

Cattelino E., Bonino S. (2000). "Il fumo di sigarette in adolescenza: implicazioni per la promozione della salute". *Psicologia della salute*, 1, 33-49. DOI: [10.1400/63850](https://doi.org/10.1400/63850)

IL FUMO DI SIGARETTE IN ADOLESCENZA: IMPLICAZIONI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Elena Cattelino e Silvia Bonino
Dipartimento di Psicologia, Università di Torino

Introduzione¹

È ormai dimostrato che il fumo di tabacco, sia esso attivo o passivo, si configura come un comportamento nocivo per la salute a lungo e a breve termine. La nicotina, al pari di altre sostanze psicoattive, svolge un'azione sul sistema nervoso centrale alterandone parzialmente l'equilibrio biochimico ed agendo sui centri della ricompensa (Julien, 1995); ma soprattutto il fumo è altamente correlato a malattie cardiocircolatorie e polmonari ed aumenta il rischio di sviluppare certi tipi di cancro. Nonostante l'accordo di innumerevoli ricerche sulla nocività di tale comportamento, il consumo di sigarette è assai diffuso: i dati dell'ISTAT del 1998 evidenziano infatti che quasi un quarto (24,5%) della popolazione italiana dai 14 anni in su fuma, con un coinvolgimento maggiore degli uomini (32,2%) rispetto alle donne (17,3%). L'ampia diffusione del fumo di sigarette è legata alla sua estesa accettazione sociale, poiché il tabacco non viene associato a manifestazioni sociali e comportamentali problematiche come invece per lo più accade nel caso dell'elevato consumo di alcolici e dell'uso di altre droghe (Plant, Plant, 1992).

La larga accettazione sociale fa del fumo di sigaretta un comportamento che accomuna giovani ed adulti e che risulta spesso essere il fattore di rischio su cui, in età adulta, è più difficile incidere o raggiungere risultati stabili (Marlatt, Gordon, 1985; Langlois, O'Connor, 1997).

Pur essendo diffuso in maschi e femmine di tutte le fasce di età, in soggetti di diversi livelli culturali ed economici (seppure vi sia un'incidenza maggiore nei ceti sociali medio-bassi), in tutte le regioni geografiche (anche qui con una diffusione maggiore in alcune zone, ad esempio in montagna: Costa, Spadea, 1999), il fumo di sigarette non può essere considerato un fenomeno unitario e la prevenzione di esso non può quindi essere affrontata con un'unica metodologia. In particolare emerge sempre più chiaramente l'esigenza di prevedere ed attuare programmi differenziati, capaci di tenere conto sia del livello culturale, del genere e dell'età dei soggetti, sia del loro livello di coinvolgimento che può essere iniziale o stabilizzato, occasionale o regolare, sociale o individuale (Gordon, 1986).

¹ La ricerca è stata realizzata grazie al contributo ed all'aiuto della Regione Autonoma Valle d'Aosta (Assessorato Istruzione e Cultura, Sovrintendenza alla Pubblica Istruzione e Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali) della Regione Piemonte (Assessorato all'Assistenza Sanitaria, Ufficio Educazione Sanitaria), della Fondazione J. Jacobs di

In particolare, il fumo degli adolescenti non può essere compreso e contrastato efficacemente basandosi esclusivamente sugli studi relativi al consumo da parte degli adulti. Infatti, in questo periodo dello sviluppo l'uso di sigarette assume caratteristiche peculiari ed assolve a funzioni specifiche. In particolare, l'adolescenza è il periodo del ciclo di vita in cui molti ragazzi e ragazze si accostano per la prima volta al fumo ed in cui questo comportamento può stabilizzarsi in un'abitudine adulta oppure essere abbandonato (De Wit, van der Veer, 1991). Ne consegue che il periodo compreso tra i 13-14 ed i 18-19 anni rappresenta un momento di cruciale importanza per la scelta di uno stile di vita salutare o, al contrario, per l'assunzione di abitudini nocive in grado di compromettere il benessere presente e futuro degli adolescenti e di chi sta loro vicino (Jessor, 1998).

Seppure gli studi sul consumo di sigarette in adolescenza siano numerosi, la maggior parte di essi ha descritto il fenomeno e lo ha analizzato in relazione a variabili ed a caratteristiche individuali. Tali ricerche hanno il merito di aver dimostrato l'influenza di importanti fattori cognitivi, quali la conoscenza delle conseguenze negative sulla salute, la percezione del rischio (Jenks, 1994), gli atteggiamenti e le credenze legati al fumo (Eiser, Morgan, Gammage, 1987), i fenomeni di dissonanza (Gibbons, Eggleston, Benthin, 1997); esse inoltre hanno evidenziato anche altri rilevanti fattori affettivi ed emotivi, quali l'immagine di sé (Aloise-Young, Henningam, 1996) e l'autostima (Ravenna, 1997).

Altri studi, ricercando le cause del consumo di sigarette in specifiche caratteristiche del contesto sociale, si sono invece maggiormente interessati al ruolo svolto dai modelli, dagli atteggiamenti e dalle rappresentazioni sociali, dalle norme istituzionali e di gruppo (De Vries, Backbier, Kok, Dijkstra, 1995; Engels, Knibbe, De Vries, Drop, Van Breukelen, 1998).

