

## **La costruzione della cultura della prevenzione in preadolescenza e adolescenza**

Tiziana Mangarella

**Abstract** The way culture of prevention is structured among pre-adolescents and adolescents is explored, drawing attention to gender differences about the perception of health needs and risk behaviours. The focal point is on the risk areas which involves mostly the females, although these are not their exclusive prerogative: the sphere of sexual health (contraception, prevention of sexually transmitted infections, abortions) and the field of eating disorders. Through the implementation of focus groups, it has been possible to understand the stance of preteens and teenagers (boys and girls divided by age, living in socially mixed urban areas) in the city of Bari. Strong gender stereotypes have emerged: they affected both sexes and are potentially related to concrete risk, as far as the perception of the body, the stories referring to gender relationships and the way they live sexuality are concerned.

**Sommario** 1. Premessa e nota metodologica. – 2. Introduzione. – 3. La percezione della salute e i comportamenti a rischio in adolescenza. – 4. Fare prevenzione. – 5. Le differenze di genere. – 6. La percezione corporea e i disturbi del comportamento alimentare. – 7. Le malattie sessualmente trasmissibili e le gravidanze indesiderate. – 8. Il punto di vista dei testimoni privilegiati. – 9. Il punto di vista di ragazze e ragazzi.

**Keywords** Adolescence. Risk. Gender.

### **1 Premessa e nota metodologica**

Il presente lavoro esplora il modo in cui viene a strutturarsi la cultura della prevenzione tra preadolescenti e adolescenti, rilevando eventuali differenze di genere riguardo alla percezione del concetto di salute e all'assunzione di comportamenti a rischio. L'analisi intende offrire spunti di riflessione su come si possano potenziare i fattori protettivi favorendo sinergie tra servizi socio-sanitari e agenzie educative, quali luoghi strategici di promozione della salute.

Con riferimento alla letteratura sull'argomento, attraverso l'analisi di fonti documentali secondarie, sono state prese in considerazione quelle aree di rischio che investono maggiormente la componente femminile, pur non essendone esclusivo appannaggio:

- area della salute sessuale, contraccezione, prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili (MST) e delle gravidanze indesiderate

- area della percezione corporea e dei disturbi del comportamento alimentare.

Il quadro teorico è stato arricchito da un'indagine esplorativa di taglio qualitativo, attraverso una rilevazione sul campo effettuata nella città di Bari:

- sono state rilevate le opinioni di alcuni testimoni privilegiati, che esprimono un punto di vista autorevole su tali fenomeni, tracciando ipotesi di lavoro, per favorire la costruzione di una cultura della prevenzione nel territorio di riferimento;
- è stato raccolto il punto di vista di preadolescenti e adolescenti (ragazzi e ragazze, suddivisi per sesso e fasce d'età, di aree urbane a composizione sociale mista), mediante la realizzazione di 7 focus group realizzati presso tre scuole superiori e una media inferiore. Il nucleo centrale di interviste è stato realizzato con ragazze della fascia 14-17 anni (per un totale di 52 partecipanti, divise in 4 sottogruppi), a cui si sono aggiunti 3 gruppi più ridotti (per un totale di altri 28 partecipanti), che hanno visto coinvolti ragazzi delle fasce 12-13 e 16-17 anni e ragazze della fascia 12-13 anni.

## **2 Introduzione**

Il concetto di salute è molto ampio e, nella definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, non viene identificato solo nell'assenza di malattia, ma rimanda a uno 'stato di completo benessere fisico, psichico e sociale'.

Ai fini della comprensione dei meccanismi di determinazione dello stato di salute, occorre tenere conto della coesistenza di più fattori e della loro interconnessione, in una prospettiva multidimensionale.

I determinanti più potenti della salute devono essere ricercati nelle condizioni sociali, economiche e culturali di una popolazione [...] e nel capitale sociale (Clemente 2012).

È ormai noto che l'adozione precoce di stili di vita sani è fortemente correlata alla prevenzione dell'insorgenza di malattie cronicodegenerative in età adulta. Numerosi studi epidemiologici sostengono che un individuo che ha avuto uno stile di vita sano nell'infanzia e nell'adolescenza avrà maggiori *chances* di mantenersi in salute nelle successive fasi di vita, con vantaggi per sé e per il Sistema Sanitario. La costruzione di una cultura della prevenzione costituisce dunque un fattore protettivo, favorendo una significativa riduzione dei costi umani (oltre che economici) conseguenti a possibili cronicizzazioni o a danni permanenti.

### 3 La percezione della salute e i comportamenti a rischio in adolescenza

L'adolescenza è descrivibile come la fase del ciclo di vita in cui l'individuo acquisisce le competenze e i requisiti per assumere le responsabilità di adulto (Palmonari 1993; Maggiolini, Pietropolli Charmet 2004). Diversi approcci teorici sul tema dell'identità e i risultati di ricerche empiriche concordano nell'attribuire all'adolescenza

momenti, più o meno prolungati, di esplorazione/crisi che possono rivolgersi, o meno, a seconda dell'orientamento assunto dalla costellazione delle forze in gioco, nella costruzione di una componente rilevante dell'identità del soggetto (Palmonari 1993).

Essa rappresenta la fase del ciclo di vita in cui

il bisogno di rischiare, inteso come assunzione di rischi in termini comportamentali, si esprime con particolare intensità e si manifesta tramite numerosi comportamenti di sperimentazione che fanno parte dei normali processi di sviluppo. Si tratta di condotte che consentono all'adolescente di mettere alla prova le proprie abilità e competenze (Malagoli Togliatti 2004).

La letteratura specialistica evidenzia come l'assunzione del rischio sia in qualche modo 'funzionale' al fronteggiamento dei compiti di sviluppo (Caprara, Fonzi 2000), sia per quello che concerne lo sviluppo dell'identità del soggetto (Palmonari 1993, 2001), sia ai fini della sua visibilità, accettazione e desiderabilità sociale. Ciò avviene «in relazione al differente sviluppo delle capacità individuali e alle diverse opportunità offerte dal contesto sociale», motivo per cui alcuni adolescenti sono più esposti al rischio di altri (Bonino et al. 2003). Tali comportamenti (abuso di alcol e tabacco, uso di sostanze, sessualità precoce rispetto al calendario sociale, ecc.) sono tesi all'affermazione e alla sperimentazione di sé - mediante differenziazione e opposizione, trasgressione, sfida, ricerca di una soluzione emotiva immediata, esplorazione dei limiti - ma anche alla costruzione di una 'reputazione' che consenta di essere riconosciuti dal gruppo dei pari. Il rischio per la salute può essere immediato, come nel caso della guida pericolosa, prima causa di morte in età adolescenziale, oppure posticipato, come nel caso delle malattie sessualmente trasmissibili o di quelle correlate all'alcol-dipendenza e all'uso di sostanze. Altri comportamenti possono investire in maniera più marcata aspetti psicosociali, costituendo eventi-svolta nella vita dell'individuo, con effetti e/o danni a lungo termine (si pensi alle gravidanze precoci o alle vittime di bullismo).

