere dei giovani per incrementarne le conoscenze promuovendo, così, l'adozione di stili di vita sani che sappiano allontanarsi dalle dipendenze e dagli atteggiamenti negativi per il benessere.

Il PNP 2014-2018 con l'intento di risolvere le criticità dei precedenti piani, intende fornire una attenzione sistematica all'intersettorialità, ovvero attivare una comunicazione ed una *governance* tra il livello centrale, il livello regionale e quello locale nel tentativo di garantire non solo un coordinamento intra-regionale ma, altresì, un confronto in relazione a monitoraggio e valutazione.

A tal proposito sono ridefinite le Azioni Centrali[10] ovvero quelle azioni volte al miglioramento del sistema, a facilitare cioè l'implementazione dei programmi regionali e nazionali. Esse, infatti, rafforzano la *governance* a livello nazionale e locale, favoriscono il raggiungimento dei macro-obiettivi stimolando collaborazioni e partnership tra attori pubblici e privati, ed esercitano influenza sugli interlocutori attraverso azioni di indirizzo.

Da queste premesse normative, si consolida il programma *Guadagnare Salute*[11] che esprime l'esigenza di rendere più facili le scelte salutari ricorrendo a campagne informative finalizzate a sensibilizzare e modificare quei comportamenti inadeguati che favoriscono l'insorgere di malattie degenerative o di grande rilevanza. Diversi sono i fattori e gli stili di vita che possono compromettere lo stato di salute e di benessere complessivo, verso i quali, i governi nazionali e locali sono chiamati ad agire in un'ottica preventiva nel tentativo di fornire informazioni chiare e reali ai cittadini, orientando iniziative specifiche verso target ben definiti in una cornice di collaborazione e intersettorialità.

È proprio con il mondo della scuola che si rende necessario instaurare un rapporto di reciproca collaborazione con l'obiettivo di progettare iniziative specifiche per gli adolescenti che siano capaci, non solo di informare, ma soprattutto di educare alla salute. La scuola svolge un ruolo educativo molto importante in grado di favorire lo sviluppo di competenze personali e relazionali, oltre che conoscenze fondamentali in una fase cruciale della vita.

Attraverso l'istituzione scolastica i ragazzi sviluppano autonomia di giudizio e consapevolezza in relazione allo stile di vita individuale e sono capaci di affrontare tutte quelle influenze che possono condizionarne i comportamenti, anche quelli relativi alla salute. Talvolta, infatti, gli adolescenti compiono scelte guidati dal bisogno di gratificazione e accettazione mettendo in pratica taluni comportamenti, espressioni di tendenze ricorrenti, largamente accettati e perpetuati all'interno del gruppo dei pari.

Compito degli insegnanti è, dunque, stimolare le capacità critiche degli studenti fornendogli un bagaglio di conoscenze e competenze tali da renderli soggetti consapevoli in grado di interpretare, adottare o sperimentare comportamenti salutari. Attraverso il canale scolastico è possibile raggiungere un entourage di soggetti - insegnanti, professionisti, famiglie, associazioni- chiamati a mettere in campo iniziative e strumenti che guidino gli adolescenti a compiere scelte consapevoli verso la salute, adempiendo così ai dettami della prevenzione primaria[12]. Ridurre la probabilità che possano verificarsi eventi compromettenti per la salute rappresenta l'obiettivo principale in relazione a quelli che sono definiti come fattori di rischio modificabili: fumo, alcool, alimentazione non corretta e sedentarietà.

Comportamenti condizionati da variabili economiche, sociali ed ambientali ma che, in seguito alla diffusione di campagne informative, implementazione di politiche e progetti preventivi, possono essere elusi, non adottati o non perpetrati. Secondo gli ultimi dati dello studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*)[13] realizzato in Italia su un campione di circa 65.000 ragazzi di 11, 13 e 15, la maggioranza dei ragazzi, in tutte le fasce di età considerate, dichiara di non fumare.

La quota di non fumatori si riduce però all'aumentare dell'età, soprattutto nel passaggio fra 13 e 15 anni: se infatti quasi il 99% degli undicenni e il 91% dei tredicenni non fuma, a 15 anni la percentuale scende al 71,4%. Contestualmente, aumenta la quota di quanti dichiarano di fumare ogni giorno che arriva al 13,6% a 15 anni. Nel Lazio, inoltre, dichiarano di fumare abitualmente soprattutto le ragazze (60%). È interessante, per elaborare interventi programmatici futuri, intercettare i dati relativi alla diffusione dell'abitudine al fumo: a 15 anni dichiarano di fumare almeno una volta a settimana, il 21% dei maschi e il 22% delle femmine. Dato che differisce nettamente dalla media internazionale fissata al 3.5%[14].

È interessante analizzare anche il consumo di alcol da parte dei giovani: il 23% dei 15enni dichiara di consumare alcol ogni settimana. Anche in questo caso il consumo aumenta con il crescere dell'età. Diversamente dall'abitudine al fumo, il consumo di alcolici mostra una prevalenza fra i maschi (33%) e le femmine (21%).

È evidente che i comportamenti sopra descritti impongono una riflessione: è nel passaggio fra la scuola secondaria di primo e secondo grado che i giovani si accingono a sperimentare comportamenti non salutari come il fumo o il consumo di alcolici. In questa particolare fase d'età si verifica l'iniziazione verso atteggiamenti e condotte che provocano, nell'immediato, senso di accettazione, sensazione di indipendenza, emulazione di maturità.

È, in effetti, difficile che gli adolescenti riescano a valutare le conseguenze negative che tali stili di vita innescano nel lungo periodo. Dallo studio emerge, inoltre che, nonostante i giovani siano coinvolti in programmi di sensibilizzazione scolastici o destinatari di campagne sociali, necessitano di linee guida ed interventi di prevenzione efficaci finalizzate ad impedire il consolidamento di abitudini dannose. Nel Lazio, il *trend* è in linea con la media internazionale (7%), mentre dichiara di consumare bevande alcoliche il 9% dei 15enni[15].

Tra i fattori di rischio per la diffusione e la contrazione di patologie cronico-degenerative, si annoverano anche l'alimentazione e le abitudini alimentari che possono avere un forte impatto sia in positivo, che in negativo sulla salute. L'OMS sottolinea l'importanza di sostenere il processo di cambiamento verso l'adozione di una corretta alimentazione.

È soprattutto nella fase evolutiva che l'educazione alimentare è in grado di rivelarsi efficace e stabile nel tempo, tenendo presente che è la fase in cui l'adolescente subisce l'influenza dei modelli di consumo alimentare mediati dal contesto familiare, dalla dimensione culturale e soprattutto dal rapporto con il gruppo dei pari.

Riuscire ad intervenire in questa fase di sviluppo e cambiamento, fisico e strutturale, può consentire l'acquisizione di stili di vita salutari che si sceglieranno anche in età adulta. Lo studio HBSC indaga soprattutto le abitudini al consumo dei pasti (colazione), la scelta degli alimenti fortemente raccomandati (frutta e verdura), e la pratica di attività fisica. Se la media nazionale vede il 21% praticare sport, nel Lazio, invece, il dato è pari all'8% degli intervistati. Mentre per i precedenti fattori di rischio, il trend aumenta al crescere dell'età, qui, invece, la pratica sportiva diminuisce all'avanzare dell'età: praticano sport il 12% dei maschi e il'8% delle femmine ad 11 anni, il 10% e il 5% a 13. Un ulteriore aspetto interessante dello studio HBSC è aver analizzato la dimensione della salute e del benessere percepito.

I dati relativi alla regione Lazio mostrano che oltre il 92.2% di ragazzi valuta il proprio stato di salute da buono a eccellente. Tuttavia, all'aumentare dell'età, sembra diminuire una visione ottimistica della salute: il 31% dei quindicenni valuta eccellente il proprio stato di salute contro il 44% degli undicenni. Lo studio individua, inoltre, come indicatore per stimare il be-

nessere percepito, la soddisfazione per la propria vita secondo una scala che va da 0 a 10. I quindicenni si mostrano più critici, solo il 3,8% dichiara di avere la migliore vita possibile. La Regione Lazio ha promosso nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione, in collaborazione con la Fondazione Pfizer, il progetto "Sano chi sa" articolato in tre ambiti: la promozione di un corretto stile alimentare, la pratica sportiva e la consapevolezza dell'influenza che i mass media hanno sugli stili di consumo[16].

Il progetto, destinato ai ragazzi, alle famiglie ed al corpo docenti, utilizza una piattaforma web tesa a fornire una guida specifica sull'apporto nutrizionale di cui l'organismo abbisogna, sulla tipologia di movimento consigliata nonché sull'utilizzo consapevole dei mass media che intervengono sulla formazione delle opinioni. Il progetto testimonia, in evidente coerenza con il trend nazionale ed internazionale, l'esigenza di educare alla salute soprattutto in età adolescenziale e accompagnare il giovane ad una crescita emotiva, personale e cognitiva. Si segnala che i progetti discussi, e quelli indicati negli approfondimenti, si inseriscono nel discorso più ampio avviato dal Piano Nazionale di Prevenzione (Pnp), tendendo a rispondere alle indicazioni generali e nazionali.

Allo stato attuale manca, tuttavia, un'indagine capace di descrivere il modo attraverso cui gli adolescenti si approcciano alla salute, capace di indagare le motivazioni che inducono ad adottare uno stile di vita piuttosto che un altro. Gli esiti dei progetti descritti, restituiscono degli interessanti dati sulla popolazione presa in esame a cui, però, si mostra necessario affiancare anche una osservazione diretta. Per poter conoscere e, di conseguenza, progettare ed implementare delle efficaci iniziative di prevenzione e sensibilizzazione è importante adottare tecniche di indagine qualitative volte ad esplorare il fenomeno o il *cluster*, raggiungendone una conoscenza strutturata e profonda, indispensabile per la programmazione sanitaria.

7 Gli ambiti del Piano Nazionale di Prevenzione, previsti già nell'accordo di Cernobbio, sono: la prevenzione della patologia cardiovascolare, la prevenzione delle complicanze del diabete, la diagnosi precoce dei tumori, le vaccinazioni e gli incidenti domestici. Per un approfondimento, si consulti il sito www.salute.gov.it

8 Il nuovo concetto della "stewardship sanitaria" introdotto nel 2000 dal Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità consiste nella funzione di "individuare e applicare le regole del settore e fornire direttive strategiche a tutti i soggetti coinvolti" nell'ottica di una "gestione attenta e responsabile del benessere della popolazione" (Carta di Tallin, World Health Organization, 2008)

9 Carta di Tallin, WHO, Conference on Health Systems, Health and Wealth, 2008.

10 Nel PNP si legge che: " per Azione Centrale si intende un'azione che è ritenuta pertinente al livello di governo centrale; pertanto essa può, con differenti gradi di responsabilità operativa, riguardare: un'azione pertinente alle linee di azione ordinarie della Direzione della prevenzione e/o del Ministero della salute; un'azione pertinente al ruolo di steward del Ministero nei confronti di altri Ministeri, Enti e stakeholder; un'azione pertinente alla responsabilità operativa congiunta Stato- Regioni e PPAA." Il testo è consultabile sul sito: www.salute.org.it

11 Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", DPCM 4 maggio 2007 formulato in accordo con le Regioni e le Province autonome. Secondo i principi della "Salute in tutte le politiche" (Health in All Policies) si presenta come la strategia più efficace per assicurare a tutta la popolazione un futuro in salute ed uno sviluppo sostenibile. Il programma promuove interventi lungo tutto il corso della vita ("life-course approach") per prevenire comportamenti non salutari che si instaurano spesso già durante l'infanzia e l'adolescenza, ridurre il rischio di insorgenza di malattie croniche nell'adulto, per arrivare ad un invecchiamento sano ed attivo (DPCM, 4 Maggio 2007). Tra le sorveglianze attivate in seno al programma, si ricorda: OKkio alla Salute - Promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria; Passi - Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia; Passi d'Argento - Salute e qualità della vita nella terza età in Italia; HBSC - Health behaviour in school-aged children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare.