Solo recentemente sono stati proposti modelli teorici più complessi, capaci di considerare simultaneamente l'interazione tra diversi fattori, quali appunto quelli personali, sociali e culturali. In questo filone di ricerche viene posto al centro l'individuo che, attraverso processi di percezione, valutazione ed interpretazione, attua determinati comportamenti finalizzati al raggiungimento di specifici scopi (Silbereisen, 1998). Tali scopi e le modalità per raggiungerli sono a loro volta influenzati dalle opportunità e dai vincoli offerti dal contesto sociale di cui l'individuo è parte (Silbereisen, Todt, 1994). Secondo tale modello quindi gli adolescenti, al pari degli altri individui, tendono ad adottare forme di comportamento finalizzate ad uno scopo e sperimentate come vantaggiose, anche se spesso vengono presi in considerazione in prevalenza obiettivi cruciali per il presente (Hurrelmann, Lösel, 1990).

Il contributo qui presentato condivide questo approccio teorico basato sullo studio delle diverse funzioni dei comportamenti a rischio e, all'interno di un modello costruttivista ed interazionista (Jessor, Jessor, 1977; Cattellino, Bonino, 1998), analizza l'influenza dell'interazione tra fattori individuali, contestuali, sociali e comportamentali sul fumo degli adolescenti. In particolare, viene studiato un vasto campione di adolescenti che frequentano diversi tipi di scuole medie superiori² e che non presentano particolari problemi di disadattamento; al contrario, si tratta di un campione cosiddetto normativo. Lo studio di tali campioni, per lungo tempo trascurato dalla letteratura, offre nuove chiavi di lettura e nuove indicazioni per la prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza. Infatti, solo l'analisi di soggetti con un adattamento normale, e non altamente problematico, permette, accanto all'analisi dei fattori di rischio, lo studio dei fattori di protezione, ossia di quegli aspetti individuali e contestuali che possono mitigare, contrastare ed annullare l'impatto dei fattori di rischio (Schneider, 1998).

Obiettivi

Gli obiettivi di questo studio sono:

- descrivere il coinvolgimento degli adolescenti nel fumo di sigarette tenendo conto di diversi livelli d'implicazione in relazione alle principali variabili sociodemografiche: il genere, l'età ed il tipo di scuola frequentato dai soggetti;
- analizzare, attraverso un modello causale multifattoriale, l'influenza di variabili individuali, contestuali e sociali sul consumo di sigarette da parte degli adolescenti;
- valutare le somiglianze e le differenze dei concomitanti e dei predittori psicosociali del fumo nei maschi e nelle femmine per capire meglio quali siano le principali funzioni del fumo di tabacco nei ragazzi e nelle ragazze.

Metodo

Soggetti. Il campione dello studio è costituito da 2273 adolescenti, maschi e femmine, di età compresa tra i 14 ed i 19 anni, che frequentano diversi tipi di scuola media superiore (licei classici e scientifici; licei pedagogici; istituti tecnici per ragionieri, per geometri e tecnici industriali; istituti professionali con indirizzo meccanico, artigianale e turistico) e che risiedono in centri di diverse dimensioni nel Nord-Ovest dell'Italia. Si tratta di un campione normativo, bilanciato per genere (46% maschi e 54% femmine) e per età (il 38% ha 14 o 15 anni, il 36% ha 16 o 17 anni, il 26% ha

² Ricordiamo che la percentuale degli adolescenti che nel Nord Italia prosegue gli studi dopo la scuola dell'obbligo iscrivendosi alla scuola media superiore rappresenta il 94% della popolazione giovanile.

18 o 19 anni). Il 29% del campione frequenta un liceo classico o scientifico, il 15% un liceo pedagogico, il 38% un istituto tecnico ed il 18% un istituto professionale. Infine, il 10% vive in una grande città (circa 1.000.000 di abitanti), il 35% in città di medie dimensioni (intorno ai 70.000-100.000 abitanti, compresa la città di Aosta che, seppure di dimensioni più ridotte, è capoluogo di Regione) ed il 55% in cittadine di piccole dimensioni (fino a 35.000 abitanti).

Strumento. Lo strumento utilizzato per la raccolta dei dati è il **questionario "Io e la mia salute" (Bonino, 1995; 1996)**. Tale strumento rappresenta **l'adattamento italiano dell'analogo questionario "I and my health" (Jessor, Donovan, Costa, 1992)**, utilizzato in Colorado. È composto da circa **seicento domande** e permette non solo di conoscere i comportamenti degli adolescenti, ma anche di collegare tali comportamenti ad un gran numero di altri aspetti della vita adolescenziale.

Procedura. Il **questionario, utilizzato in forma anonima**, è stato somministrato alle classi da parte di **ricercatori appositamente preparati, senza gli insegnanti presenti**.

Analisi dei dati. Allo scopo di ottenere un indice d'implicazione nel fumo di sigaretta sono state incrociate tra loro due domande relative rispettivamente alla **frequenza con cui si è fumato nella vita** ("Hai mai fumato una sigaretta?" con cinque modalità di risposta da "mai" a "fumo abitualmente") e alla **quantità di sigarette fumate quotidianamente durante l'ultimo mese** (cinque modalità di risposta da "nessuna" a "più di un pacchetto"). Sono stati in tal modo creati **cinque gruppi**:

1. **Non fumatori:** non hanno mai fumato in vita loro o lo hanno fatto una sola volta;
2. **Ex fumatori:** pur avendo fumato diverse volte nella vita, nell'ultimo mese non lo hanno più fatto;
3. **Fumatori saltuari:** hanno fumato poche o diverse volte nella vita;
4. **Fumatori abituali moderati:** fumano abitualmente e nell'ultimo mese hanno fumato da 1 a 10 sigarette al giorno (massimo mezzo pacco);
5. **Forti fumatori abituali:** fumano abitualmente e nell'ultimo mese hanno fumato da mezzo pacchetto a più di un pacchetto di sigarette al giorno.