Un ottimismo irrealistico e un'alterata percezione del self-control spes-

so sono alla base dell'adozione di comportamenti a rischio. Gli adolescenti sono il più delle volte consapevoli del pericolo sotteso, ma solitamente tendono a «sottostimare la probabilità delle conseguenze negative, in quanto non ritengono che tali eventi possano capitare a loro» (Malagoli Togliatti 2004). Secondo Bonino, l'assunzione del rischio si lega a modalità di *coping* e/o fuga, ovvero, strategie socio-cognitive che permettono di far fronte in modo adattivo alle difficoltà e ai problemi personali e relazionali della vita quotidiana. Emerge in modo chiaro la funzione del gruppo dei pari: da una parte, l'approvazione è decisiva soprattutto nella fase iniziale, quando si intraprende il comportamento a rischio; dall'altra, si rileva un meccanismo di rafforzamento della propria identità nell'assumere abitudini diffuse nel gruppo, segno distintivo di appartenenza (Bonino 2003).

Studi recenti mostrano come la percezione del proprio bisogno di salute e l'assunzione di comportamenti a rischio in adolescenza siano determinate da fattori sia soggettivi sia di contesto. Comprendere i determinanti di questi comportamenti – accettazione e riti di 'iniziazione' nel gruppo dei pari, capitale culturale e status socio-economico della famiglia, atteggiamento relazionale degli insegnanti e della scuola – è fondamentale ai fini della promozione della salute.

Nello *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): Rapporto sui dati 2010* dell'Istituto Superiore di Sanità (Cavallo et al. 2013), vengono evidenziate alcune significative correlazioni. Il primo aspetto esplorato è quello delle *relazioni intra-familiari*. La comunicazione genitori-figli, come è noto, risulta essere un fattore protettivo ed è associata a comportamenti di salute tra gli adolescenti. Viceversa, relazioni difficili con i genitori sono associate a maggiori probabilità di scarsa autostima, problemi scolastici, insoddisfazione riguardo alla propria immagine corporea, consumo di sostanze, sviluppo di sintomi depressivi, comportamenti antisociali. Anche l'*ambiente scolastico* rappresenta una dimensione centrale, in quanto spazio relazionale. Il benessere psicosociale di ragazzi e ragazze può essere promosso o ostacolato dal clima sperimentato nel corso dell'esperienza scolastica. L'altra dimensione esplorata nella ricerca è la *posizione socio-economica* della famiglia di origine. Lo studio evidenzia come

adolescenti che vivono in famiglie con un basso status socio-economico così come in un ambiente sociale povero e svantaggiato tendano, generalmente, ad adottare uno stile di vita poco salutare (Cavallo et al. 2013).

C'è una correlazione tra condizioni di svantaggio e di povertà delle famiglie e l'adattamento psicosociale dei ragazzi, sia per l'esposizione ad eventi stressanti e relazioni conflittuali, sia per aspetti legati allo svantaggio socio-culturale del contesto di residenza (il quartiere).

In un approfondimento ulteriore viene esplorata la relazione tra il *capitale sociale*, il livello di benessere familiare, la messa in atto di comportamenti a rischio e lo stato di salute percepito in adolescenza, evidenziando come

bassi livelli di benessere economico familiare, minori livelli di capitale sociale e una maggiore messa in atto di comportamenti a rischio siano associati a una peggiore percezione del proprio stato di salute («La percezione dello stato di salute» 2011).

La percezione di salute è influenzata dallo status socio-economico individuale e dal capitale sociale nella comunità di residenza, laddove il primo si riferisce a una serie di indicatori individuali, quali il reddito, il grado di istruzione, la posizione lavorativa, il benessere economico, e il secondo descrive la quantità di risorse di un individuo ottenute dalle relazioni sociali instaurate nei contesti di vita.

Diversi autori riferiscono evidenze sul fatto che i rischi tendano a sommarsi, producendo un aumento della vulnerabilità complessiva. Al contrario, i fattori protettivi possono ridurre direttamente gli effetti del rischio, favorire le competenze e rafforzare l'individuo nei confronti delle avversità, consolidando la sua capacità di resilienza. Secondo Hendry e Kloep (2003), lo sviluppo può essere concepito come cumulo di abilità e risorse derivanti dal successo ottenuto nell'affrontare le sfide. Altri ritengono che i fattori di rischio e i fattori protettivi (Rutter 1987) siano il risultato dell'intreccio di variabili individuali, familiari, educative e sociali, con configurazioni complesse, in cui gli elementi interagiscono in modo dinamico.

## 4 Fare prevenzione

Fare prevenzione con preadolescenti e adolescenti implica l'assunzione di un'ottica sistemica, che consenta di intervenire precocemente e costruire una 'cultura della salute' in tutti gli ambienti di vita significativi, fornendo strumenti per leggere criticamente gli input negativi sui quali non si può esercitare un 'controllo' diretto. Si pensi, ad esempio, a tutto ciò che concerne la cosiddetta socializzazione orizzontale e in particolare il rapporto con i pari e con i new media. Gli adolescenti sono soggetti sociali e culturali e il loro approccio alla realtà nasce dall'interazione continua con l'evolversi della società e della cultura.

È importante per un educatore leggere questi cambiamenti, queste trasformazioni, ed educare a leggere le trasformazioni e i cambiamenti affinché i giovani siano cittadini coscienti e responsabili [...]. La via della prevenzione è dare al ragazzo gli strumenti perché sia in grado di

leggere la realtà con la sua testa [...]. Non lavorare per la prevenzione *da* ma per la promozione *di*, educando gli stessi ragazzi a diventare ‘trasmettitori’ tra pari, moltiplicatori (Ciotti 2005).

Perché ciò sia possibile, è necessario che le agenzie educative, le istituzioni, i servizi e il territorio dialoghino, condividendo obiettivi e linguaggi: occorre lavorare

per creare o rafforzare dei legami, creare integrazione o opportunità strutturali di comunicazione tra entità (persone, enti, risorse) distinte, ma che possono convergere o riannodarsi verso un’azione o tensione condivisa (Folgheraiter 1995).

Nella prevenzione di alcune problematiche - come ad esempio l’uso/abuso di sostanze - può risultare utile coinvolgere soggetti che, pur non avendo una specifica competenza sociale o sanitaria (ad esempio, gestori di locali e discoteche, istruttori sportivi, animatori, ecc.), siano in grado di interfacciarsi con gli adolescenti e, opportunamente formati, possano produrre effetti moltiplicatori delle azioni preventive, operando una sensibilizzazione e promuovendo salute e benessere (Leone, Celata 2006).