12 Si definisce "prevenzione primaria quell'insieme di iniziative che agiscono sul soggetto sano al fine di mantenere le condizioni di benessere e di evitare la comparsa di malattie. In particolare, attraverso il potenziamento dei fattori utili alla salute e l'allontanamento o la correzione dei fattori causali delle malattie, si tende al conseguimento di uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale dei

singoli e della collettività o quanto meno ad evitare l'insorgenza di condizioni morbose. L'insieme di questi interventi è pertanto finalizzato a ridurre la probabilità che si verifichi un evento avverso non desiderato" (Istituto Superiore di Sanità, 2014).

13 Lo studio Heath Behaviour in School Aged Children, rientra tra i sistemi di sorveglianza sviluppati in attuazione del programma nazionale "Guadagnare salute; rendere facili le scelte salutari". L'indagine avviata nel 1998 da tre paesi Europei (Scozia, Norvegia e Finlandia) si è sviluppata in questi anni fino a coinvolgere 44 nazioni, la maggior parte europee, più altre extra-europee (USA, Canada e Israele). Obiettivo dello studio è raccogliere informazioni sull'influenza che il contesto socio-economico-culturale ha sui comportamenti, sugli stili di vita e dunque sulla salute dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni. Si veda: Cavallo F., Lemma P., Dalmasso P., Vieno A., Lazzeri G., Galeone D. (2014), 4° Rapporto sui dati HBSC Italia 2014, su www.hbsc.unito.it/it/images/pdf/hbsc/report_nazionale_2014.comp.pdf; e il DPCM 4 maggio 2007 Adozione documento programmatico "Guadagnare Salute", disponibile all'indirizzo: www.guadagnaresalute.it (ultima consultazione 17 maggio 2018).

14 World Health Organization, Focus Papers "Helath behaviour in School Aged Children", Collaborative Cross-National Survey, www.hbsc.unito.it

15 Ibidem

16 Per maggiori approfondimenti consultare il sito web della Regione Lazio dove sono presenti i riferimenti al progetto: http://www.sanochisa.it/sanochisa/

3. La ricerca

La ricerca ha inteso indagare la percezione della salute e i fattori di rischio negli stili di vita dei giovani, con l'obiettivo di:

- Scoprire atteggiamenti, condotte e abitudini che incidono come fattore di rischio nella salute dei giovani in un'ottica di prevenzione tumorale;
- Cogliere la percezione giovanile in materia di prevenzione tumorale;
- Acquisire una serie di informazioni utili a descrivere il sentimento di fiducia nei confronti dell'organizzazione sanitaria e delle campagne di prevenzione;
- Conoscere la percezione del rischio e il livello di consapevolezza in merito a stili di vita, ambiente, alimentazione e dipendenze.

3.1 Metodologia

La ricerca ha preferito l'impiego di una metodologia *qualitativa* attraverso la realizzazione di 6 *focus group*[17] rivolti a gruppi di 12 unità, e quindi coinvolgendo complessivamente 71 giovani adolescenti, finalizzati a raccogliere informazioni strutturate in merito all'analisi dei fabbisogni sanitari in merito alle campagne di prevenzione e alla qualità della promozione e tutela della salute.

La scelta di privilegiare un metodo qualitativo, che ad oggi ritrova il suo ruolo nelle scienze sociali ed una lunga tradizione d'impiego in ambito sanitario[18], risiede nella necessità di approfondire un fenomeno complesso

al quale corrisponde una scarsa conoscenza tematica a fronte, invece, di numerose indagini statistiche che evidenziano stili di vita insalubri e mancanza di prevenzione tra i giovani, ma che al tempo stesso, non indagano le motivazioni profonde, i valori, le percezioni, dei giovani adolescenti. L'approccio qualitativo si lega alla necessità di utilizzare una prospettiva interpretativo-relazionale, che consenta di raccogliere impressioni, rappresentazioni individuali e collettive, rilevanti per il *focus* della ricerca.

Di fatto la conduzione dei *focus group* ha permesso di indagare gli stili di vita dei soggetti coinvolti e valutarne il grado di consapevolezza rispetto ai rischi per la propria salute, ma al contempo ha rappresentato un'esperienza di riflessione e formazione intorno al tema della salute e della prevenzione tumorale. L'ascolto e il dialogo di gruppo, che stanno alla base di questa particolare tecnica d'indagine, hanno innescato un processo di riflessione individuale e collettiva capace di far emergere le consapevolezze e i punti di vista sugli stili di vita, sull'ambiente, sull'alimentazione e le dipendenze, sul rapporto con il servizio sanitario.

Allo strumento qualitativo si sono affiancati 71 questionari brevi, volti ad intercettare il capitale culturale della famiglia di appartenenza, la collocazione territoriale dei soggetti coinvolti e la percezione riguardo il proprio stato di salute.

Nella fase operativa, l'indagine ha acquisito i caratteri di una *action-research* che, oltre a fornire uno scenario esplicativo intorno alle tematiche d'interesse, ha rappresentato una risorsa per il cambiamento e l'apprendimento, nella quale i partecipanti si sono dimostrati soggetti attivi e coinvolti.

I *focus group* hanno avuto luogo presso due istituti scolastici situati sul territorio laziale: l'Istituto Superiore ITC Di Vittorio - ITI Lattanzio e il Liceo Classico Ennio Quirino Visconti.

In particolare, i *focus group* sono stati rivolti agli adolescenti iscritti al quarto e quinto anno, reclutati grazie alla mediazione del Dirigente scolastico e degli insegnanti di ciascun Istituto. La rilevazione ha interessato, pertanto, gruppi omogenei[19] di giovani, la cui uniformità connessa sia con l'età sia con l'oggetto di studio, ha identificato la condizione indispensabile per il buon esito del *focus*.

Presso l'Istituto Superiore ITC Di Vittorio - ITI Lattanzio, sito nel V Municipio, i *focus group* sono stati coordinati il giorno lunedì 18 Novembre 2017, coinvolgendo 41 studenti.

Al Liceo Classico Ennio Quirino Visconti, sito nel I Municipio, invece, la rilevazione è avvenuta il 17 Febbraio 2018 ed ha interessato un totale di 30 studenti.

Le aree tematiche dei *focus group* sono state le seguenti:

- **Prevenzione primaria e stili di vita**
  (attività fisica, alimentazione, dipendenze)

- **Consapevolezza** (percezione del rischio).

Nello specifico, l'intervista di gruppo è stata mirata a raccogliere informazioni in merito alla correlazione tra gli stili di vita e le patologie oncologiche, i fabbisogni sanitari connessi con i processi di cura e diagnosi, la valutazione dei servizi sanitari e delle modalità di comunicazione tra i professionisti sanitari e i giovani, gli atteggiamenti verso le campagne di prevenzione, le azioni migliorative e nuove proposte per la promozione della salute.

17 Il focus group è una tecnica qualitativa utilizzata nelle ricerche delle scienze umane e sociali, in cui un gruppo di persone è invitato a parlare, discutere e confrontarsi riguardo all'atteggiamento personale nei confronti di uno specifico tema (focus), in linea con le esigenze della ricerca, alla presenza di un moderatore e di un osservatore. Si veda al riguardo: Corrao S. (2005), Il focus group, FrancoAngeli, Milano.

18 Per maggiori approfondimenti sull'impiego della metodologia qualitativa in ambito sanitario e sociale si consigliano: Glaser B. G., Strauss A. L., (1965), Awareness of dying, Aldine Publishing company, Chicago; Merton R.K., Fiske M., Kendall P. (1990), The Focused Interview: A Manual of Problems and Procedures, The Free Press, New York (prima edizione 1956).; Mortari L., Zannini L. (2017) La ricerca qualitativa in ambito sanitario, Carocci, Roma.

19 Corrao S. (2005), Il focus group, FrancoAngeli, Milano.

3.2 Campione

Il tema specifico dei giovani è di assoluto rilievo per le scienze sociali e la sua rilevanza tende ad aumentare quando le trasformazioni (e le crisi) del sistema sociale si fanno più forti.

La scelta di far riferimento a studenti degli ultimi anni delle scuole superiori, pone l'accento verso una fase biografica cruciale in cui i diversi soggetti appaiono più sensibili e vicini alle tematiche della cittadinanza attiva e dell'inclusione all'interno della società[20].

Gli istituti coinvolti sono stati:

- Istituto di Istruzione superiore I.T.C. Di Vittorio – I.T.I. Lattanzio
- Liceo Classico Statale Visconti.

Per il campionamento è stato deciso di favorire la massima disomogeneità tra i due sotto-campioni considerati, sia per quanto riguarda l'assetto territoriale nel quale gli Istituti sono immersi, sia per tipologia d'insegnamento. Questa scelta ha, infatti, favorito l'emergere di una correlazione tra territorio, capitale culturale dei soggetti e percezioni differenti riguardo i temi della salute e della prevenzione.

La ricerca coinvolge 71 giovani di età compresa tra i 17 e i 19 anni, studenti di scuole superiori di secondo grado presenti all'interno del Comune di Roma Capitale, coinvolte nelle finalità della ricerca nel periodo settembre 2017 / febbraio 2018.

La numerosità dei sotto-campioni è risultata sbilanciata in funzione della disponibilità degli istituti e pertanto i dati sono presentati di seguito in valori assoluti e non aggregati. I gruppi con i quali sono stati condotti i 6 *focus group*, sono stati composti privilegiando sia l'alta variabilità interna e dunque una distribuzione simmetrica tra maschi e femmine laddove pos-

sibile, di età e sezione di appartenenza al fine di favorire un clima rilassato e colloquiale dove gli studenti potessero sentirsi liberi di esprimersi[21]. La scelta di far riferimento a studenti degli ultimi anni delle scuole superiori, pone l'accento verso una fase biografica cruciale in cui i diversi soggetti appaiono più sensibili e vicini alle tematiche della cittadinanza attiva e dell'inclusione all'interno della società[22].

Sarà necessario fare presente gli elementi di rilievo che costituiscono le variabili socio-anagrafiche degli intervistati. Dai primi output emerge una disomogeneità del campione legata alle caratteristiche proprie del tessuto socio-anagrafico oggetto di analisi. In particolare, ci sembra rilevante evidenziare una differenza di genere sostanziale in merito ai campioni coinvolti nei rispettivi istituti (Fig.1).

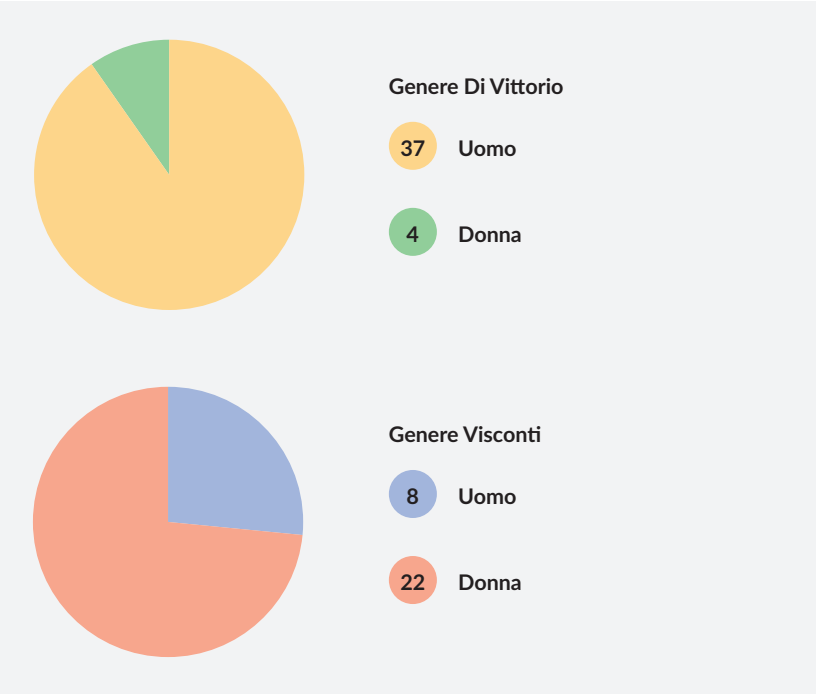

Figura 1 - Confronto tra generi degli intervistati

Tale aspetto è ampiamente confermato dalle tendenze generali del fenomeno che vedono una prevalenza di donne nei licei classici e di uomini negli istituti tecnici[23].