L'indice di coinvolgimento nel fumo così costruito è stato **correlato con una serie di variabili** che riguardano sia il livello definito prossimale (relativo al fumo di sigarette ed alla salute) sia il livello definito distale (relativo ad altri aspetti individuali, sociali e comportamentali). Tali variabili³, appartenenti a otto diversi insiemi, sono:

Livello prossimale

1. **Percezione del rischio:** la consapevolezza delle conseguenze negative.
2. **Modelli e atteggiamenti del contesto sociale prossimo:** la consapevolezza da parte dei genitori del fatto che il figlio fumi, il modello dei genitori rispetto al fumo ed il loro atteggiamento di approvazione-disapprovazione del fumo in adolescenza; il modello degli amici ed i loro atteggiamenti di approvazione-disapprovazione nei confronti del fumo.

³ Non essendo possibile per motivi di spazio riportare in questa sede tutte le domande che costituiscono le diverse scale, si rimanda il lettore interessato a consultare uno dei sette volumi pubblicati dalla Regione Piemonte e riportati in bibliografia.

3. **Atteggiamenti del soggetto verso la salute**: controllo interno o esterno del proprio stato di salute e importanza attribuita alla propria salute.

Livello distale

4. **Variabili relative al soggetto (o individuali)**: autostima, fiducia nelle proprie capacità di *coping*, importanza attribuita alla propria autonomia decisionale ed alla religione, disapprovazione nei confronti delle condotte devianti, stress, senso di alienazione, attese di successo (o ottimismo).
5. **Variabili relative ai genitori e agli amici**: sostegno e controllo da parte dei genitori e sostegno e controllo da parte degli amici.
6. **Variabili relative all'esperienza scolastica**: attese di scolarità, percezione dell'utilità della scuola per il presente e per il futuro, soddisfazione per l'esperienza educativa, autoefficacia nel successo scolastico.
7. **Uso del tempo libero**: tempo dedicato ad attività di studio e lettura, tempo trascorso in locali pubblici, tempo dedicato ad attività sportive e tempo trascorso da soli senza far nulla o immersi nella musica.
8. **Implicazione in altri comportamenti a rischio**: devianza, comportamenti rischiosi dettati dal desiderio di provare sensazioni forti, consumo problematico di alcolici e frequenza di ubriacature, fumo di spinelli e uso di altre droghe, alimentazione consolatoria.

L'ordine degli otto insiemi di variabili procede dal livello prossimale a quello distale e, all'interno di ciascun livello, dagli aspetti individuali a quelli relazionali e comportamentali. **Le correlazioni effettuate sono correlazioni parziali in cui l'indice di coinvolgimento nel fumo è stato correlato con ciascun'altra variabile controllando gli effetti delle relazioni con le variabili appartenenti allo stesso insieme.** Le correlazioni sono state calcolate separatamente nel campione maschile ed in quello femminile. Sulla base della significatività delle relazioni sono stati quindi **costruiti due modelli di regressione multipla**, uno per i ragazzi e l'altro per le ragazze, aventi come variabile dipendente l'indice di coinvolgimento nel fumo di sigarette. Le analisi della regressione sono state condotte secondo il modello gerarchico (*stepwise*) inserendo, di volta in volta, le variabili significative di ciascuno degli otto insiemi considerati.

Risultati

Coinvolgimento nel fumo di sigaretta

Il **70% (N = 1584) del campione ha provato a fumare almeno una sigaretta, anche se il 14% (N = 319) lo ha fatto una sola volta.** La media di frequenza di fumo di sigarette dei maschi non è statisticamente diversa da quella delle femmine [$F(1,2253) = 3.379$; $p = .066$].

Come evidenziato nel grafico 1, il **64% degli adolescenti ha provato la prima sigaretta tra i 13 ed i 15 anni**, mentre la **stabilizzazione del consumo è avvenuta, per l'83% dei soggetti, tra i 14 ed i 17 anni.**

(inserire grafico 1)

I **ragazzi si accostano alla prima sigaretta con circa sei mesi di anticipo** (media di 13 anni e mezzo) rispetto alla ragazze (media di 14 anni) [$F(1,1215) = 21.538$; $p < .000$]. Non emergono

invece differenze statisticamente significative rispetto all'età della stabilizzazione del consumo [F(1,746) = 2.318; p = .128].

Nel grafico 2 sono riportate le **distribuzioni percentuali nell'indice d'implicazione nel fumo**.

(inserire grafico 2)

Non emergono differenze significative tra maschi e femmine (Chi-quadrato = 8.921; gdl = 4; p = .063), mentre c'è un **aumento del coinvolgimento legato al crescere dell'età** (Chi-quadrato = 145.139; gdl = 8; p < .000) **ed alla frequenza di istituti professionali** (Chi-quadrato = 51,221; gdl = 12; p < .000) (tabella 1).

(inserire tabella 1)

Le differenze di coinvolgimento nel fumo di sigaretta tra i vari tipi di scuola superiore non sono ancora significative al primo anno di corso (N = 518. Chi-quadrato = 17,714; gdl = 12; p = .125).