Un aspetto di fondamentale importanza attiene alla scelta del metodo di intervento. In generale, è preferibile adottare metodologie che favoriscano la costruzione di competenze relazionali e trasversali, piuttosto che ricorrere alla mera informazione. Ad esempio, informare rispetto ai rischi connessi all’uso di sostanze e agli effetti fisici e psichici può risultare non solo inefficace, ma addirittura controproducente, se non si lavora anche sugli aspetti di contesto e su un’alfabetizzazione emotiva.

Dall’analisi di alcune buone prassi, si è evidenziato come siano risultati più efficaci interventi non generici, ma specificamente progettati, che tenessero conto delle caratteristiche specifiche - età, genere, appartenenza etnica e culturale, livelli di coinvolgimento nel rischio degli adolescenti rilevati prima dell’intervento, ecc. - e dei target a cui sono stati indirizzati (Kelly et al. 2005; Kirby et al. 2007). In particolare, l’età sembra essere un aspetto determinante nella differenziazione degli interventi (Kelly et al. 2005), sia in relazione al livello cognitivo raggiunto, sia per i bisogni espressi e i significati attribuiti. Ancora, la fascia d’età è una discriminante importante rispetto all’opportunità di intervenire prima che il comportamento a rischio possa manifestarsi: lavorare già nella fase della preadolescenza (11-14 anni) consente di implementare alcune abilità sociali, quali la capacità di resistere alla pressione sociale. Anche l’appartenenza di genere, come l’età, costituisce una variabile strutturale della cosiddetta socializzazione primaria - da intendersi come apprendimento del ruolo sociale - e va presa in considerazione nella strutturazione degli interventi, proprio in relazione ad alcune aspettative legate ai ruoli di genere che vanno destrutturate.

## 5 Le differenze di genere

Il genere può essere definito come un costrutto sociale. È attraverso l'interiorizzazione di quelle che sono le aspettative sociali, nella cornice di un processo socio-culturale e relazionale, che persone di sesso maschile e femminile rientrano nelle categorie di uomini e donne. I ruoli di genere – definibili come l'insieme dei comportamenti attesi e richiesti, in conformità al proprio sesso – costruiscono, pertanto, degli ordinatori sociali.

Il termine genere, infatti, si riferisce a quanto vi è di storicamente e socialmente costruito nelle conseguenze – sul piano sociale, ma anche della percezione di sé – del venire al mondo con un corpo sessuato, in particolare con un corpo femminile (Saraceno 2001).

Età e sesso, insieme alla classe sociale, sono fattori di allocazione degli individui nei ruoli e nelle posizioni sociali e possono essere utilizzati come criteri di esclusione sociale da risorse e attività, così come possono determinare meccanismi di differenziazione dei gruppi sociali (Saraceno 1986).

L'introduzione del concetto di genere ha avuto il primo e impagabile merito di disvelare come le asimmetrie esistenti tra uomini e donne non si radichino nel loro sesso, ma siano il complesso risultato dei processi di socializzazione e di organizzazione sociale così come delle norme e delle aspettative culturali che ricadono in maniera differente su maschi e femmine trasformandoli in uomini e donne in differenti posizioni di potere [...] (Gamberi, Maio, Selmi 2010).

Ci sono processi che toccano allo stesso modo maschi e femmine, ma con esiti differenti (Balbo 1983): per tale motivo ragazzi e ragazze sviluppano, in parte, stili di coping diversi, così come d'altra parte sono soggetti/e a forme di controllo sociale distinte per modalità e per grado.

«Il divenire donna o uomo non è un processo lineare [...]. La vicenda tra i sessi, dato che è vicenda di culture e di vite, è educativa [...]», sostiene Barbara Mapelli (Mapelli 2008). Per tale motivo, la costruzione di salute in adolescenza non può prescindere anche da una pratica pedagogica che offra la possibilità di decodificare i processi che investono i generi. Già nei prodotti destinati alle bambine, in televisione, nella pubblicità o negli scaffali dei negozi di giocattoli, il genere funge da regolatore dei consumi. E la connotazione 'in rosa' dei prodotti delinea un preciso modello femminile. Le Barbie, le Winx, le Bratz, le piccole top model erotizzate, tutto parla di un corpo idealizzato, che si discosta da modelli di normalità e che, peraltro, brucia tappe dell'infanzia, con una conseguente precocizzazione della sessualità.

Anche l'immagine delle Winx è interessante ed è forse la miglior esemplificazione di quella iperfemminilità [...]. Oltre ai capelli fluenti e alle bocche carnose, hanno infatti vita strettissima e fianchi esageratamente larghi [...] (Lipperini 2007).

## **6 La percezione corporea e i disturbi del comportamento alimentare**

La dimensione del genere assume particolare rilevanza anche per tutta l'area della prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare.

Oggi, i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rappresentano una delle patologie più allarmanti dell'Occidente per la loro rapida diffusione, l'interessamento di fasce più ampie di popolazione in termini anagrafici e socio-demografici e l'insorgenza di quadri clinici diversificati e più gravi rispetto al passato. In particolare, l'età di esordio della patologia si è abbassata e la prognosi è più infausta, tanto da richiedere interventi terapeutici più articolati, complessi e distinti nei casi che interessano l'età evolutiva e l'adolescenza [...]. Sono in continuo aumento soprattutto la Bulimia Nervosa (BN) e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) o Binge Eating Disorder (BED) [...]. Un'insoddisfazione corporea vissuta in età precoce può costituire un fattore di vulnerabilità - spesso trascurato o, comunque, sottovalutato - che può preludere all'insorgenza di un disturbo alimentare (Ministero della Salute-Regione Lombardia 2012).

Nelle definizioni del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), l'anorexia e la bulimia sono trattate come due differenti disturbi. Nella letteratura psico-sociale e socio-culturale

si parla invece di anoressie-bulimie come di una stessa «sindrome culturale» o «disturbo etnico» che esprime le contraddizioni di un particolare gruppo sociale, in questo caso giovani donne occidentali (Vellar 2012a).

I soli fattori socio-culturali, come ad esempio il modello di magrezza veicolato dai media, non sono sufficienti a determinare lo sviluppo della patologia - che resta a eziologia multifattoriale - tuttavia sono senza dubbio implicati nell'insorgere dei disturbi alimentari.

La cultura non è quindi la causa della malattia (processo patogenetico), ma modella la forma dei sintomi (effetto patoplastico), quindi suggerisce la modalità d'espressione, la fenomenologia di una sofferenza interiore (Vellar 2012b).

Il valore di sé e l'immagine corporea sono intrinsecamente legati. I soggetti con DCA oscillano tra il bisogno di controllo, come è evidente nell'anoressia e nella bulimia nervosa, e il senso di inadeguatezza e impotenza, accompagnato da vergogna e colpa, presenti nei Binge Eating Disorder (Vinai, Todisco 2007). Secondo Dalle Grave, le restrizioni alimentari hanno due possibili cause: aver spostato sull'alimentazione l'esigenza di controllo di vari aspetti della propria vita; aver interiorizzato standard di magrezza irrealistici.