Relativamente al municipio di afferenza degli studenti emerge (Fig. 2) che le famiglie degli studenti del Liceo Visconti vivono tendenzialmente nelle aree centrali della città tra il I e il III municipio (Centro Storico, Parioli e Monte Sacro), sebbene gli studenti presentino tendenzialmente una buona distribuzione anche in altri minucipi (Cinecittà, Appio-Latino, Tuscolana, Eur, Monte Mario, Monte Verde). Mentre l'Istituto Di Vittorio - Lattanzio accoglie studenti provenienti prevalentemente dalla periferia romana (Fig. 2).

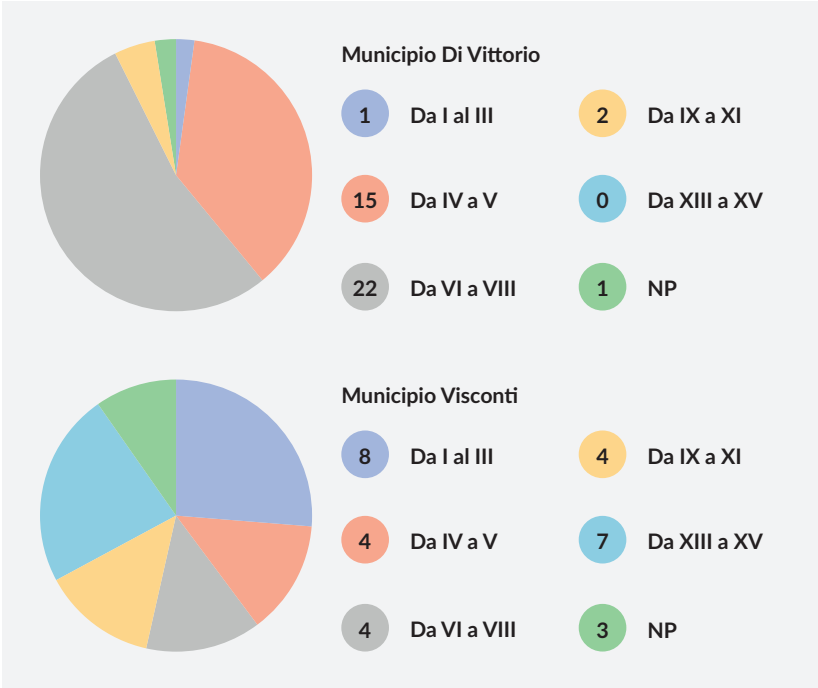

Figura 2 - Confronto tra Municipi di residenza degli intervistati

Per quanto riguarda il capitale culturale degli intervistati ed in particolare relativamente ai titoli di studio e alle professioni, assistiamo anche in questo caso ad una totale disomogeneità e ad un alto grado di variabilità interna al campione.

I genitori degli studenti che frequentano il liceo Visconti, sono professionisti di alto profilo specialistico, ed occupano posizioni di rilievo in ambito legale e nella magistratura, con mansioni talvolta di dirigenza ed imprenditoria in enti pubblici e privati, nonché nelle posizioni più prettamente intellettuali e scientifiche con un'equa distribuzione rispetto al genere (Fig. 3).

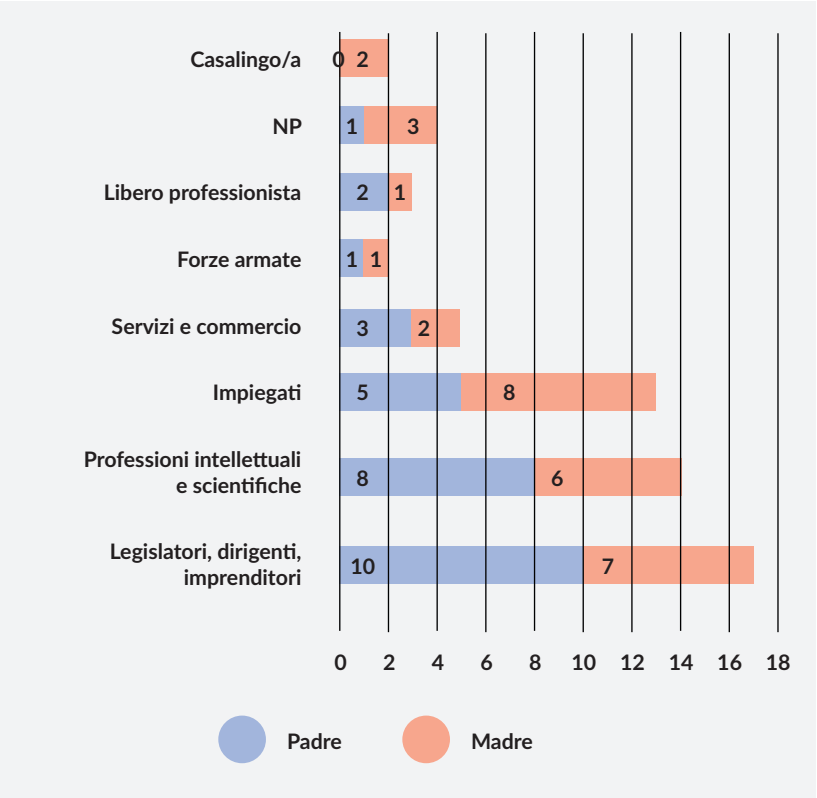

Figura 3 - Occupazione dei genitori Liceo Visconti

Le famiglie degli studenti dell'Istituto Di Vittorio - Lattanzio, invece, si situano principalmente tra il IV e il VIII minicipio (Tiburtina, Prenestino/Centocelle, Appio-Latino, Tor Bella Monaca) e svolgono mansioni eterogenee ma con un profilo specialistico medio-basso (Fig. 4).

Prevalgono gli impiegati sia tra gli uomini che le donne, le quali però sono quasi nella maggior parte inoccupate e casalinghe.

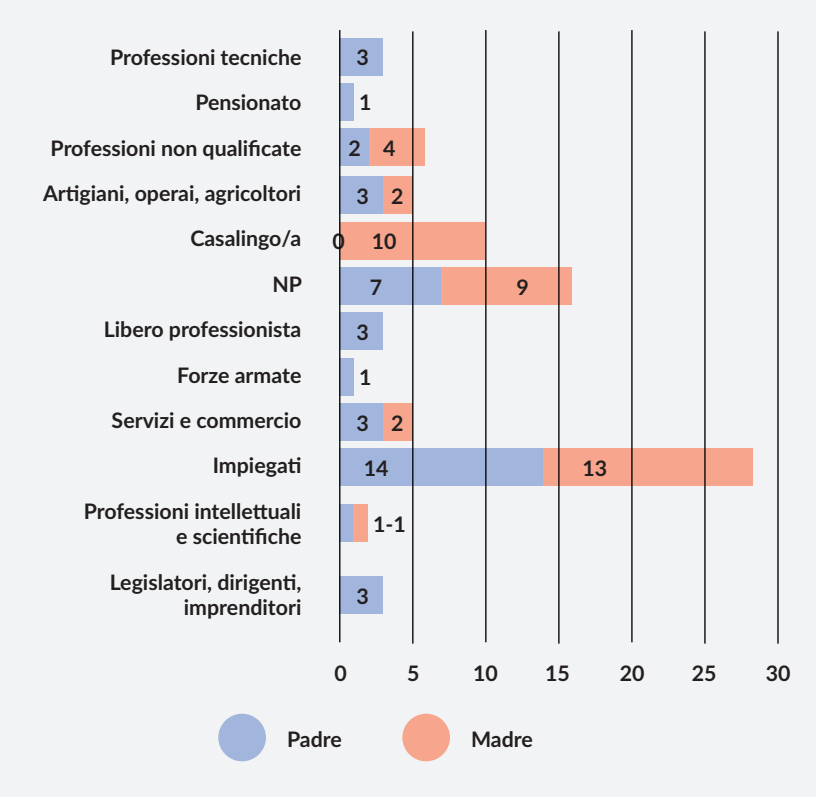

Figura 4 - Occupazione dei genitori Istituto Di Vittorio - Lattanzio

È possibile fare riferimento ai titoli di studio dei genitori dove la differenza e la varietà si fa ancora più evidente. Se i genitori degli studenti dell'Istituto Di Vittorio – Lattanzio hanno un capitale culturale relativamente basso, ma comunque nella media rispetto all'andamento generale della popolazione italiana[24], i genitori degli studenti del Liceo Visconti hanno un capitale culturale molto alto e che risulta essere coerente con le professioni ad alta specializzazione che si trovano a svolgere (Fig. 5).

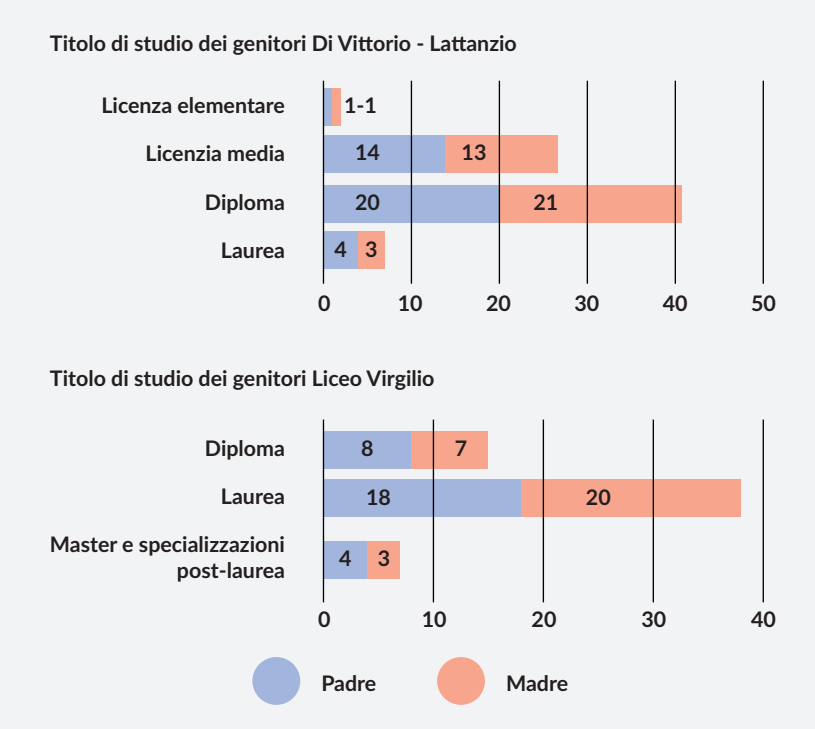

Figura 5 - Confronto titoli di studio dei genitori Liceo Visconti/Istituto Di Vittorio - Lattanzio

Le famiglie degli studenti sono, inoltre, residenti nel territorio della regione Lazio, in maggioranza appartenente al tessuto romano. La provenienza geografica è egualmente distribuita tra le famiglie dei due istituti nelle quali non si notano differenze significative tranne che nel sotto-campione Di Vittorio – Lattanzio dove nessun genitore è originario del nord Italia tranne che per due padri (Fig. 6).