Correlazioni tra il fumo di sigaretta ed altre variabili

Nella tabella 2 sono riportati i risultati relativi alle **correlazioni parziali** tra il coinvolgimento nel fumo e altre variabili personali, sociali e comportamentali nei maschi e nelle femmine.

(inserire tabella 2)

Dalle correlazioni emergono alcune **somiglianze, ma anche delle differenze sostanziali tra ragazzi e ragazze**. Rispetto alle somiglianze, risultano significative in entrambi i campioni le correlazioni con le seguenti variabili: la **percezione della nocività del fumo per la salute, la consapevolezza da parte dei genitori del fatto che il figlio/figlia fumi, il modello degli amici come fumatori, l'importanza attribuita alla salute ed alla religione, la disapprovazione della devianza, lo stress, il sostegno offerto dai genitori e dagli amici, il controllo genitoriale, la valutazione dell'autoefficacia scolastica, la frequentazione di locali pubblici, il tempo trascorso senza fare nulla e l'implicazione nel fumo di spinelli**.

Per i **maschi** è anche significativa la **relazione negativa tra fumo di sigarette e tempo dedicato alle attività sportive**. Nelle femmine invece emergono **relazioni positive** tra il **fumo e l'importanza attribuita alla propria autonomia decisionale, l'implicazione nei comportamenti devianti e la frequenza di ubriacature**; emerge infine una **relazione negativa** tra il **fumo di sigarette e la percezione della scuola come un'esperienza utile per il proprio presente**.

Queste variabili sono state inserite in due diversi modelli di regressione multipla gerarchica, uno per i ragazzi ed uno per le ragazze.

Influenza di variabili individuali, sociali e comportamentali sul fumo di sigarette

I modelli utilizzati spiegano una grande porzione di **varianza** osservata sia nei **maschi (74%)** che nelle **femmine (65%)**; in particolare il **miglior predittore** è rappresentato dai modelli e dagli

atteggiamenti del contesto sociale prossimo (genitori ed amici) relativamente al fumo, seguono la percezione della pericolosità del comportamento attuato, il coinvolgimento del soggetto in altri comportamenti a rischio e altre variabili individuali (tab. 3).

(inserire tabella 3)

(inserire tabella 4)

I coefficienti della regressione completa, riportati nella tabella 4, evidenziano come la variabile che contribuisce maggiormente a spiegare il coinvolgimento degli adolescenti nel fumo sia la consapevolezza da parte dei genitori del fatto che il figlio o la figlia fumino. Altri buoni predittori sono rappresentati dall'implicazione nel fumo di spinelli, dal modello degli amici, da una scarsa autoefficacia scolastica, dal tempo trascorso nei locali pubblici.

Nei maschi il fumo di sigaretta è inoltre predetto da una scarsa disapprovazione della trasgressione, mentre nelle femmine assumono importanza la bassa percezione del rischio per la salute associato al fumo, la scarsa percezione di utilità dell'esperienza scolastica per il proprio presente, la carenza di sostegno offerto dai genitori, la quantità di tempo trascorso senza fare nulla o ascoltando musica da soli e la frequenza di ubriacature.

Discussione e conclusioni

L'accostamento al fumo di sigaretta sembra trovare un periodo sensibile tra i 13 ed i 15 anni: più della metà del campione ha infatti provato a fumare a quest'età, mentre assai pochi sono coloro che fumano la loro prima sigaretta dopo i 16 anni. Lo stabilizzarsi dell'abitudine è invece posticipata di circa un anno: per la maggioranza il fumo diventa regolare tra i 14 e i 16 anni. Notiamo che il periodo di accostamento coincide, nel nostro paese, con il passaggio dalla scuola media inferiore a quella superiore. Tale passaggio è spesso vissuto come un indicatore del diventare grandi e non a caso è proprio a quest'età che gli adolescenti attuano per le prime volte comportamenti accettati, diffusi e ritenuti "normali" negli adulti, quali appunto il fumo di sigaretta ed il consumo di alcolici (Bonino, 1998). In una società in cui sono scomparsi quasi tutti i riti di passaggio, il fumo di sigaretta sembra assolvere la funzione di segnalare ed affermare in modo facile e visibile, sia a se stessi che agli altri, il proprio nuovo status di adulto.

Quest'esigenza appare maggiore là dove vi è una più forte spinta a diventare adulti presto ed anche, nel contempo, una maggiore difficoltà ad affermare il proprio "essere grandi" attraverso altre manifestazioni più essenziali e meno esteriori dell'adulthood, quali ad esempio l'autonomia, l'assunzione di responsabilità, l'indipendenza di giudizio. I dati di questo studio evidenziano come siano gli studenti degli istituti professionali ad essere maggiormente implicati nel consumo forte ed abituale, seguiti da quelli dei licei pedagogici e degli istituti tecnici. Si tratta di adolescenti

maggiormente orientati ad una realizzazione adulta attraverso un precoce, anche se spesso illusorio, ingresso nel mondo del lavoro. I liceali, al contrario, attraverso una scolarizzazione prolungata, sembrano prendersi più tempo per diventare adulti; questa prospettiva temporale più ampia permette loro di accettare maggiormente la condizione di sospensione adolescenziale, sviluppando un'articolata progettualità per il futuro e trovando un senso nel proprio presente e nella propria identità di studenti.