Le forme corporee delle modelle di oggi hanno poco a che fare con le forme della maggior parte delle donne nella nostra società. Il risultato sconcertante è che le donne sono spesso insoddisfatte delle loro forme corporee e si sentono in colpa anche dopo aver mangiato piccole quantità di cibo. Il trattamento dell'anoressia nervosa implica lottare contro queste pressioni culturali (Stagi 2009).

## **7 Le malattie sessualmente trasmissibili e le gravidanze indesiderate**

La salute sessuale rappresenta senz'altro una delle dimensioni più complesse e delicate di intervento nelle pratiche di prevenzione in adolescenza.

Facendo un raffronto tra il 1983 e il 2011, si nota come i tassi di abortività siano diminuiti in tutti i gruppi di età, con riduzioni meno marcate, tuttavia, per le donne con meno di 20 anni e tra 20-24 anni, andamento in parte dovuto al maggior contributo delle cittadine straniere in queste classi di età. Stando ai dati ufficiali - e quindi escludendo tutta l'area dell'abortività clandestina - i tassi di abortività continuano a essere più significativi nelle regioni del Centro-Nord: fa eccezione la Puglia, con tassi di abortività tra i più elevati (pari al 9.6‰ contro l'8‰ della media nazionale e il 7.7‰ della media delle regioni del Sud), pur osservandosi un significativo decremento (Istat 2011).

Secondo la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), da un'indagine condotta su oltre 1.000 giovani under 20 si evince che per oltre la metà dei ragazzi e delle ragazze il primo rapporto sessuale completo avviene tra i 15 e i 17 anni e in un terzo dei casi prima dei 15 anni. Il problema è che a questa sessualità precoce non corrisponde una consapevolezza dei rischi insiti. Le malattie sessualmente trasmissibili (MST) sono in continua crescita. Circa due terzi delle MST si presentano negli under 25, con una maggiore vulnerabilità delle ragazze.

Solo il 39% dei giovani usa abitualmente il preservativo, il 37% ritiene inutile l'utilizzo combinato di pillola e preservativo, il 14% li considera un ostacolo al rapporto. Più dei numeri colpiscono le ragioni con cui i giovani giustificano la scarsa protezione: per il 19% è una scelta precisa

(i contraccettivi non piacciono), il 49% non li ha a portata di mano al momento giusto, il 23% li dimentica e il 7% si adegua alle esigenze di un partner contrario all'utilizzo di metodi anticoncezionali. I ragazzi arrivano a considerare di volersi proteggere da gravidanze indesiderate, ma solo difficilmente pensano alle MST (Azzani 2012).

## **8 Il punto di vista dei testimoni privilegiati**

Il lavoro di analisi è stato arricchito da una ricerca sul campo, che ha visto coinvolti alcuni testimoni privilegiati, a vario titolo esperti ed esperte nel campo della salute e della tutela dei minori, nel territorio di riferimento.<sup>1</sup> Le interviste semi-strutturate hanno avuto un comune canovaccio, con approfondimenti relativi alle rispettive aree di competenza. Gli intervistati concordano nell'individuare in primis negli ambienti di vita di riferimento (famiglia, scuola e gruppo dei pari), nei modelli culturali e nel capitale sociale di cui si dispone i principali fattori determinanti della salute in preadolescenza e adolescenza, secondo una definizione di salute intesa come benessere globale.

Qual è la percezione del bisogno di salute tra i ragazzi e le ragazze preadolescenti e adolescenti? Emerge l'esigenza di confrontarsi soprattutto su alcune aree che destano curiosità, ma ciò raramente si traduce in consapevolezza di averne bisogno soggettivamente. Il rischio è spesso percepito - coerentemente con quanto la letteratura specialistica sottolinea - come qualcosa che può riguardare fundamentalmente gli altri e non se stessi.

La fenomenologia che si può osservare rispetto ai principali fattori di rischio è variegata e ampia. Il comune denominatore sembra essere costituito da un abbassamento della soglia d'età, con una diffusa precocizzazione dei comportamenti a rischio, e da una compromessa capacità di autoregolazione.

Rilevo un processo di adultizzazione estremamente preoccupante rispetto all'abbracciare tutta una serie di comportamenti che fino a qualche generazione fa incrociavamo dai 16 anni in poi...(G).

Per esempio questo fenomeno del *binge drinking*, questo fatto del bere in maniera smodata... una fenomenologia soprattutto legata all'idea di provare queste sensazioni forti al di fuori di qualsiasi controllo...(S).

---

<sup>1</sup> M = Medico ginecologo, referente Consultorio Centro Adolescenza; G = Garante dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Regione Puglia; P = Pedagogista, referente USR Puglia; S = Sociologo SERT; R = Responsabile Centro Ascolto per le Famiglie e Centro Aperto Polivalente per minori.

Si evidenzia, inoltre, una sorta di ‘sindrome da presentificazione’, di rimozione della percezione dei rischi reali per sé nel futuro. In particolare, la salute sessuale e la percezione corporea sono le aree in cui la differenza di genere, insieme all’età, deve essere considerata con particolare attenzione.

I ragazzi e le ragazze non vengono preparati dalla famiglia [...]. Non avendo questa preparazione, generalmente affrontano l’approccio sessuale con notizie che possono derivare dai mass media, dagli amici, dall’aver sentito dire... (M).

Le ragazze restano più esposte a certe tipologie di rischi, sebbene alcuni di questi non siano più prerogativa esclusiva della componente femminile, ma si estendano anche ai ragazzi, comunque in misura meno rilevante, come nel caso dei disturbi del comportamento alimentare (DCA). Troppo spesso si parla, a giusta ragione, della prevenzione del sovrappeso e dell’obesità, ma vengono trascurati i rischi da deficit dell’alimentazione. Da una parte l’offerta dell’industria alimentare propone prodotti poco salutari e ipercalorici, dall’altra l’industria dello spettacolo veicola modelli di bellezza molto lontani dalla normalità e dalla realtà di un corpo sano.

C’è una percezione di salute collegato col mito della bellezza, della perfezione [...] modelli che poi portano mancanza di accettazione della diversità... (P).

Un fenomeno particolarmente preoccupante è quello delle *new addiction*, soprattutto quando interseca la dimensione della sessualità e del *sexting*.

Si sono verificati diversi episodi di ‘sessualità spinta’, di abusi fra adolescenti e molto spesso sono passati nella rete attraverso l’utilizzo di telefonini... (R).

Cosa si fa e cosa si potrebbe fare per favorire la costruzione di una cultura della prevenzione? A parere degli intervistati, per certi aspetti si registra una significativa battuta d’arresto, da parte delle istituzioni scolastiche in particolare.