Per quanto riguarda i genitori stranieri, i figli sono tutti residenti in Italia dalla nascita, e le nazionalità estere presenti nelle classi incontrare durante i *focus group* presso l'istituto Di Vittorio – Lattanzio sono Romania, Marocco e Francia, mentre nei due casi di famiglie straniere presenti al Liceo Visconti queste sono Romania e Russia.

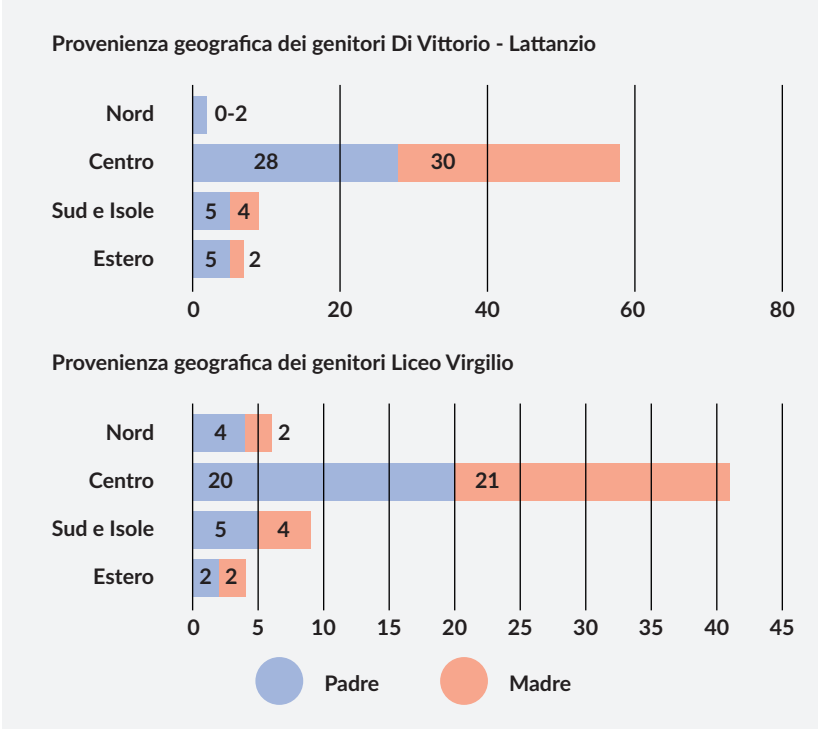

Figura 6 - Provenienza geografica dei genitori

20 Cesareo V. (2005), Le vie della ricomposizione, in Cesareo V. (2005), Ricomporre la vita. Gli adulti giovani in italia, Hoepli Editore, pag. 17-18

21 La percezione di essere 'pari' nel gruppo mette a proprio agio le persone coinvolte, offrendo a tutte l'opportunità di esprimere le proprie opinioni e condividere le idee con gli altri (Krueger, 1994).

22 Cesareo V. (2005), Le vie della ricomposizione, in Cesareo V. (2005), Ricomporre la vita. Gli adulti giovani in italia, Hoepli Editore, pag. 17-18

23 Dagli ultimi rapporti infatti emerge come questo andamento si consolidi negli anni. Le donne sono più orientate a scegliere una formazione classica con il 60,6% contro il 39,4% e al contrario, gli uomini preferiscono gli istituti tecnici con il 69,9% contro il 30,1% delle donne. Per approfondimenti: Ministero della Pubblica Istruzione, Servizio statistico, Focus: Le iscrizioni al primo anno delle scuole primarie, secondarie di primo e secondo grado del sistema educativo, di istruzione e formazione, giugno 2017

24 Facendo riferimento all'ultimo censimento Istat 2011 il tema di titoli di studio della popolazione residente da più di 6 anni sul territorio italiano, è possibile osservare una stabilizzazione generale su titoli di studio medio-bassi (licenza elementare, media e diploma). A fronte di 16 milioni di italiani che hanno conseguito la licenza media e quasi 14 milioni di diplomati, soltanto 4 milioni hanno conseguito la laurea. Per quanto riguarda la situazione della egione Lazio, questa rispetta l'andamento nazionale con una maggioranza di italiani che hanno terminato il loro iter formativo al diploma con 1,3 milioni, mentre soltanto 500 mila italiani ha proseguito sino al conseguimento della laurea. Per approfondimenti: 15^ censimento della popolazione, dati Istat 9 ottobre 2011, http://dati-censimentopopolazione.istat.it (ultima consultazione 14 maggio 2018).

4. Analisi dei dati

I dati raccolti durante i *focus group* sono stati analizzati grazie all'ausilio di un *software* di analisi dei computer-assistita dei dati qualitativi Nvivo 11. Il *software* in quanto strumento di supporto alla codifica delle informazioni attraverso l'individuazione di concetti sensibilizzati e *core categories*, ha consentito di considerare le idee, le opinioni e gli atteggiamenti dei due sotto-campioni osservati, elaborando diverse tipologie di risultati. Attraverso diverse operazioni di codifica è stato possibile stabilire un quadro specifico dei bisogni e delle idee che i giovani hanno in materia di salute e stili di vita, ma anche valutare possibili linee d'intervento e sensibilizzare i giovani al tema della prevenzione.

Da una prima analisi delle parole più frequenti pronunciate dagli intervistati durante il *focus group* ritroviamo delle differenze tra i due sottocampioni. Se per gli studenti dell'Istituto Di Vittorio sono d'importanza cruciale per il loro benessere gli aspetti emotivi e relazionali, dove concetti come l'equilibrio, il rispetto, le scelte sono propedeutici alla presa in carico della propria salute, per gli studenti del Liceo Visconti, sono invece aspetti più pragmatici a definire la loro idea di salute e la loro percezione riguardo agli strumenti da mettere in campo riguardo condotte di prevenzione (Fig. 7).

Figura 7 - Parole ricorrenti a confronto tra gli studenti Di Vittorio- Lattanzio/Liceo Visconti

A tal proposito emerge con frequenza in termini quantitativi, ma anche tematici e di densità argomentativa, il tema delle dipendenze in particolare il tabagismo.

Questo aspetto molto controverso, vede una frattura tra gli intervistati, tra chi lega questo comportamento, dannoso per la salute, a comportamenti di natura imitativa, ad altri che invece affrontano con fatalismo la presa in carico della propria salute e praticano il tabagismo con la credenza che questo possa aiutarli a ristabilire il proprio benessere psicologico ed allontanare lo stress.

Nodes	N. of coding references	Aggregate n. of coding	N. of item	Ag
Alimentazione	23	23	1	1
Vivere in modo equilibrato	17	17	1	1
Tabagismo	16	16	1	1
Benessere psicologico	14	14	1	1
Prevenzione	13	13	1	1
Sport	13	13	1	1
Responsabilità individuale	10	10	1	1
Benessere relazionale	9	9	1	1
Fatalismo	7	7	1	1
Benessere	6	6	1	1
Comportamenti imitativi	6	6	1	1
Stress	6	6	1	1
Genetica	5	5	1	1
Benessere fisico	4	4	1	1
Malattia	4	4	1	1
Dipendenze	3	3	1	1
Futuro	2	2	1	1
Igiene personale	2	2	1	1
Moda	2	2	1	1
Religione	2	2	1	1
Alcool	1	1	1	1
Ansia	1	1	1	1
Cura	1	1	1	1
Droga	1	1	1	1
Salute come priorità	1	1	1	1
Stile di vita	1	1	1	1
Valore della vita	1	1	1	1

Figura 8 - Frequenza dei temi trattati nelle classi dell'Istituto Di Vittorio - Lattanzio

Nodes	N. of coding references	Aggregate n. of coding	N. of item	Ag
Tabagismo	14	14	1	1
Alimentazione	11	11	1	1
Prevenzione	8	8	1	1
Sport	6	6	1	1
Alcool	5	5	1	1
Hobbies	5	5	1	1
Interessi economici	5	5	1	1
Benessere	4	4	1	1
Benessere fisico	4	4	1	1
Benessere relazionale	4	4	1	1
Estetica	4	4	1	1
Benessere psicologico	3	3	1	1
Igiene personale	3	3	1	1
Moda	3	3	1	1
Responsabilità individuale	3	3	1	1
Ribellione	3	3	1	1
Stile di vita	3	3	1	1
Bisogno di modelli	2	2	1	1
Comportamenti imitativi	2	2	1	1
Consapevolezza	2	2	1	1
Cucinare	2	2	1	1
Medicina	2	2	1	1
Periferia	2	2	1	1
Stress	2	2	1	1
Ammonizione	1	1	1	1
Cura	1	1	1	1
Diritti	1	1	1	1

Figura 9 - Frequenza dei temi trattati nelle classi del Liceo Visconti

Alimentazione	2	34	Benessere psicologico	2	17
Tabagismo	2	30	Benessere relazionale	2	13
Prevenzione	1	21	Responsabilità individuale	2	13
Sport	2	19	Benessere	2	10
Vivere in modo equilibrato	2	18	Benessere fisico	2	8

Figura 10 - I temi più frequenti del campione

Dai primi confronti emersi in merito ai temi trattati, in particolare l'alimentazione sembra configurarsi come la categoria *core*, per gli intervistati nonostante si presenti in maniera disomogenea (Cfr. Fig. 8 e Fig. 9).

Per i soggetti intervistati infatti l'aspetto più importante non è legato alla salute fisica, bensì al benessere psicologico e al benessere relazionale. Se gli intevistati del Liceo Visconti parlano più frequentemente del benessere fisiologico, che interpretano essenzialmente come assenza di malattia, oppure uno stato in cui "il corpo funziona regolarmente", gli studenti dell'Istituto Di Vittorio Lattanzio danno maggiore enfasi alla salute in quanto benessere psicologico[25] e relazionale[26].

Se da un lato questa versione tricotomica della salute, ossia relativa ad un benessere biologico, psicologico e sociale, e che enfatizza la prima componente fisiologica, è possibile asserire che per il campione osservato è di fondamentale importanza un benessere più propriamente relazionale, ossia relativo alla propria persona all'interno della cerchia sociale e del gruppo dei pari. Aspetti rilevanti sono ritenuti, infatti: lo stare bene con gli altri quando si sta insieme, avere degli amici fidati su cui poter contare, ricevere affetto e ascolto da parte di amici e familiari.

Al contempo gli intervistati ritengono di fondamentale importanza riuscire a stabilire una relazione positiva con sé stessi, con il proprio corpo e saper gestire le proprie emozioni al fine di riuscire efficacemente a circondarsi di persone ritenute positive per il proprio benessere. Nel dettaglio sarà utile restituire le opinioni e gli atteggiamenti relativi alle macro-aree di indagine ossia prevenzione e consapevolezza.

25 Per benessere psicologico gli intervistati intendono l'assenza di stress eccessivo, non sentirsi preoccupati per la scuola, stare bene con sé stessi.

26 Per benessere relazionale gli intervistati intendono la capacità di coltivare relazioni positive con il gruppo dei pari, di sentirsi accettati e ascoltati dai propri coetanei.

4.1 Prevenzione

La prevenzione è interpretata dagli intervistati come un aspetto sostanzialmente relativo agli stili di vita. I giovani pongono al centro lo stile di vita che si compone di vari aspetti che vanno dalla cura della propria igiene personale, all'aspetto estetico, agli hobbies.