Nel primo anno di frequenza alla scuola superiore non si notano però ancora quelle significative differenze che si manifesteranno negli anni seguenti tra i vari istituti. Questo dato chiarisce che il maggiore coinvolgimento degli adolescenti di alcuni tipi di scuola non può essere ricondotto semplicisticamente alla provenienza familiare ed alle variabili di tipo socioeconomico, che selezionerebbero l'accesso degli adolescenti alle varie scuole (ricordiamo che il fumo di sigarette è maggiormente diffuso nei ceti sociali medio-bassi). La spiegazione delle differenze tra i vari tipi di scuola va quindi ricercata maggiormente all'interno delle scuole stesse, ed in particolare nel diverso orientamento verso l'età adulta che esse comportano, nelle differenti opportunità di manifestazione dell'adulthood che esse offrono, nelle diverse culture di gruppo che si vengono a costruire nel tempo, nella diversa soddisfazione che dalla scuola si trae (Bonino, Cattelino, in stampa).

L'importanza della qualità dell'esperienza scolastica trova una conferma anche nel fatto che sono gli adolescenti che nutrono un minor senso di autoefficacia scolastica e che percepiscono l'esperienza scolastica come scarsamente utile per la loro vita presente (in particolare le ragazze) ad essere maggiormente implicati nel consumo di sigarette. Sembra insomma che i ragazzi, e soprattutto le ragazze, che sono più insoddisfatti dell'esperienza attuale della scuola ricorrano maggiormente al fumo di sigarette come modalità per proiettarsi nel futuro ruolo di adulti, per affermare in modo esteriore, poco rischioso sul piano psicologico e sociale, il loro voler essere già grandi.

Il fumo di sigaretta tende ad aumentare nel tempo, a differenza di altri comportamenti, come il fumo di marijuana, che presentano una punta intorno ai 16-17 anni, per poi diminuire (Bonino, 1999). Questo andamento è riconducibile alla diffusione del fumo tra gli adulti, la quale favorisce l'identificazione di questo comportamento come un marcatore "normale" dell'adulthood non solo nei primi anni dell'adolescenza ma anche in seguito. Si può ritenere, anche sulla base della correlazione con altri comportamenti a rischio come il fumo di spinelli, che soprattutto nei primi anni l'affermazione dell'adulthood sia maggiormente accompagnata dalla trasgressione, poiché si rivendica un comportamento esteriore adulto in un'età molto giovane, in cui esso non è ancora considerato appropriato dagli adulti stessi (Bonino, Ciairano, 1998).

Contrariamente all'assunzione di altre sostanze psicoattive (alcol e marijuana) che vedono un maggiore coinvolgimento dei ragazzi rispetto alle ragazze, l'implicazione nel fumo di sigarette è molto simile nei due sessi. Questo dato, condiviso anche da altre ricerche europee (Silbereisen, Kastner, 1986; Foster, Wilmot, Dobbs, 1990), può essere dovuto alla tendenza verso una sempre maggiore omogeneità di comportamenti tra maschi e femmine. Come vedremo meglio in seguito, la fenomenologia del comportamento è però riconducibile a diversi fattori nei ragazzi e nelle ragazze.

Le correlazioni e le analisi della regressione hanno permesso di evidenziare la numerosità delle variabili legate al fumo adolescenziale che si configura come un fenomeno multidimensionale. In particolare, svolge un ruolo decisivo il contesto sociale prossimo. Infatti, la consapevolezza dei genitori del fatto che il figlio o la figlia fumino ed il modello degli amici sono i migliori predittori del fumo di sigarette degli adolescenti. Il fatto che i genitori siano a conoscenza del fumo dei figli sembra configurare, per gli adolescenti, un'approvazione implicita ed indiretta che è ancora più importante dell'approvazione esplicita; essa probabilmente libera gli adolescenti dal fumare di nascosto o fuori casa, ed aumenta perciò il consumo. Questo dato appare particolarmente interessante. Infatti, molti studi hanno sottolineato l'influenza del modello dei genitori sul fumo degli adolescenti. Dai nostri dati emerge che, più del modello comportamentale del genitore, sono importanti i concreti atteggiamenti degli adulti nei confronti del fumo. Ecco allora che anche genitori fumatori possono svolgere un ruolo educativo di protezione nei confronti dei loro figli non colludendo con il comportamento a rischio di questi ultimi.

Associato al fumo degli adolescenti di entrambi i sessi è invece il modello degli amici: infatti i soggetti più implicati riferiscono di avere un maggior numero di amici fumatori e di frequentare per molte ore alla settimana i locali pubblici quali i bar e le discoteche. Il fumo adolescenziale si configura così come uno strumento di socializzazione e come una strategia per farsi degli amici (Silbereisen, Noack, 1988; Silbereisen, Schönplflug, Albrecht, 1990) in un contesto di tempo libero non finalizzato ad attività specifiche e privo di particolare progettualità. Per quanto vi sia la tendenza da parte di chi fuma a sopravvalutare il numero degli amici fumatori per un'esigenza di normatività, a sua volta legata all'affermazione positiva della propria identità (Arcuri, 1997), vi è tuttavia una relazione reale tra il fumo degli adolescenti e quello dei loro amici. Si è quindi parlato spesso dell'influenza dei coetanei. Tale influenza è stata definita come attiva in presenza di una pressione esplicita a fumare e come passiva in presenza di un modello, ma senza la richiesta esplicita ad assumere lo stesso comportamento (Graham, Marks, Hansen, 1991). Entrambi questi tipi di influenza sociale sono estremamente rilevanti (Magnusson, Stattin, Allen, 1986) in quanto le opinioni ed i modelli delle persone affettivamente più vicine costituiscono il contesto relazionale in

cui avviene il consumo e, al tempo stesso, offrono delle ragioni per fumare o per non farlo (Oetting, Beavais, 1986). Inoltre non va dimenticato che nel corso dell'adolescenza i giovani investono molto tempo e molte energie nell'amicizia (Pombeni, 1997): gli amici diventano un'importante fonte per la definizione di sé e per la propria autostima. Ne consegue che la partecipazione al gruppo di amici e la condivisione dei suoi rituali e delle sue norme diventano importanti per la costruzione dell'identità e per la promozione del benessere personale dei giovanissimi. In particolare, sembra che il modello dei coetanei abbia un'influenza maggiore sul comportamento dei più giovani e che esso funga da facilitatore per la sperimentazione del consumo di sigarette (Aloise, Graham, Hansen, 1994).