Bisognerebbe che la scuola tornasse ad essere intenzionalmente il luogo della prevenzione, promuovendo una certa cultura della salute come benessere globale dell’individuo, come un forte richiamo alla responsabilità dell’azione educativa proprio come attenzione a tutte le dimensioni, compresa quella emozionale, compresa quella del corpo [...] Quello a cui sto assistendo è un progressivo impoverimento di risorse in questa direzione... (G).

Si chiama in causa il ruolo della scuola e il rapporto che questa può costruire con i servizi nel territorio:

Ho lavorato proprio come referente per le pari opportunità con i Consultori e c'è una difficoltà ad intercettare le scuole... il Consultorio va da una parte e la scuola va dall'altra parte... (P).

Altrettanto importante è recuperare il ruolo della famiglia, affinché sia disponibile a raccogliere istanze e a dialogare con gli esperti, ponendosi in una prospettiva di prevenzione. Occorre però che sia chiara la distinzione tra prevenzione intesa come promozione del benessere globale e prevenzione che può attuarsi in ambito strettamente medico: entrambe modalità da praticare senza invasioni di campo e confusioni troppo spesso rilevate anche a livello istituzionale, che talvolta segnano una deriva 'medicalistica'.

A volte basterebbe lavorare sull'aspetto pedagogico, lavorare sulla gestione dei 'no', sulla gestione delle regole, sulla riappropriazione di sé e del proprio corpo, invece di vedere subito la patologia...(P).

Quali sono le agenzie sociali e istituzionali coinvolte e soprattutto quale ruolo svolgono e quale potrebbero svolgere? Oltre alle tradizionali agenzie educative rappresentate da scuola e famiglia, viene indicato un ventaglio di attori territoriali (ASL, associazioni, parrocchie, gestori di locali e discoteche, educatori dei Centri di Aggregazione e/o dei Centri di Ascolto, ecc.). Occorre una programmazione che metta a sistema risorse, competenze, strategie, con continuità, pena l'inefficacia di 'interventi spot'. Gli obiettivi progettuali devono convergere e integrarsi in un disegno di senso compiuto, condividendo a monte un 'codice educativo'. Diversamente, la frammentarietà di proposte, pur egregie, e la difformità dei linguaggi rischiano di inficiare il lavoro realizzato o, al più, costituire esperienze isolate, patrimonio di pochi. Nelle situazioni di disagio, conclamato o latente, risulta forte l'esigenza di intervenire tempestivamente e interpretare correttamente la tipologia di bisogno sottostante. A tale scopo, occorre integrare gli approcci e i servizi, prevedendo un'intersezione tra sistemi. Nella programmazione socio-sanitaria deve entrare a pieno titolo anche il territorio, inteso come costellazione di soggetti con funzioni educative, che possano intercettare più facilmente bisogni e 'agganciare' gli e le adolescenti:

Nei luoghi informali, nelle piazze dove spesso gli adolescenti si incontrano non avendo dei luoghi ad hoc, nei locali... (R).

La competenza all'ascolto dovrebbe diventare centrale per lavorare in via prioritaria sulla prevenzione primaria - la promozione della salute - e non solo su quella secondaria o sulle emergenze:

Il più delle volte non c'è bisogno di dare delle risposte alle domande, c'è bisogno di leggerle... Le domande hanno bisogno di aria, se restano chiuse fanno male... (G).

Ciò richiama una responsabilità diffusa degli adulti educanti, oltre che un dialogo permanente tra Servizi e agenzie educative.

## **9 Il punto di vista di ragazze e ragazzi**

Tutti i metodi qualitativi, oltre che rivestire una funzione di approfondimento e verifica, hanno anche una propria specificità euristica nella elaborazione di modelli interpretativi, soprattutto per la portata esplicativa che rivestono e per la capacità di strutturare ipotesi e aprire piste di ricerca, cogliendo e rilevando invarianze strutturali. Inoltre, la ricerca qualitativa non ha solo una valenza ricognitiva, bensì anche partecipativa e trasformativa (con-ricerca). La narrazione assume, infatti, una funzione auto-pedagogica, per gli aspetti autoriflessivi che la caratterizzano.

I focus group hanno costituito un'esperienza preziosa per raccogliere il punto di vista degli e delle adolescenti, su cui molto si pontifica e che così poco si è disposti ad ascoltare. Quanto emerso conferma anche le opinioni dei testimoni privilegiati, a proposito dell'importanza di intervenire precocemente, non solo sugli aspetti informativi, ma anche concedendo spazi 'neutri' di riflessione, approfondimento, confronto, formulazione di domande.

In particolare, ci si è soffermati su tre macro aree: a) percezione di salute e benessere; b) percezione della corporeità in relazione al genere; c) percezione della salute sessuale e assunzione di comportamenti a rischio.

La discussione è stata organizzata intorno ad alcune domande-chiave, avvalendosi anche dell'uso di immagini di personaggi dei cartoni animati, del mondo dello sport, dello spettacolo e della moda.

Si specifica che, dopo aver rilevato le opinioni dei ragazzi e delle ragazze, sono state fatte alcune considerazioni e sono state fornite informazioni generali in merito alle tematiche affrontate (salute e fattori di rischio; parametri OMS del peso forma; corpi reali, corpi irreali e media; contraccezione e MST; funzione dei Consultori familiari; ecc.). In questo senso, i focus hanno rappresentato una simulazione di ricerca-intervento, quantomeno nelle premesse, per la possibilità di dare parola, consegnare dati e permetterne una rielaborazione. Ciò che i focus hanno consentito di rilevare, a fronte di dati che già la letteratura offre sulle questioni affron-

tate, è l'argomentazione di alcune tematiche e la possibilità di sviscerare le affermazioni fatte attraverso i 'perché? come? in che senso?'

Si riportano, di seguito, alcuni stralci dei focus tratti prevalentemente dal nucleo centrale di interviste con le ragazze.

La definizione di salute e benessere, nella maggior parte dei casi, viene correttamente articolata sulla relazione corpo-psiche-ambiente. E, tuttavia, quando si entra nel merito delle pratiche che tutelano la salute e favoriscono la cura di sé, sono rari i riferimenti diretti all'attività fisica, all'alimentazione corretta, all'assenza di rischi legati all'uso di sostanze o abuso di alcol o determinati comportamenti (es. velocità, sport estremi, ecc.). Alla domanda 'Cosa fate per prendervi cura del vostro corpo?' la maggior parte delle risposte converge su aspetti meramente igienici, per maschi e femmine. A questi, per le ragazze si aggiungono riferimenti all'estetica e a diete autogestite o digiuni.