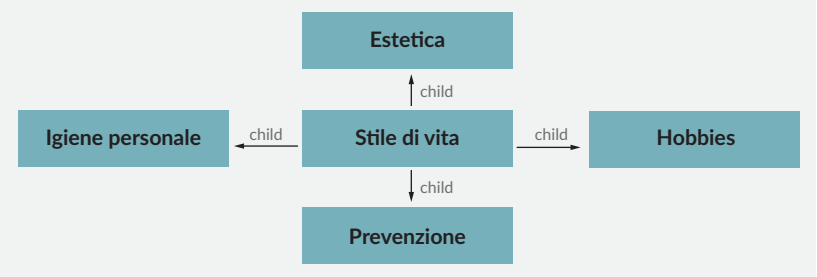

Figura 11 - Gli stili di vita salubri secondo i giovani intervistati

Riguardo nello specifico la prevenzione, molti studenti si definiscono non informati, dichiarano di non sapere cosa significhi e come praticarla, nonostante sembrano molto capaci di discernere le abitudini negative dalle positive in particolare relativamente alle dipendenze, all'alimentazione, alla sedentarietà, lamentando l'assenza di modelli di riferimento utili e realmente stabili (Fig. 12).

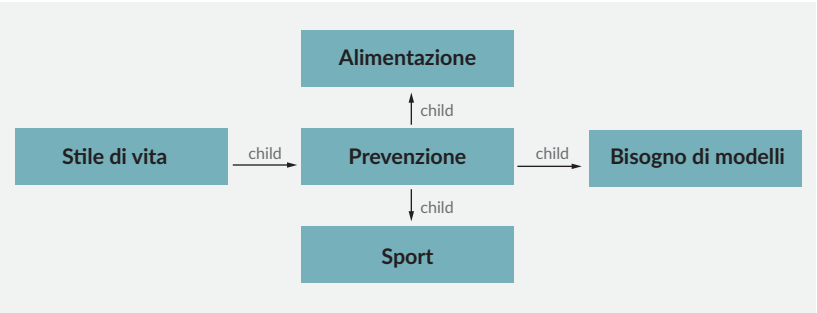

Figura 12 - Prevenzione

Per alcuni intervistati adottare uno stile di vita corretto significa "privo di eccessi" nei diversi ambiti quali l'attività fisica, l'alimentazione e le abitudini scorrette come il fumo o l'alcool, ma è anche un modo per proiettare la propria immagine nel futuro, come racconta Giacomo[27]:

St. 34: proiettare la mia immagine nel futuro, tanto la vita porterà il conto, bene o male che sia, perciò se io voglio arrivare a 80 anni in un certo modo, devo far sì di arrivarci in un certo modo. Il futuro è la mia motivazione, non solo dipende dal fumo, ma dall'alimentazione, dallo stile di vita. (Uomo, 18 anni, Di Vittorio – Lattanzio, III Municipio)

Il tema del futuro può essere interpretato come un aspetto inatteso in quanto i giovani dovrebbero essere, per loro natura, proiettati sul presente, mentre invece in tema di stili di vita sembra che l'idea di preservare il proprio corpo non sia del tutto fuori dal loro orizzonte di senso.

Un elemento fondamentale che costituisce uno dei temi maggiormente affrontati è quello dell'alimentazione.

Gli studenti che affrontano questo tema con maggiore enfasi sono quelli dell'Istituto Di Vittorio – Lattanzio, ben 23 volte contro le 11 del Liceo Visconti. I giovani dell'istituto tecnico evidenziano soprattutto l'importanza di un'alimentazione variegata, dove siano presenti le proteine, ma anche carboidrati e molte verdure e frutta.

Quasi tutti gli intervistati concordano nell'affermare che oggi si assiste all'emergere di diversi stili alimentari che definiscono come delle 'mode'. Di questi alcuni menzionano proprio l'alimentazione biologica, lo stile di vita vegano e vegetariano.

St. 66: anche io, infatti ad esempio credo che l'alimentazione sia una componente importante per lo stato di salute.

Non sono d'accordo con le diete vegane o vegetariane perché secondo me sono una moda (Donna, 17 anni, Liceo Visconti, XII Municipio)

St. 9: bhe se ci sta da curarsi, ci si cura. Però anche questa attenzione al bio, è una moda, è per fare i fighi. (Uomo, 18 anni, Di Vittorio – Lattanzio, IV Municipio)

Alcuni invece adottano una "strategia compensativa" per cui ad alcuni eccessi alimentari consegue un digiuno o un cambio di alimentazione volto a compensare l'eccesso, come nel caso di Oreste:

St. 17: si, io finché non sto male di pancia, non smetto di mangiare quello che mi piace mangiare… si, quando ad esempio esagero poi, il giorno dopo mangio un piatto di riso e sto bene. (Uomo, 18 anni, Di Vittorio Lattanzio, VI Municipio)

Il consumo di un alimento ritenuto 'idoneo', o anche praticare attività sportiva, secondo alcuni intervistati, serve a ristabilire l'equilibrio fisiologico in seguito a degli eccessi alimentari. Per gli studenti del Liceo Visconti, invece, l'attività sportiva è parte integrante dello stile di vita e li condiziona nelle scelte alimentari.

Quasi tutti, infatti, praticano un'attività sportiva come la danza, l'arrampicata sportiva, la palestra, il Judo, il tennis, mentre invece gli studenti del Di Vittorio - Lattanzio praticano sport più classici come la danza e l'allenamento in palestra. Per gli studenti del liceo lo sport condiziona l'alimentazione in quanto impedisce l'eccesso alimentare, mentre invece per gli studenti del Di Vittorio-Lattanzio favorisce il benessere psicologico ed allontana lo stress.

Un altro aspetto che condiziona le scelte alimentari è la possibilità di scegliere autonomamente ciò che si mangia oppure accettare la decisione materna.

È stato osservato infatti che nell'istituto Di Vittorio-Lattanzio gli studenti intervistati spesso dipendono dalle scelte materne in merito all'alimentazione, molte donne sono a casa e ricoprono ruoli tradizionali che le vedono molto presenti nel nucleo familiare.

Nel liceo Visconti invece è stata riscontrata maggiore indipendenza in quanto quasi la totalità degli studenti cucina il proprio pasto autonomamente oppure è capace di farlo quando la situazione lo richiede. È probabi-

le che questo aspetto sia condizionato dalla professione dei genitori, di alto profilo specialistico come emerge dall'intervento di Davide:

St. 58: io cucino praticamente tutti i giorni perché i miei rientrano nel pomeriggio. Cucino per me e per mio fratello. (...) Quindi io, quando arrivo a casa, decido cosa cucinare. Una frittata anche, delle patate. La spesa la fa mamma diciamo, però io scelgo con gli ingredienti che ho cosa cucinare. (Uomo, 18, Visconti, XIII Municipio)

Per gli studenti del Liceo Visconti anche coltivare specifici hobbies è molto importante per il proprio benessere psico-fisico. Gli *hobbies* a cui fanno riferimento sono la scrittura, utile a tirar fuori ansie e preoccupazioni che affliggono lo stile di vita, suonare uno strumento musicale, tenere un diario. Coltivare un hobby, adottare un'alimentazione variegata e priva di eccessi, fare attività sportiva, rappresenta per gli intervistati, l'elemento essenziale per vivere in modo equilibrato. Alcuni studenti del Di Vittorio-Lattanzio, dichiarano invece che sia molto complicato per la loro età riuscire effettivamente a trovare un equilibrio.

St. 38: non si può avere a 17 anni una vita equilibrata perché sei un adolescente e c'hai problemi a casa, vuoi o meno, i problemi a casa li abbiamo tutti; a scuola perché magari non ti va di studiare, magari litighi con il tuo ragazzo, litighi con i tuoi che non ti fanno uscire. Quindi una vita equilibrata a 17 anni non si può avere. (Donna, 18 anni, Di Vittorio-Lattanzio, VII Municipio)

Spesso, a causa della stagione di vita conflittuale che si trovano a vivere, in considerazione dei mutamenti relazionali e della costante ricerca di un'identità[28] tipica di questo passaggio biografico, i giovani si sentono disorientati. Alcuni studenti difatti parlano di situazioni di stress e ansia difficili da gestire:

St. 34: ad esempio, quando sono seduto però il mio cuore va a 200 quindi per esempio anche in questo momento posso essere stressato perché magari ho un pensiero che mi da preoccupazione che mi fa innervosire. Magari domani non ci penso. (Uomo, 18 anni, Di Vittorio-Lattanzio, I Municipio)

St .29: il lunedì mattina, il mio compagno che parla, la mia amica con Istagram, l'altro che apre le finestre. (Uomo 18 anni, Di Vittorio – Lattanzio, V Municipio)

Mentre gli studenti del liceo Visconti riescono a gestire lo stress praticando attività sportiva.

St. 59: io faccio sport ad esempio. Nonostante la scuola mi impegni molto per il carico di studio, però cerco comunque di fare sport. Mi fa sentire meglio diciamo, mi rilassa quando sono stressato. (Uomo, 18 anni, Visconti, VII Municipio)

27 I nomi degli intervistati sono frutto della fantasia, al fine di preservare l'identità e la privacy di ciascun intervistato, nel pieno rispetto del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

28 Nella società odierna la questione giovanile è stata considerata un'esperienza dalla complessità crescente, dove "nell'attuale contingenza storica, socio-economica e culturale sottrae ai giovani la possibilità di progettare e pianificare la propria esistenza, di dare consistenza ai propri sogni" pertanto è importante cogliere le "tonalità emotive" che caratterizzano l'esperienza di definizione del sé che si confronta con dispositivi complessi di soggettivazione dell'esperienza individuale, in De Angelis, Costa C., Pallini S. (2012) Tra reale e irreale. Giovani ai margini. Franco Angeli, Milano, p. 9-10

4.2 Consapevolezza

Tra i giovani coinvolti sembra esserci un buon livello di consapevolezza esplicita. Questi, infatti, risultano essere a conoscenza delle azioni da implementare al fine di mantenersi in salute, come praticare sport, alimentarsi in modo equilibrato, non eccedere in abitudini scorrette come l'assunzione di alcolici e il consumo di tabacco. Al tempo stesso il livello di consapevolezza implicita risulta scarso: ad una coscienza delle azioni da mettere in atto per favorire la prevenzione primaria, non segue un comportamento coerente. La valutazione della consapevolezza nei giovani si compone infatti di più dimensioni, differenti tra loro (Fig. 13).

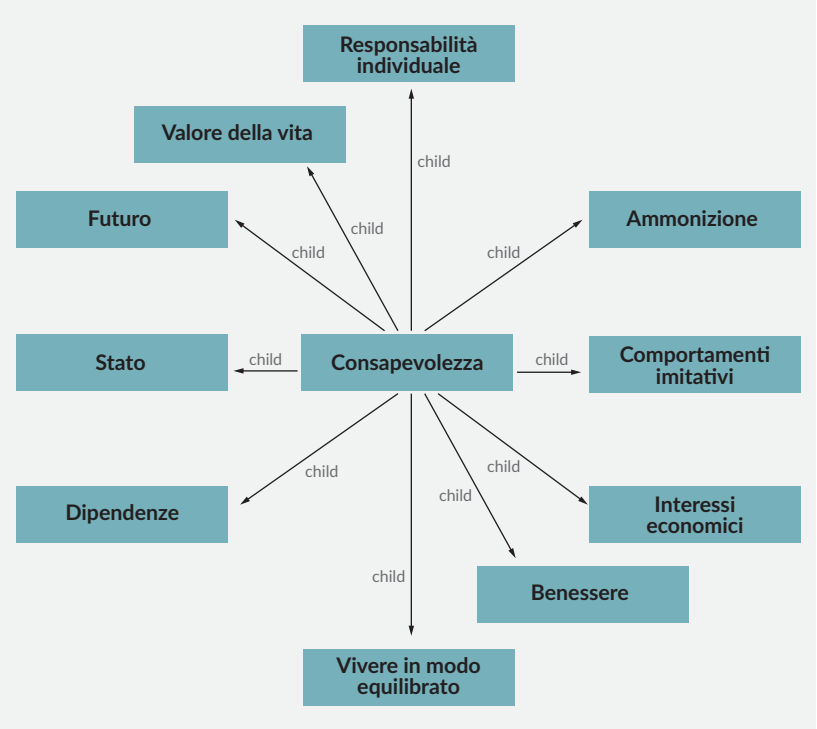

Figura 12 - Cos'è la consapevolezza secondo i giovani intervistati

Il *gap* che esiste tra consapevolezza esplicita ed implicita è favorito in particolar modo, secondo gli intervistati, dalla predisposizione ad adottare comportamenti imitativi che sono veicolo di un benessere relazionale che i giovani giudicano parte essenziale della loro vita quotidiana e della loro salute, intesa come benessere emotivo (Fig. 14).