Recentemente però è stata messa in discussione la direzione della causalità tra fumo degli adolescenti e fumo dei loro coetanei contrapponendo la tesi della selezione sociale a quella dell'influenza (Ennett, Bauman, 1994; Engels, Knibbe, Droop, De Hann, 1997) e postulando una sorta di attrazione tra chi condivide lo stesso comportamento (Eiser, Morgan, Gammage, Brook, Kirby, 1991). Secondo tale modello quindi la selezione degli amici fumatori sarebbe la conseguenza e non la causa dell'uso di sostanze (Bauman, Ennett, 1996). Se l'ipotesi dell'influenza sociale sembra utile per spiegare la sperimentazione ed il consumo saltuario di sigarette, l'ipotesi della selezione appare più utile per spiegare la stabilizzazione del consumo. Questa nuova interpretazione è in accordo con i recenti modelli teorici che considerano il ruolo attivo del soggetto che, lungi dall'essere alla mercé delle influenze ambientali, esercita un controllo sul contesto scegliendo attivamente gli amici e creando il proprio ambiente sociale (Rutter, Rutter, 1992; Magnusson, Stattin, 1997).

Il riconoscimento degli effetti della selezione ha importanti conseguenze anche sul piano della prevenzione e dell'intervento. Infatti, la convinzione che l'influenza sociale sia un forte determinante dell'implicazione degli adolescenti nel fumo e negli altri comportamenti a rischio ha portato ad impostare molti programmi di prevenzione sul rafforzamento delle capacità di resistere alle pressioni esercitate dai coetanei. Tuttavia, se le somiglianze nei gruppi sono prevalentemente riconducibili a processi di selezione del simile, tali programmi avranno scarso effetto preventivo nei confronti della stabilizzazione del fumo. In quest'ultimo caso il fumo sembra essere uno dei modi, accettati e riconosciuti dal gruppo, sia per rappresentare se stessi all'esterno che per comunicare con gli altri al proprio interno: si esprime se stessi come adulti attraverso la sigaretta e si "fa gruppo" condividendo questo comportamento. Significativamente sono soprattutto gli adolescenti che non si riuniscono in gruppo per svolgere specifiche attività, ma si incontrano con i coetanei in contesti pubblici senza particolari progettualità, a ricorrere maggiormente alla sigaretta sia come modalità ritualizzata per marcare il passaggio visibile all'età adulta sia come modalità ritualizzata di

stabilire il legame con i propri coetanei (Bonino, 1988). Sul piano preventivo si pone quindi l'esigenza di proporre e trovare altri modi per esprimere la propria adultità e per segnalare la propria appartenenza al gruppo: operazione questa che può essere condotta solo insieme agli adolescenti, senza ignorare le loro regole di gruppo ed i loro codici di comunicazione.

La percezione del rischio legato alla salute, all'interno dei modelli di regressione, risulta avere un impatto protettivo significativo solo per le ragazze, benché dalle correlazioni emerga una relazione negativa tra tale percezione ed il fumo stesso in entrambi i sessi. Questo dato, che spesso è stato letto secondo un modello di causalità che procede dalla conoscenza al comportamento, può essere interpretato in modo diverso, come il prodotto di processi di riduzione della dissonanza cognitiva legata al fatto di attuare un comportamento che si sa essere nocivo. Il confronto vantaggioso, il minimizzare le conseguenze, il circoscriverle ad un'età avanzata o a condizioni particolari diventano in tal modo utili espedienti cognitivi per continuare a fumare senza provare disagio o sensi di colpa. In sostanza, i fumatori avrebbero una bassa percezione del rischio non per mancanza di conoscenze ma a causa di un processo attivo di costruzione di coerenza tra il proprio agire e le proprie credenze. Da queste considerazioni deriva che la conoscenza sulla nocività del fumo, seppur necessaria, non costituisce di per sé un deterrente nei confronti del rischio, soprattutto quando i danni che possono derivare dall'attuazione di certi comportamenti sono percepiti come lontani nel tempo e quando i vantaggi immediati sembrano superare di gran lunga i possibili svantaggi futuri.

Abbiamo detto che l'implicazione dei maschi e delle femmine nel fumo di sigarette è simile rispetto al numero di soggetti coinvolti. Tuttavia, esistono importanti differenze che sottendono il comportamento dei ragazzi e delle ragazze. Se infatti per gli adolescenti di entrambi i sessi il fumo può assolvere le funzioni di farsi vedere adulti quando non lo si è ancora, facendo ciò che in età adulta è diffuso ed accettato, e di creare un legame sociale con i coetanei, nei maschi sembrano prevalere processi sociali e trasgressivi, mentre nelle femmine vi è anche un consumo solitario associato a diversi indicatori di malessere psicologico.