Riguardo ai parametri di bellezza, sembra confermato il ruolo giocato dai media, che mostrano donne nel range di magrezza al di sotto del peso forma raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, in omaggio a logiche di mercato o comunque a un immaginario sessista consolidato. Ciò incide direttamente sulla percezione corporea, evidenziando una forte connotazione di genere: «Secondo me se sei magra è meglio...»; «anche per i ragazzi, se non sei bella, se non sei magra... non ti calcolano...». Il controllo del peso corporeo per le ragazze è la premessa per poter interessare all'altro sesso: «Io non voglio essere magra perché vedo le veline, io voglio essere magra perché voglio che mi accettino...»; «loro, i ragazzi, hanno più sicurezza...». Anche la possibilità di piacersi e accettarsi, di percepirsi con un corpo ben fatto, sembra essere subordinata a un'immagine di bellezza idealizzata e standardizzata.

Per i maschi più giovani, sull'idea di bellezza e cura di sé si rilevano stereotipi molto forti di virilità e femminilità: le Winx sono «eleganti»; Sailor Moon piace perché «bionda, scollata, magra, bona...»; Heidi non piace perché «ha i capelli corti, è infantile...»; Mulan «sembra un maschio...»; Aladin piace perché «forte, stiloso, ha un bel fisico, ha i muscoli...» e Actarus perché «muscoloso»; Terence non piace per i suoi capelli lunghi e perché «sembra una donna...».

La bellezza può essere percepita come criterio di inclusione o esclusione dai gruppi, a volte con grande sofferenza:

Per me la bellezza esteriore è importantissima... è importante anche il carattere, però io ho subito anche bullismo alle medie perché non ero abbastanza bella per gli altri e neanche per me... per questo vorrei diventare bella...

Così anche la mancata accettazione di sé: «Ho sentito di ragazze che hanno detto "sono, brutta, voglio morire!"».

«La bellezza è la cosa più bella di una ragazza...». Dunque, per una ragazza essere bella e curata è più importante che per un ragazzo? Fatta salva qualche opinione fuori dal coro, la risposta il più delle volte è affermativa: «Beh, è normale!»; «lo trovo giusto perché la ragazza acquisisce più autostima...»; «la ragazza deve essere comunque più curata... perché è una ragazza...».

Questa opinione è condivisa anche dai maschi di tutte le fasce d'età, tra i quali più voci sostengono che sia importante per una donna essere «bella e curata» più di quanto non lo sia per un uomo.

Tra le dimensioni esplorate, vi è quella della relazione tra genere e sessualizzazione dei corpi. Alcune foto di modelle bambine – tra cui la nota copertina di *Vogue* del gennaio 2011, a causa della quale la direttrice della rivista fu rimossa dall'incarico – suscitano reazioni piuttosto forti, con condanne esplicite sul livello delle responsabilità genitoriali e sociali: «C'entra sempre la società... Cosa sta oggi [Cosa accade oggi? n.d.r.]?

I trucchi, le scarpe col tacco, i cartoni animati che danno queste immagini di bambine truccate, magre...»; «qui io non do colpa alle bambine, ma ai genitori...»; «anche nelle pubblicità, lo fanno per avere denaro in cambio...»; «mi fa rabbia, perché i genitori hanno permesso alle figlie una cosa del genere...». Non mancano, tuttavia, giudizi negativi riferiti alle protagoniste e anche alcune preoccupanti valutazioni in merito alle opportunità positive che il mondo della moda offre:

Mi fa schifo e mi fa anche rabbia, perché penso a come starei io... però sono loro scelte... forse hanno deciso di fare questa vita...!

È una propaganda di pedofilia... però non so quale scelta farei io se mi dicessero che posso fare foto del genere... non sono sicura che direi di no... con un giornale del genere hai un casino di possibilità...

Tra le ragazze più giovani, rispetto alle fotografie delle baby-modelle si registrano considerazioni contrastanti: «Bella! questa qui è bella!» e «Ma questa è una bambina con i tacchi!»; «io sinceramente sono contraria... pure le madri stesse le mettono a rischio...». Qualcuna aggiunge sottovoce: «Gli rovinano la reputazione...»; «sono prostitute...»; «ma vedi che è un lavoro», «sì è un lavoro, ma questa è una bambina!». Se il gruppo delle ragazze mostra dunque stereotipi sessisti piuttosto forti, ma anche un'oscillazione tra opinioni di segno opposto, colpisce che tra i più giovani del gruppo maschile, invece, non venga espressa alcuna indignazione, ma si registrino esclusivamente pareri estetici, non cogliendo affatto la 'distorsione' insita nelle fotografie.

L'informazione nell'area della salute sessuale si rivela sufficiente, almeno in linea teorica, seppure con alcune eccezioni. Tuttavia, per ammissione degli stessi ragazzi e ragazze, la contraccezione spesso continua a essere un optional e le gravidanze precoci costituiscono ancora un problema

significativo. Dunque occorre lavorare sui comportamenti a rischio, non dando per scontato che la mera informazione sia sufficiente per prevenirli.

Tra le ragazze più grandi rispetto alla domanda 'Se una ragazza è incinta a 16 anni...', tra le diverse opzioni, le posizioni di tipo fatalista («è andata così, era destino...», «ciò che è fatto è fatto...») o moralista («avrebbe potuto evitare di avere rapporti sessuali...», «io sono un po' più all'antica...») risultano essere minoritarie. Emerge una più elevata propensione al controllo del rischio come modalità condivisa con il partner: «Lei e il suo ragazzo avrebbero potuto utilizzare un metodo anticoncezionale...». Vi è anche chi sottolinea l'importanza della protezione che le ragazze in prima persona possono mettere in atto per prevenire gravidanze indesiderate: «Avrebbe potuto utilizzare un metodo anticoncezionale, per proteggersi»; «molte ragazze 'escono incinte'... e in fin dei conti quella che ci sta male sei tu... ad avere un figlio a 16 anni... quando a 16 anni hai bisogno tu di essere cresciuta... cioè lui nella coppia neanche lo vuole usare (nдр: il preservativo)... perché in fin dei conti a lui non tocca la gravidanza...». Tra le ragazze più giovani prevale invece una posizione 'moralista' - da molte ricondotta all'essere cattoliche - che si interseca con un orientamento 'fatalista': «Secondo il pensiero della mia famiglia i contraccettivi non si usano e per fare i figli si aspetta il matrimonio...»; «ti conservi per il matrimonio...»; «se nasce un bambino, va considerato come un dono...».

Il discorso scivola anche sulla possibilità di gravidanze indesiderate come conseguenza di abuso di alcol e stato di ebbrezza (sic!) o di comportamenti considerati «troppo facili...»: si evidenziano forti stereotipi sessisti in base ai quali uno dei ragazzi e alcune tra le ragazze arrivano a dichiarare che se una ragazza subisce abusi «Se l'è voluta...». Una diatriba si sviluppa intorno alla legittimazione o meno di questa asimmetria: «Se una ragazza va con i ragazzi è chiamata puttana, mentre un ragazzo è figo... [...] non lo so se è giusto... davvero, non so rispondere...» sostiene una ragazza. Affermazioni del tipo «Hai voluto farlo... ora ti assumi la responsabilità delle conseguenze...» contengono elementi di colpevolizzazione prevalentemente rivolti al genere femminile, persino nell'analisi di comportamenti di abuso, non riconosciuti come tali e sintetizzabili nell'affermazione «Lei ha provocato...».