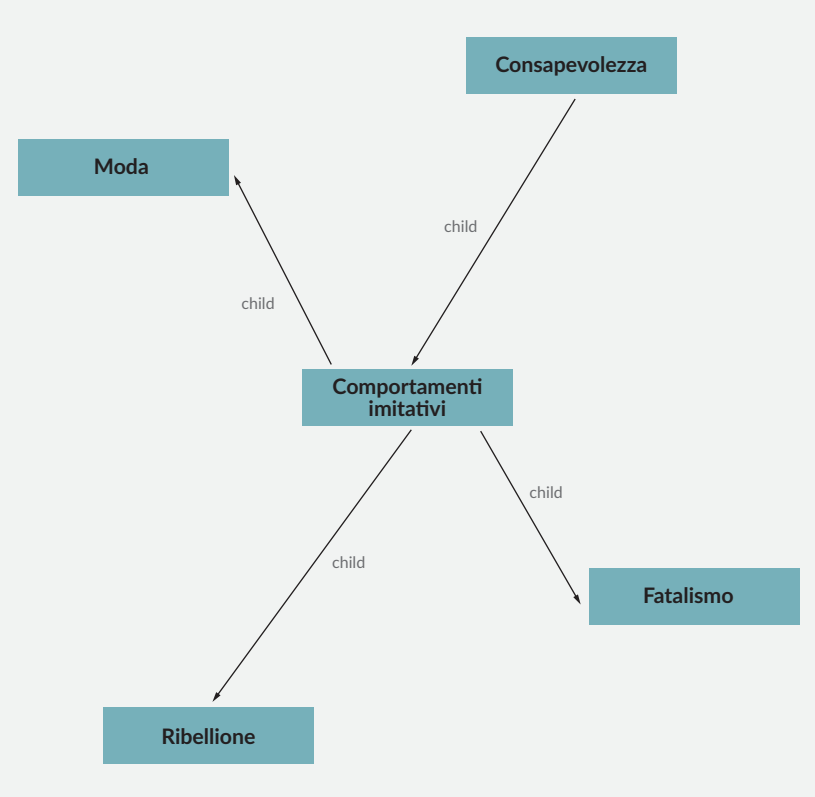

Figura 14 - I comportamenti imitativi

I comportamenti imitativi adottati dai giovani entro i gruppi dei pari risultano essere strategie di adattamento e di definizione identitaria volte ad ottenere il consenso da parte del gruppo, come emerge dalle testimonianze di Paola e Francesca:

St. 41: cioè, magari per fumare di meno, se i tuoi genitori non lo sanno, magari già a casa non fumi o fumi molto di meno. Però ad esempio io e lei usciamo con un gruppo in cui tutti fumano e quindi sarebbe anche difficile non farlo. (Donna, 18 anni, Di Vittorio-Lattanzio, VII Municipio)

St. 71:io ho iniziato circa tre anni fa in vacanza perché i miei amici del mare sono più grandi, mi hanno chiesto se volessi provare ed ho accettato. Poi ho continuato perché vabbè, un po' perché il gruppo con cui esco anche a Roma fuma, e poi perché mi piace. (Donna, 18 anni, Visconti, I Municipio)

Gli atteggiamenti individuati, su cui si reggono le condotte imitative, sono essenzialmente tre: fatalismo, ribellione e moda.

Per atteggiamento fatalista s'intende una rinuncia alla responsabilità individuale, poiché si dà per scontato che alcuni eventi siano ineluttabili e non governabili dalla attraverso la volontà individuale, come le malattie, malanni gravi. La credenza che non è possibile governare la propria sorte sembra diffusa tra i giovani in particolare dell'Istituto Di Vittorio – Lattanzio.

St. 29: si, la motivazione del futuro è avanzata da uno che non fuma, ma non è detto che io che fumo non ci pensi... Mia madre lavora in ospedale e vedo spesso gente che muore di tumore ai polmoni che non ha mai fumato ed altri, anche professori eccetera, che ad 80 anni fumano e stanno bene. È anche una questione di fortuna. (Uomo, 18 anni, V Municipio)

St 32: secondo me dipende dalle situazioni, e dalla casualità ovverosia: si può decidere di smettere di fumare quando in famiglia si manifesta un caso di malattia, o lo si può decidere perché consapevoli dei rischi. Insomma, alle volte anche la casualità degli eventi può indurci a preferire uno stile di vita ad un altro. (Uomo, 18 anni, VII Municipio)

Il fatalismo determina una sfiducia rispetto alla capacità d'incidere sul proprio futuro, disorientando l'azione ed incrementando un senso di impotenza riguardo la propria esistenza. Il fatalismo depotenzia quel senso di responsabilità individuale su cui si basa il concetto di prevenzione, decur-

tando il potenziale insito nella consapevolezza e la percezione del rischio che i più giovani dovrebbero sviluppare circa le proprie condotte di vita e a tal proposito favorisce la possibilità di aderire alle scelte degli altri, rinunciando alla capacità personale di discernere. Il secondo atteggiamento che favorisce l'insorgere di comportamenti imitativi è descritto come la tendenza a ribellarsi alle regole e ai divieti familiari e sociali, come il divieto di fumo o di consumo di bevande alcoliche. Questo aspetto emerge in particolare nel *focus* con gli studenti del Liceo Visconti, in particolare nel caso di Chiara che ammette la sua dipendenza dal fumo:

St. 50: Ho cominciato così, un po' per fare la ribelle, un po' perché così, alle scuole medie ho provato e niente, mi piace... secondo me però con l'imposizione si ottiene il risultato opposto... nel senso che uno poi può farlo proprio perché gli viene vietato. E alla fine uno potrebbe anche dire che l'altro non può imporgli le cose, magari se penso ad un genitore e così via. (Donna, 17 anni, Visconti, I Municipio)

La volontà di ribellarsi alle regole imposte dai gruppi primari è una tendenza comune tra i più giovani soprattutto a ridosso della maggiore età, che si trovano ad affrontare il passaggio verso l'età adulta mettendo in discussione punti di riferimento normativi e valoriali, apprendendo nuove competenze sociali in particolare dal gruppo dei pari e dai modelli che la società offre e rende appetibili per il consumo giovanile.

Seguire le mode diventa per gli intervistati un aspetto che definisce nuove traiettorie individuali, utile a decodificare scelte peculiari come l'adesione allo stile di vita vegano o vegetariano, seguire un'alimentazione rigorosamente biologica, oppure fumare la sigaretta elettronica.

Rifugiarsi in una moda alimenta favorisce l'adozione di comportamenti imitativi, limitando l'effettiva consapevolezza implicita, inibendo così la capacità di cambiare quei comportamenti scorretti o dannosi che spesso vengono adottati e si consolidano proprio in questa fase della vita. Questo è molto evidente per quanto riguarda il consumo di alcolici, il fumo e lo sviluppo delle dipendenze.

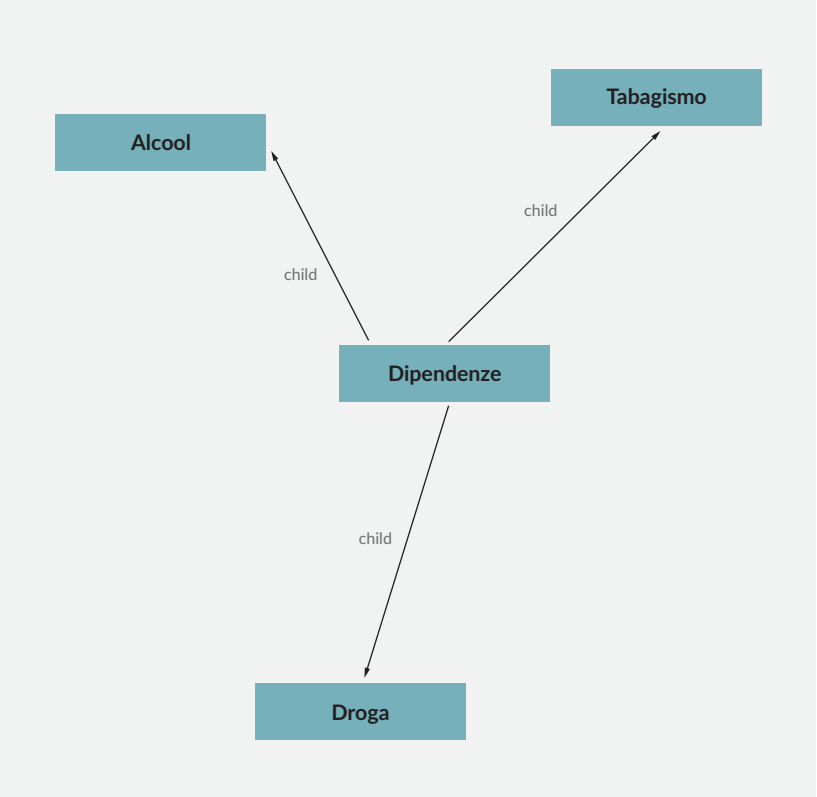

Figura 15 - Rapporto con le dipendenze

Il tema delle dipendenze è stato affrontato molto durante i *focus group*, spesso in maniera del tutto spontanea, dove i giovani hanno desiderato raccontare esperienze personali e opinioni.

Per dipendenza gli studenti intendono un'abitudine acquisita, non sana, difficile da controllare e che può portare conseguenze negative per la salute.

Tra queste annoverano la dipendenza dal tabacco, da sostanze stupefacenti, dall'alcool, da un'alimentazione scorretta come il fast-food come spiega Dario:

St. 33: Beh dipende. Poiché quando si ha una abitudine malsana, è difficile non fare lo stesso errore se non ci pensi. Ecco, se ci penso, mi correggo e non lo faccio. Però non tutte le volte si sta lì a pensare prima di agire. (Uomo, 18 anni, Di Vittorio – Lattanzio, V Municipio)

Il tabagismo è in generale tra i temi più affrontati dal campione di studenti coinvolti nei *focus group*, e ricorre in 30 casi; mentre l'alimentazione è il tema più discusso con ben 34 referenze. L'argomento è stato affrontato in modo omogeneo dagli studenti di entrambi gli istituti, dove è stato riscontrato un alto tasso di giovani fumatori, e più della metà per ogni classe coinvolta ha provato almeno una volta a fumare. In alcuni casi gli studenti raccontano di esperienze passeggere, in cui si è provato a fumare, ma subito si è deciso di smettere in quanto si avvertivano i primi effetti negativi sulla salute come emerge dalle narrazioni degli studenti:.