L'analisi della regressione ha messo in luce come nei ragazzi il fumo di sigarette sia legato ad altri comportamenti devianti quali il fumo di spinelli e sia associato ad uno scarso controllo personale, caratterizzato da un'elevata tolleranza della devianza e ad una scarsa importanza accordata ai valori religiosi. Nelle femmine invece il consumo di sigarette è legato, oltre che al fumo di spinelli, anche a frequenti ubriacature che, attraverso la sostanza psicoattiva, favoriscono la fuga (lo "sballo" o la "ciucca"). Il fumo delle ragazze è inoltre predetto da un gran numero di ore trascorse senza fare nulla o ascoltando musica da sole, segno di come esso possa costituire una strategia, seppur inefficace ed illusoria, di risoluzione emotiva delle difficoltà (Labouvie, 1986) e di fuga dalla noia soprattutto quando l'esperienza scolastica è vissuta come poco gratificante ed utile, quando si

nutrono maggiori dubbi circa le proprie capacità scolastiche e quando i genitori non sono in grado di offrire un adeguato sostegno.

In conclusione, il quadro generale emerso permette di individuare come **principali fattori di protezione i genitori, la scuola ed il contesto sociale**. I **genitori** offrono una **protezione potente contro il forte consumo di sigarette soprattutto attraverso gli atteggiamenti di disapprovazione esplicita e la capacità di non colludere coi figli fumatori, ma anche attraverso la loro disponibilità al dialogo ed al sostegno affettivo**. La **scuola** dal canto suo svolge un ruolo di **protezione indiretto ponendosi come un'opportunità di formazione e di crescita che dà senso al periodo di sospensione adolescenziale, che offre diversi modi per vivere l'adulità, che rafforza l'autoefficacia degli adolescenti**. Infine la più **ampia comunità sociale** svolge un ruolo di **protezione indiretto nei confronti del fumo offrendo spazi di realizzazione e di affermazione di sé che permettano agli adolescenti di superare la noia e la difficoltà di gestire un tempo altrimenti percepito come vuoto, di ottenere visibilità sociale senza ricorrere alla trasgressione, di essere gruppo svolgendo attività significative**.

Il quadro che emerge pone però **anche in primo piano l'esigenza di incidere sul consumo di sigarette degli adulti per poter avere delle ricadute sul fumo degli adolescenti**. Infatti, finché la popolazione adulta sarà largamente implicata nel fumo, finché vi saranno una diffusa accettazione nei confronti di tale comportamento ed un'estrema facilità di reperimento delle sigarette, sarà assai difficile per gli adolescenti non associare il fumo allo status adulto e non assumerlo quindi come facile e comodo indicatore di una condizione di adulità.

Riferimenti bibliografici

- Aloise, P.A., Graham, J.W., Hansen, W.B. (1994). Peer influence on smoking initiation during early adolescence: a comparison of group members and group outsiders. *Journal of Applied Psychology*, 79, 281-287.
- Aloise-Young, P.A, Henningam, K.M. (1996). Self-image, the smoker stereotype and cigarette smoking: developmental patterns from fifth through eighth grade. *Journal of Adolescence*, 19, 163-177
- Arcuri, L. (1997). L'errore si fa strada. *Psicologia Contemporanea*, 141, 28-33.
- Bauman K.E., Ennett, S.T. (1996). The importance of peer influence for adolescent drug use: commonly neglected considerations. *Addiction*, 91, 185-198.
- Bonino, S. (1995). Questionario: *Io e la mia salute*. Torino: Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità.
- Bonino, S. (1996, 1^a ristampa). Questionario: *Io e la mia salute*. Aosta: Regione Valle d'Aosta, Assessorato dell'Istruzione e Cultura.
- Bonino, S. (1998). Il rischio in adolescenza. Identità in fumo. *Psicologia Contemporanea*, 149, 16-23.