Tornando al tema della contraccezione, nel gruppo dei ragazzi più grandi, viene riferito che la maggior parte dei coetanei non usa alcuna protezione nei rapporti sessuali, sebbene i/le partner cambino frequentemente. Qualcuno afferma che: «Essere incinta a 16 anni è quasi tornato di moda...»; «per esempio '16 anni incinta Italia', il nuovo programma... sembra quasi che le ragazze siano spinte a rimanere incinte perché poi si diventa famose, si va in TV...».

I metodi anticoncezionali menzionati sono quasi sempre preservativo e pillola. Qualche ragazza fa riferimento anche alla 'pillola del giorno dopo' o al 'contare i giorni'. Esiste anche una quota più ridotta di studenti/esse senza alcuna cognizione sulla contraccezione.

Il concetto di protezione è molto spostato sulla prevenzione delle gravidanze indesiderate, piuttosto che sulle malattie sessualmente trasmissibili (MST). Il rischio di contrarre malattie, coerentemente con quanto rilevato in altre ricerche, è infatti meno centrale nei discorsi, con qualche eccezione: «Ma io non so lui con chi è andato...»; «io sono esperta perché mia madre mi ha sempre fatto conoscere tutto...».

In generale, sulle MST si registrano sia affermazioni corrette, sia affermazioni che indicano confusione sulle modalità di prevenzione e/o di contagio: «Con il preservativo si può evitare il contagio...»; «si possono prevenire con la pillola, il preservativo...»; «ma l'HIV è qualcosa di congenito? come si prende?».

Nel corso del focus vengono formulate richieste di chiarimento in merito.

Ma come ci si informa sulle tematiche legate alla sessualità? Prevalentemente attraverso il gruppo informale - «Preferisco parlarne con le amiche...» - e per le più grandi attraverso la ricerca su internet, modalità considerate entrambe insufficienti a parere delle stesse intervistate: «Ma le amiche non sono informate...»; «se io mi devo informare da sola andando su internet... non riuscirò mai a capire bene, perché non c'è nessuno che mi spiega...».

Poche, in generale, le occasioni di confronto con gli adulti, di cui ci si 'vergogna' o con cui non si desidera condividere aspetti più intimi. In particolare viene riferita, da parte di molte, la difficoltà a parlare di sessualità con i familiari: «Io ho vergogna a chiedere...»; «per i miei genitori è tabù questo argomento...»; «molto meglio rivolgersi a un adulto, però che non sia un familiare...».

Alcune ragazze, viceversa, dichiarano di avere un dialogo su questi aspetti, soprattutto con la figura materna o con sorelle più grandi. Si tratta delle ragazze meglio informate e meno confuse: «Io con mia madre ne parlo liberamente... lei dice: "Se succede qualcosa io ti posso aiutare"...».

In qualche caso la scuola si fa promotrice di momenti informativi. Ad esempio, alcune delle ragazze mostrano una buona conoscenza della rete consultoriale (mentre altre ne ignorano completamente l'esistenza), grazie a visite organizzate da insegnanti, previa autorizzazione dei genitori. Altre riferiscono di aver affrontato alcuni di questi temi con esperti esterni o nelle ore di scienze. In ogni caso si tratta di interventi spot, ancora lontani dal tradursi in pratiche di prevenzione. La richiesta che perviene è quella di poter prevedere più momenti informativi e di condividere questi discorsi anche con altri ragazzi e ragazze, in assemblea di Istituto, per esempio, eventualmente con la presenza di esperti: «Per esempio nella giornata internazionale contro l'AIDS non è stato fatto niente... secondo me era importante parlarne anche a scuola...».

In conclusione, nel corso dei focus emergono forti stereotipi sessisti, trasversali ai generi, potenzialmente correlati a rischi reali:

- nella *percezione della corporeità*, con riguardo ai disturbi del comportamento alimentare, soprattutto tra le ragazze più grandi e man

- mano che entrano in relazione con l'altro sesso, è frequente un'idea di bellezza connessa alla magrezza ottenuta attraverso diete e digiuni;
- nelle narrazioni che attengono alla *relazione tra i sessi* e alla *gestione della sessualità*, soprattutto tra i più giovani e le più giovani, si rileva una percezione distorta, un filo diretto con la violenza;
  - nell'*area della salute sessuale*, emerge una capacità negoziale più ridotta per le ragazze, sia rispetto all'accesso all'informazione e alla libertà di scelta, per condizionamenti sociali e familiari, sia riguardo alla contraccezione e soprattutto alla protezione dai rischi da MST (per esempio per l'uso del preservativo), rischi da cui naturalmente non sono esenti neanche i ragazzi.

Elementi che sembrano contribuire a questo stato di cose sono:

- il dialogo insufficiente con le proprie famiglie o all'interno dei contesti scolastici/educativi (per quegli stessi e quelle stesse adolescenti che riportano un grado più elevato di stereotipi sessisti e informazioni scorrette);
- l'educazione delle ragazze, generalmente più normata e restrittiva di quella dei ragazzi, che inibisce ulteriormente il bisogno di confrontarsi su queste tematiche e di accedere alle informazioni precocemente, ma anche la rimozione generale del concetto di differenza di genere (e di salute di genere), per cui si ritiene che una (in)formazione neutra possa avere il medesimo impatto su ragazze e ragazzi;
- la 'schizofrenia dei messaggi educativi' inviati (es.: promozione di prodotti alimentari industriali ipercalorici vs. diete e modelli di magrezza; erotizzazione precoce delle ragazze vs. rimozione dell'educazione alla sessualità; ecc.);
- una riduzione delle campagne informative sulle MST, a fronte di una promiscuità dichiarata, per una fetta non irrilevante di popolazione adolescenziale.

Tutti questi fattori amplificano i rischi e fotografano la componente femminile in una posizione di maggiore vulnerabilità.

Sappiamo che il capitale sociale e culturale posseduto costituisce senz'altro il fattore protettivo più significativo rispetto ai rischi esaminati, ma sappiamo anche che i processi di socializzazione - sia verticali, tramite le tradizionali agenzie educative, sia orizzontali, nella relazione tra pari e attraverso i media - sono differenziati per genere. In particolare, i diversi esiti di una siffatta socializzazione mostrano una ricaduta su alcune aree, come quelle della salute sessuale e della percezione corporea, che si intersecano fortemente con i determinanti di salute.