St. 59: perché non ce la facevo a salire le scale, me ne sono accorto subito che mi mancava il respiro ed ho smesso. (Uomo, 18 anni, Visconti, VII Municipio)

S***t. 43: io ho provato però in verità non mi piace, mi sembra solo una goliardia che uno fa per mettersi in mostra. Non so se si pensa ai rischi che si corrono fumando, però credo pure che non abbiamo percezione di noi nel futuro. (Uomo, 18 anni, Visconti, IX Municipio)***

St. 48: anche io ho provato alle scuole medie però non mi piace, il cattivo odore, il costo delle sigarette. (uomo 18 anni, Visconti, XIII Municipio)

St. 3: io fumavo, ho smesso. Purtroppo, ho iniziato presto, quando avevo 14 anni, ora ne ho 18. Ho smesso due anni fa, poi ho ripreso. Ma non era un vizio, diciamo che quando stavo con gli amici una sigaretta me la fumavo sempre, solo che ora ho lasciato perdere proprio innanzitutto per la salute e poi sono tanti soldi persi proprio, con cui si possono fare tante altre cose migliori. (Uomo, 19 anni, Di Vittorio – Lattanzio, VI Municipio)

In altri casi invece i giovani studenti spiegano che, nonostante si definiscono consapevoli dei danni alla propria salute, non riescono a smettere di fumare:

St. 32: Hanno fatto anche le sigarette elettroniche, quindi stiamo punto e a capo. (Uomo, 18 anni, Di Vittorio – Lattanzio, VII Municipio)

St. 41: Io c'ho provato ma non ho fumato solo 4 giorni. Secondo me devi essere proprio motivato. (Donna, 18 anni, Di Vittorio – Lattanzio, VII Municipio)

St. 38: Con me non ci sono riusciti, quindi non lo so. Nonostante a scuola lo dicano, però qui fumiamo quasi tutti. Se arriva attraverso un'imposizione, ad esempio, io non smetto di fumare perché intanto non è una decisione che parte da me e quindi non lo farò. Me lo ero imposto, ho smesso per 29 giorni, ma al 30imo sono andata a chiedere sigarette in giro. (Donna, 18 anni, Di Vittorio – Lattanzio, VII Municipio)

Altri studenti del Liceo Visconti invece provano a dare una spiegazione all'insuccesso delle campagne per la prevenzione, sostenendo quanto queste siano insufficienti:

St. 50: Secondo me, invece, noi siamo consapevoli dei rischi che si corrono. Ormai lo sanno tutti cosa succede in seguito ad anni in cui si è fumatori. Magari anche fumatori incalliti. Secondo me però si potrebbe insistere con le campagne di sensibilizzazione e farne di più invasive. (Uomo, 17 anni, Visconti, I Municipio)

St. 51: Infatti secondo me si potrebbe pensare a qualche campagna che simuli gli effetti, non so magari usando le nuove tecnologie così da avvertire subito gli effetti negativi del fumo, non lo so, penso alla tosse magari. (Donna, 18 anni, Visconti, I Municipio)

St. 53: Io invece non penso che una campagna così, del terrore, sia utile. Anzi, credo che anche oggi la campagna contro il fumo o gli effetti del fumo sia fin troppo esplicita se pensiamo alle foto sui pacchetti. E penso che, anche se si illustrano i rischi, il soggetto compie le proprie scelte liberamente. Non è perché c'è la campagna che io smetto di fumare, ad esempio. (Donna, 18 anni, Visconti, I Municipio)

Altri studenti invece dichiarano che il fumo è per loro una fonte di benessere psicologico, che li aiuta a gestire ansia e stress, oppure attraverso il quale

celebrano ritualmente alcuni momenti della quotidianità, come raccontano Elena e Giacomo:

St. 53: Io, in verità, dirò una cosa che va controcorrente però, quello che a me provoca piacere è fumare. Sono consapevole che potrebbe, in futuro, contribuire a delle forme ad esempio di tumore però io quando fumo sto bene. Non fumo solo quando sono stressata o nervosa, fumo anche quando sono felice o non so, ho preso un buon voto a scuola. Un mio zio, di secondo o terzo grado, si è ammalato di tumore ai polmoni quindi so che è rischioso però, adesso a me piace. Ho cominciato così, un po' per fare la ribelle, un po' perché così, alle scuole medie ho provato e niente, mi piace. (Donna, 18 anni, Visconti, I Municipio)

St. 10: Io ad esempio, fumo una sigaretta e mi rilasso. Sto la e sto bene. Io fumo quando non mi alleno, una sigaretta così e mi rilasso. Per me è un destress, se però ho delle gare perché faccio MMA, smetto, cioè non fumo. (Uomo, 18 anni, Di Vittorio – Lattanzio, IV Municipio)

In particolare, nei *focus* condotti al Liceo Visconti è emersa l'opinione diffusa che ci siano grossi interessi economici che impediscono allo Stato di stabilire linee ben precise per la prevenzione delle dipendenze ed in particolare riguardo le campagne di sensibilizzazione contro il fumo. Molti sostengono che sia responsabilità dello Stato sostenere i cittadini, non vietando il fumo, bensì investendo maggiormente in campagne informative sugli effetti del fumo a lungo termine.

St. 46: Vabbè intanto lo Stato comunque non farà mai una campagna reale per i suoi cittadini se continua a guadagnare soldi sulla vendita delle sigarette. Quindi certo, finché ci sarà il monopolio, non credo che organizzerà degli interventi mirati a salvare vite umane. Ha provato si, a togliere i pacchetti da 10 ed anche ad aumentare il costo delle sigarette però di certo non ne ha ridotto il consumo. (Uomo, 18 anni, Visconti, IX Municipio)

St. 43: Secondo me si potrebbe anche pensare che lo Stato possa organizzare una campagna pubblicitaria, diciamo, riempiendo le città di cartelli etc però è troppo costosa. In Italia ad esempio abbiamo un debito pubblico altissimo e non penso proprio che allo Stato importi investire 1mld, o anche 2 per fare una campagna di questa portata…. È l'economia che domina le scelte anche della politica per cui, se spendi tanti soldi sulla salute diciamo, poi non riesci a fare altre cose, che ne so come programmi per lo studio. (Uomo, 17 anni, Visconti, IX Municipio)

Gli studenti intervistati ammettono di aver ecceduto qualche volta con il consumo di alcool e che in questo caso sono più evidenti gli effetti indesiderati ed è pertanto più facile fermarsi.

Gli studenti che ammettono di aver fatto uso di alcool dichiarano anche di aver smesso in seguito ad eventi spiacevoli, come il vomito, la dissenteria, la mancanza totale di lucidità e di autocontrollo. Sono soprattutto gli studenti del Liceo Visconti a parlarne più apertamente:

St. 43: ahahahaahhha—io non bevo, oggi proprio da quattro mesi. Perché mi sono sentito male, ho vomito e allora ho pensato di dover sospendere per un pò. (Uomo 17 anni, Visconti, IX Municipio)

St. 46: Mi sono ubriacato una volta e sono stato male per cui poi, se devo bere ancora e magari vomitare di nuovo, non mi va. Allora cerco di non bere, o al massimo una birra piccola…. ecco, secondo me anche questa è un'altra differenza con il fumo. L'alcool ti provoca malessere subito, che ne so, vomito, mal di testa allora uno può pensare che dato che sta male, e lo vede, allora forse è meglio non farlo nuovamente. (Uomo 18 anni, Visconti, IX Municipio)

L'alcool nonostante si dimostri, in alcune situazioni, come vincolo e veicolo di socialità, gli studenti sembrano più predisposti a rifiutarne il consumo giacché il rischio percepito è alto. Gli effetti indesiderati sono immediati e rendono talvolta l'esperienza dannosa o traumatica.

Al contrario per il consumo di tabacco il rischio percepito è inferiore in quanto i sintomi del malessere, associato al consumo, possono potenzialmente non presentarsi nell'immediato. Per quanto riguarda il consumo di stupefacenti gli studenti evidenziano la responsabilità individuale che i

soggetti hanno in merito al consumo di sostanze pericolose per la propria salute. La responsabilità individuale è un altro aspetto centrale quando viene affrontato il tema della consapevolezza e della prevenzione.

In opposizione all'atteggiamento fatalista, tuttavia in contraddizione, la responsabilità individuale in merito alla propria condizione di salute e le proprie scelte pone nuovamente al centro il soggetto e la sua capacità di autodeterminarsi.

Questo aspetto viene associato alla possibilità di incidere positivamente nel mantenimento di una vita equilibrata, ma nei limiti delle possibilità e dunque finché il 'caso', non si manifesti.

Durante i *focus* presso l'istituto Di Vittorio - Lattanzio, è emerso con particolare enfasi il tema della predisposizione genetica quale aspetto ineluttabile del nostro destino in quanto esseri biologici.

St. 38: Anche io la penso così, se sei predisposto, non puoi farci niente. Io conosco la madre di un mio amico che non fuma ed ha uno stile di vita sano ma le hanno scoperto 4 tumori e da 4 anni sta così. (Donna, 18 anni, Di Vittorio Lattanzio, IV Municipio)

St. 36: Secondo me è soprattutto determinato dalla genetica. (Uomo, 18 anni, Di Vittorio – Lattanzio, VII Municipio)

St. 35: Secondo me le scelte contano però il codice genetico è determinante. (Uomo 18 anni, di Vittorio Lattanzio, VI Municipio)

In merito all'aspetto genetico quindi ritorna in campo il senso di impotenza rispetto alla possibilità di incidere sulla propria vita in forza di un destino su cui non si ha controllo, in questo caso al caso viene sostituita la nozione genetica.

Questo aspetto dimostra la scarsa informazione che si fa in merito agli scenari aperti dalle nuove scoperte genetiche. Soprattutto per il cancro, l'aspetto genetico è ritenuto determinante dai soggetti:

St. 34: Per me si tratta di un equilibrio fra le scelte e la predisposizione genetica. Certamente se un bambino di due anni, si ammala di cancro, la causa non è evidentemente rappresentata dalle scelte, ma da una predisposizione. (Uomo, 18 anni, Di Vittorio – Lattanzio, I Municipio)

St. 39: Scelte di vita possono determinare le probabilità che tu possa avere una malattia, mentre per altre scelte le probabilità sono genetiche. Il cancro ad esempio è legato alla familiarità genetica, si può sapere quante sono le percentuali di ammalarsi di cancro e di quale tipologia, in base a quelle avutesi in famiglia. (Uomo, 18 anni, Di Vittorio – Lattanzio, VII Municipio)

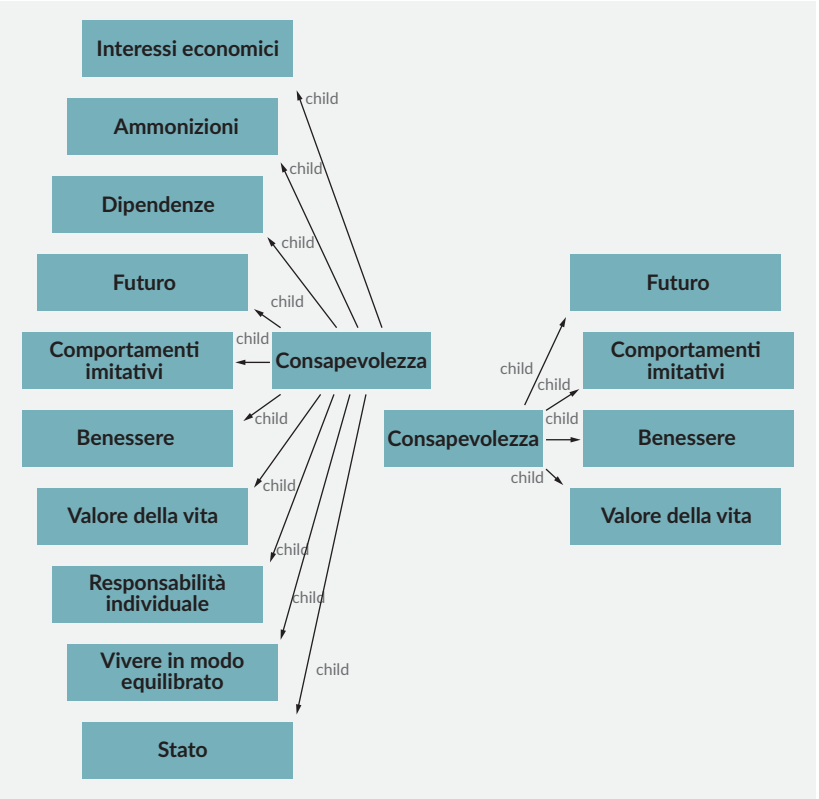

Figura 16 - Concetti legati alle macro-aree di indagine Prevenzione e Consapevolezza

5. Discussione e prospettive future

La ricerca pilota, oggetto di questo volume, ha raccolto dalla realtà sociale una definizione non univoca di prevenzione e salute, confermando una complessità attesa e motivando pertanto la presa in carico e l'ideazione di nuove strategie della conoscenza e della promozione che siano più adatte all'idea che i più giovani hanno della propria vita.