La correlazione tra riduzione del rischio e capitale sociale, di cui si dispone, impone di costruire pari opportunità per tutti e per tutte, trasversalmente ai generi e allo status sociale, ma con una grande attenzione a queste variabili, che spesso vengono trascurate in nome di una presunta eguaglianza (sociale e di genere).

Promuovere la salute e la cultura della prevenzione implica il dover tenere conto di tutte le componenti sottese, in una prospettiva multidimensionale, e il dover assumere anche una prospettiva di genere, sia nella lettura dei fenomeni, sia negli interventi da proporre.

È indispensabile che a ciò concorrano tutti gli attori istituzionali e sociali che intercettino i percorsi di vita e gli ambienti di riferimento degli e delle adolescenti, attraverso un dialogo tra esperienze formali/istituzionali ed esperienze informali. Ma è necessario anche che a questi stessi attori siano chiare tali premesse, affinché possano essere realizzati interventi non frammentari, né occasionali, concepiti in un'ottica di integrazione socio-educativa e sanitaria.

## Bibliografia

- «La percezione dello stato di salute» (2011). «La percezione dello stato di salute in adolescenza tra fattori individuali e contestuali: Il ruolo del capitale sociale». *Epidemiologia & Prevenzione*, 1 (35).
- Azzani, T. (2012). «Adolescenti e sessualità: Più informazione, ma a chi spetta?» [online]. *Il pediatra*, giugno. Disponibile all'indirizzo [www.sigo.it/usr\\_files/articoli-del-presidente/articoli-del-pr\\_329049.pdf](http://www.sigo.it/usr_files/articoli-del-presidente/articoli-del-pr_329049.pdf) (2015-07-30).
- Balbo, L. et al. (1983). *Complessità sociale e identità*. Milano: FrancoAngeli.
- Bonino, S.; Cattelino, E.; Ciairano, S. (2003). *Adolescenti e rischio: Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Firenze: Giunti Editore.
- Caprara, G.V.; Fonzi A. (1999). *L'età sospesa: Itinerari del viaggio adolescenziale*. Firenze: Giunti Editore.
- Cavallo, F.; Giacchi, M.; Vieno, A.; Galeone, D.; Tomba, A.; Lamberti, A.; Nardone, P.; Andreozzi, S. (a cura di) (2013). *Studio HBSC Italia (Health Behaviour in School-aged Children): Rapporto sui dati 2010*. Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN, 13 (5).
- Ciotti, L. (2005). «Introduzione» [online]. In: Gruppo Abele, *Sociologia della devianza*. Disponibile all'indirizzo [http://web.unirsm.sm/masterdisagio3/AreaRiservata/GruppoAbele/donini\\_gruppoabele.pdf](http://web.unirsm.sm/masterdisagio3/AreaRiservata/GruppoAbele/donini_gruppoabele.pdf) (2015-07-30).
- Clemente, C. (2012). *Welfare e sistemi integrati di salute*. Calimera (Le): Kurumuny.
- Gamberi, C.; Maio M.A.; Selmi, G. (2010). *Educare al genere: Spunti per una cornice interpretativa*. Roma: Carocci editore.
- Folgheraiter, F. (1995). «Protezione dei minori e lavoro di rete». In: *Lavoro sociale*, 2 (4).
- Hendry, L.B.; Kloep, M. (2003). *Lo sviluppo nel ciclo di vita*. Bologna: il Mulino.

- Istat (2012). *Interruzioni volontarie della gravidanza* [online]. Disponibile all'indirizzo <http://www.istat.it/it/archivio/141802> (2015-07-30).
- Kelly, P.J. et al. (2005). «Tailoring STI and HIV Prevention Programs for Teens». *American Journal of Maternal Child Nursing*, 30 (4).
- Kirby, D. et al. (2007). «Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People throughout The World». *Journal of Adolescent Health*, 40.
- Leone, L.; Celata, C. (a cura di) (2006). *Per una prevenzione efficace*. Milano: Il Sole 24 ore.
- Lipperini, L. (2007). *Ancora dalla parte delle bambine*. Milano: Feltrinelli.
- Maggiolini, A.; Pietropolli Charmet, G. (2004). *Manuale di psicologia dell'adolescenza: Compiti e conflitti*. Milano: FrancoAngeli.
- Malagoli Togliatti, M. (2004). *Costruzione delle relazioni familiari all'interno della famiglia*. Paper presentato al Convegno internazionale *Sviluppo della persona e promozione del senso* (Napoli, Istituto di Studi Filosofici, 22 ottobre).
- Mapelli, B. (2008). «Adolescenti e differenze di genere: Ricerche di identità». In: Padoan I.; Sangiuliano M., *Educare con differenza: Modelli educativi e pratiche formative*. Torino: Rosenberg & Sellier.
- Ministero della Salute-Regione Lombardia (2012). *Progetto di Studio multicentrico sui fattori predittivi e le caratteristiche psicopatologiche dei disturbi del comportamento alimentare in età adolescenziale e preadolescenziale* [online]. Disponibile all'indirizzo [www.disturbialimentarionline.gov.it/MappaDCA/images/Documenti/dcainfado.pdf](http://www.disturbialimentarionline.gov.it/MappaDCA/images/Documenti/dcainfado.pdf) (2015-07-30).
- Palmonari, A. (1993). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: il Mulino.
- Palmonari, A. (2001). *Gli adolescenti*. Bologna: il Mulino.
- Rutter, M. (1987). «Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms». *American Journal of Orthopsychiatry*, 57.
- Saraceno, C.; Naldini M. (2001). *Sociologia della Famiglia*. Bologna: il Mulino.
- Saraceno, C. (a cura di) (1986). *Età e corso della vita*. Bologna: il Mulino.
- Stagi, L. (2009). «Il cibo tra salute e cultura: Tavola rotonda con R. Dalle Grave, A. Guerci, C. Renna». In: Cavanna, D., Stagi L. (a cura di), *Sul fronte del cibo*. Milano: FrancoAngeli.
- Vellar, A. (2012a). «La sottile linea tra salute e malattia: Un'analisi visuale del disagio psico-fisico nei blog pro-ana». In: Biancheri, R.; Niero, M.; Tognetti Bordogna, M. (a cura di), *Ricerca e sociologia della salute fra presente e futuro*. Milano: FrancoAngeli.
- Vellar, A. (2012b). «L'infernale compagna anoressia: Un'analisi delle autobiografie pro-ana e pro-recovery» [online]. *M@gm@*, 10 (1), *Raccontare, ascoltare, comprendere: Metodologia e ambiti di applicazione delle narrazioni nelle scienze sociali*. A cura di Poggio, B.; Valastro, O.M. Disponibile all'indirizzo <http://www.magma.analisiqualitativa.com> (2015-07-30).
- Vinai, P.; Todisco, P. (2007). *Quando le emozioni diventano cibo*. Milano: Cortina.