Temi come lo stile di vita, il rischio, ma anche la percezione del futuro e la responsabilità personale che accompagna il bisogno di modelli, diventano elementi centrali riguardo la condotta della propria vita o l'immagine che si ha di se stessi. Questi elementi sono fortemente condizionati da una valutazione del proprio benessere in termini qualitativi e che lascia spazio ad una idea di sé stessi in relazione con gli altri quale fonte privilegiata di salute, laddove nell'altro è possibile trovare sia un modello da imitare, per quanto riguarda i consumi, sia la possibilità di condividere aspetti emotivi, intimi e realizzarsi in quanto persona.

Per tale ragione, arginare le problematiche giovanili come il consolidamento delle dipendenze, di abitudini dannose per la propria salute, passa attraverso la promozione della salute a tutto tondo, laddove è necessario inglobare all'interno dell'idea di salute e di prevenzione primaria, una definizione non unitaria che lasci spazio ad una matrice esperienziale del benessere, legato alla condivisione e al benessere affettivo.

Grande attenzione deve essere prestata alle condizioni di disuguaglianza materiale, in quanto le barriere di accesso alla salute e in questo caso gli elementi che favoriscano il benessere in un'ottica di prevenzione primaria, come lo sport e l'alimentazione, non sempre sono accessibili in egual misura ai cittadini di uno stesso territorio.

Inoltre, le possibilità legate alla gestione del tempo libero, purtroppo ancora oggi risultano altamente condizionate dal capitale economico delle famiglie e dalla provenienza territoriale che si configura come una determi-

nante di salute. Lavorare sul territorio richiede grandi sforzi da parte delle politiche pubbliche e dai soggetti istituzionali competenti, al fine di rompere il ciclo della diseguaglianza favorendo attività di prevenzione primaria per i più giovani, non soltanto da un punto di vista informativo, ma anche relazionale ed esperienziale, che rompa le nicchie rendendo più democratico l'accesso al sapere e alle possibilità di mantenersi in salute, laddove questo resta un pilastro della nostra società civile che si assume l'impegno di promuovere e rendere effettive le condizioni di benessere orizzontale della popolazione.

Ciò che emerge dalla ricerca è il bisogno dei giovani di non essere lasciati soli, di ricevere un accompagnamento conoscitivo e informativo che li metta in condizione di maturare una propria consapevolezza sugli stili di vita e le abitudini dannose, favorendo quella responsabilità individuale di analisi e di approccio che li porti autonomamente a decidere per la loro salute.

Dall'analisi condotta risulta un deficit di coinvolgimento efficace degli adolescenti in termini formativi e informativi, necessario per supportare il giovane nella consapevolezza dei rischi legati a determinati stili di vita, ma soprattutto nella conoscenza delle opportunità (centri sportivi, punti di incontro, servizi sanitari, etc.) presenti sul territorio. Questa mancanza di comunicazione e progettualità tra operatori istituzionali (Ospedali, Asl, istituti scolastici, enti locali) non consente una relazione serena con il mondo adolescenziale che, difatti, percepisce diffusamente lo 'Stato' come soggetto carente nel prendersi carico dei bisogni di salute dei giovani.

Questi ultimi sentono di contare poco sul piano sociale e politico, si reputano ricettori di campagne di sensibilizzazione che giudicano distanti e impositive, mentre si ritengono esclusi da efficaci forme di coinvolgimento in cui si esalta la dimensione relazionale e di ascolto. Il sentimento di diffidenza nei confronti delle campagne di prevenzione contro l'abuso di alcol, l'uso di droga e il tabagismo si lega al desiderio di un coinvolgimento diverso, nel quale non è l'imposizione a orientare la presa di coscienza dell'adolescente, bensì la piena maturazione dei rischi e delle problematiche (personali, relazionali e sociali) connesse con quei comportamenti. Tutto ciò richiede un'attenzione diversa verso il target giovanile, con strumenti adeguati di ascolto e soluzioni informative che guardano sia alle componenti razionali sia a quelle emotive del messaggio, soprattutto nel caso di condotte intese come fattore di rischio tumorale.

Va intrapresa un'azione educativa improntata al dialogo e all'ascolto, reinterpretando la funzione 'comunicazione' da paradigma dell'informazione a quello della partecipazione, dove la stessa è concepita come strumento di empowerment del giovane. Il dialogo porta l'adolescente a riflettere, a pensare alle proprie azioni e alle conseguenze delle proprie condotte, sentendosi attore riconosciuto e coinvolto in grado di decidere per la propria salute. A tale obiettivo sono chiamate le aziende sanitarie e gli ospedali di eccellenza in partnership con gli enti locali competenti, le istituzioni scolastiche superiori e le università, rivedendo un rapporto di operatività a compartimenti stagni, a volte autoreferenziale e rigido, in favore di una progettualità comune che punti al coinvolgimento dei giovani attraverso iniziative culturali, formative e di ricerca sociale che aiutino il giovane ad attivare autonomamente scelte consapevoli per il proprio benessere e ad utilizzare le risorse presenti sul territorio per la tutela della salute.

Il premio nobel Amartya Sen (2001) lega la qualità della vita delle persone, e prima di tutto dei giovani, all'insieme di quelle 'combinazioni alternative' che potenzialmente una persona è in grado di realizzare. Questa capacità del singolo di fare il punto su se stesso, sulle scelte e, quindi, sui propri stili di vita diventa l'obiettivo in termini di prevenzione primaria e tutela della salute affinché il giovane sia in grado di sviluppare una concezione di ciò che è positivo per il proprio benessere.

La prospettiva futura per il sistema sanitario e il mondo dell'education è progettare insieme specifiche attività di coinvolgimento dei giovani puntando sul valore del dialogo e sullo sviluppo della riflessività, quale competenza necessaria per poter valutare le proprie condotte e le scelte di vita. Ciò permette al singolo di riconoscersi protagonista del proprio spazio e della relazione con gli altri, attribuendo valore alla ricerca del proprio benessere fisico, psichico ed emotivo.

Postfazione

di Francesco Ripa di Meana, Direttore Generale IFO

La ricerca promossa dall'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e l'Istituto Dermatologico San Gallicano di Roma è stata una scelta fortemente voluta per alcuni fattori rilevanti: la platea di giovani coinvolti, per noi target di significativa attenzione in una logica di informazione e coinvolgimento nelle politiche attive di prevenzione; il rapporto con il territorio in uno spirito di responsabilità culturale, sanitaria e sociale; l'oggetto stesso d'indagine in termini di stili di vita e abitudini quotidiane quali elementi costitutivi della qualità di vita di una persona.

La volontà è stata porre al centro di un rinnovato dibattito pubblico i giovani e il loro approccio alla tutela della salute, avviando una *partnership* tra realtà sanitaria e della ricerca, mondo della scuola e dimensione giovanile.

Si è voluta rafforzare la natura inclusiva e la mission primaria di un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, che è quella di contribuire alla promozione, prevenzione e sviluppo dello stato di salute della popolazione, garantendo ai cittadini – a partire da quelli più giovani che approcciano per la prima volta a scelte di responsabilità autonoma- la conoscenza fondamentale per migliorare la dimensione di benessere personale.

In questo senso si è cercato di dare attuazione a uno degli aspetti principali della vision dell'IFO, ovvero integrarsi virtuosamente con il proprio territorio e dare risposte adeguate ai bisogni di salute che la popolazione esprime soprattutto in termini di ricerca e prevenzione.

Gli esiti della ricerca hanno delineato un quadro interessante su cui agire in modo sinergico, rinforzando la partnership avviata con le scuole e il territorio romano, e ampliando il raggio d'indagine e la popolazione giovanile da coinvolgere. Dall'indagine sperimentale avviata è emerso che, benché i giovani siano abbastanza informati riguardo le azioni da intraprendere per uno

stile di vita sano, non sempre si realizza una piena corrispondenza tra l'idea di stile di vita positivo e il comportamento effettivo, poiché le condotte adolescenziali si collocano in una fase biografica nella quale le relazioni e i fenomeni 'imitativi' restano fattori decisivi che orientano le condotte e le azioni quotidiane e contribuiscono a plasmare l'identità della persona.

Queste prime risultanze, pertanto, rilanciano l'importanza di un ulteriore intervento conoscitivo delle dinamiche imitative e sociali che influenzano i giovani e la necessità di una sensibilizzazione dei comportamenti in tema di prevenzione e stili di vita salutari.

Si tratta di continuare in questa direzione e intraprendere un'ulteriore indagine di carattere quantitativa al fine di fornire uno scenario più completo sulla questione giovanile e, al tempo stesso, creare un utile strumento di progettazione di servizi e campagne di sensibilizzazione mirate a coinvolgere gli adolescenti romani. Il presupposto fondamentale sarà creare una rete di qualità tra ricercatori, mondo della sanità, istituzioni scolastiche ed enti locali che sia in grado di mettere al centro i giovani adolescenti delle scuole superiori di Roma, valutarne gli stili di vita e le abitudini quotidiane e accompagnarli verso scelte più consapevoli e responsabili per la promozione della propria salute.

Bibliografia

Aiom, Airtum (2016), ***I numeri del cancro in Italia***, Pensiero scientifico Editore.

Buzzoni C., Crocetti E., Airtum Working Group, ***A simple approach for national and regional estimates of cancer incidence: the Italian experience.*** Submitted for publication.

Cavallo F., Lemma P., Dalmasso P., Vieno A., Lazzeri G., Galeone D. (2014), ***4° Rapporto sui dati HBSC Italia 2014***

Cesareo V. (2005), ***Ricomporre la vita. Gli adulti giovani in italia,*** Hoepli Editore

Corrao S. (2005), ***Il focus group***, Franco Angeli, Milano.

De Angelis, Costa C., Pallini S. (2012) ***Tra reale e irreale. Giovani ai margini***. Franco Angeli, Milano

DPCM (2007), ***Adozione documento programmatico "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari",*** 4 maggio, su www.guadagnaresalute.it

Glaser B. G., Strauss A. L., (1965), ***Awareness of dying, Aldine Publishing company, Chicago***

Occhipinti A. (2008), ***Tutela della vita e dignità umana,*** Utet Giuridica, Torino.

Oecd (2015), ***How's life? 2015. Measuring Well-being,*** su http://www.oecdbetterlifeindex.org

Istituto Superiore di Sanità (2014), ***Il Registro Nazionale Malattie Rare nel contesto nazionale e internazionale. 3° Rapporto (dati al 31 dicembre 2014),*** su http://old.iss.it/binary/publ/cont/17_8_web.pdf

Merton R.K., Fiske M., Kendall P. (1990), ***The Focused Interview: A Manual of Problems and Procedures,*** The Free Press, New York

Mortari L., Zannini L. (2017) ***La ricerca qualitativa in ambito sanitario,*** Carocci, Roma.

Ministero della Salute, ***Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018,*** su http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf

Politi F. (2011), ***Diritti sociali e dignità umana nella Costituzione repubblicana,*** Utet Giuridica, Torino.

Sen A. (2001), ***Development as Freedom (2nd ed.),*** Oxford University Press.

World Health Organization (1997), J***akarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, su World Health Organization (2008), The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever),*** World Health Organization (2008), ***Conference on Health Systems, Health and Wealth***