- Bonino, S. (1999). Il rischio in adolescenza. L'erba leggera. *Psicologia Contemporanea*, 150, 40-49.
- Bonino, S., Cattelino, E. (1998). *I comportamenti a rischio per la salute e a rischio psicosociale in adolescenza: assunzione di alcolici*. Torino: Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità.
- Bonino, S., Cattelino, E. (1999a). *I comportamenti a rischio per la salute e a rischio psicosociale in adolescenza: i comportamenti devianti*. Torino: Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità.
- Bonino, S., Cattelino, E. (1999b). *I comportamenti a rischio per la salute e a rischio psicosociale in adolescenza: i comportamenti rischiosi e la guida pericolosa*. Torino: Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità.
- Bonino, S., Cattelino, E. (in stampa). La scuola e il benessere degli adolescenti. In G. Di Stefano, R. Vianello (a cura di). *Psicologia, sviluppo, educazione*. Firenze: Giunti.
- Bonino, S., Ciairano, S. (1998). *I comportamenti a rischio per la salute e a rischio psicosociale in adolescenza: il fumo di sigarette*. Torino: Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità.
- Bonino, S., Ciairano, S. (1999). *I comportamenti a rischio per la salute e a rischio psicosociale in adolescenza: comportamento sessuale e conoscenze sull'AIDS*. Torino: Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità.
- Bonino, S., Gangarossa, G. (1998). *I comportamenti a rischio per la salute e a rischio psicosociale in adolescenza: l'uso di marijuana*. Torino: Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità.
- Bonino, S., Gangarossa, G. (1999). *I comportamenti a rischio per la salute e a rischio psicosociale in adolescenza: i comportamenti alimentari*. Torino: Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità.
- Cattelino, E., Bonino, S. (1998). *Adolescenti tra rischio e benessere*. Aosta: Regione Valle d'Aosta, Assessorato all'Istruzione e Cultura.
- Costa, G., Spadea, T. (1999). Abitudini di vita pericolose per la salute e loro riflessi sull'epidemiologia delle principali malattie cardiocircolatorie e tumorali in Piemonte. *Epidemiologia Piemonte*. Regione Piemonte.
- De Vries, H., Backbier, E., Kok, G., Dijkstra, M. (1995). The impact of social influences in the context of attitude, self-efficacy, intention and previous behavior as predictors of smoking onset. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 237-257.
- De Wit, J., van der Veer, G. (1991). *Psychologie van de adolescentie*, Uitgeverij INTRO, Nijkerk (tr. it. *Psicologia dell'adolescenza*, Giunti, Firenze, 1993).
- Eiser, J.R., Morgan, M., Gammage, P. (1987). Belief correlates of perceived addiction in young smokers. *European Journal of Psychology of Education*, vol. II, n. 4, 375-385.
- Eiser, J.R., Morgan, M., Gammage, P., Brook, N., Kirby, R. (1991). Adolescent health behaviour and similarity-attraction: friends share smoking habits (really), but much else besides. *British Journal of Social Psychology*, 30, 339-348.
- Engels, R.C.M.E., Knibbe, R.A., De Vries, H., Drop, M.J., Van Breukelen, G.J.P. (1998). Influences of parental and best friend's smoking and drinking on adolescent use: a longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology*
- Engels, R.C.M.E., Knibbe, R.A., Droop, M.J., De Hann, J.T. (1997). Homogeneity of smoking behavior in peer groups: influence or selection? *Health Education and Behavior*, 24, 801-811.
- Ennett, S.T., Bauman, K.E. (1994). The contribution of influence and selection to adolescent peer group homogeneity: the case of adolescent cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 653-663.
- Foster, K., Wilmot, A., Dobbs, J. (1990). *General household survey, 1988*. London, HMSO.

- Gibbons, F.X., Eggleston, T.J., Benthin, A.C. (1997). Cognitive reactions to smoking relapse: the reciprocal relation between dissonance and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(1), 184-195.
- Gordon, N.P. (1986). Never smokers, triers, and current smokers: three distinct target groups for school-based antismoking programs. *Health Education Quarterly*, 13, 163-180.
- Graham, J.W., Marks, G., Hansen, W.B. (1991). Social influence processes affecting adolescent substance use. *Journal of Applied Psychology*, 79, 291-298.
- Hurrelmann, K., Lösel, F. (1990). *Health hazards in adolescence*. Berlino: Walter de Gruyter & Co.
- Jenks, R.J. (1994). Smoking and satisfaction and motivation: a comparison of men and women. *The Journal of Social Psychology*, 134(6), 847-849.
- Jessor, R. (1998). *New perspectives on adolescent risk behavior*. New York: Cambridge University Press,.
- Jessor, R., Donovan, J.E., Costa, F. (1992). *Health Behavior Questionnaire. High School form*, University of Colorado: Institute of Behavioral Science. Boulder. USA.
- Jessor, R., Jessor, S.L.(1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Julien, R. M. (1995). *A primer of drug action*. New York: Freeman and Company (tr. it. *Droghe e farmaci psicoattivi*. Bologna: Zanichelli. 1997).
- Labouvie, E.W. (1986). "The coping function of adolescent alcohol and drug use". In R.K. Silbereisen, K. Eyferth, G. Rudinger (a cura di), *Development as action in context* (229-240). Berlino: Springer-Verlag.
- Langlois, R., O'Connor, K.P. (1997). Evaluation d'un programme de gestion du style de vie dans la modification de l'habitude du tabagisme. *Science et comportement*, 26(3), 153-169.
- Magnusson, D., Stattin, H. (1997). "Person-context interaction theories". In R. Lerner, W. Damon (a cura di), *Theoretical models of human development, vol. 1. Handbook of child psychology* (685-759). New York: Wiley.
- Magnusson, D., Stattin, H., Allen, V.L. (1986). Differential maturation among girls and its relation to social adjustment: a longitudinal perspective. In D.L. Featherman, R.M. Lerner (a cura di) *Life-span development, Vol. 7*. New York: Academic Press.
- Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Oetting, E.R., Beavais, F. (1986). Peer cluster theory: drugs and the adolescent. *Journal of Counseling and Development*, 65, 17-22.
- Plant, M., Plant, M. (1992). *Risk-takers: alcohol, drugs, sex and youth*. New York: Routledge.
- Pombeni, M.L. (1997). "L'adolescente e i gruppi di coetanei". In A. Palmonari (a cura di), *Psicologia dell'adolescenza* (251-270). Bologna: Il Mulino.
- Ravenna, M. (1997). *Psicologia delle tossicodipendenze*. Bologna: Il Mulino
- Rutter, M., Rutter, M. (1992). *Developing minds. Challenge and continuity across the life span*. Penguin Group (tr. it. *L'arco della vita*. Firenze: Giunti, 1995).
- Schneider, B. H., (1998). Tra rischio e disadattamento: il ruolo trascurato dei fattori protettivi. *Età Evolutiva*, 61, 81-92.
- Silbereisen, R.K., (1998). Lessons we learned - problems still to be solved. In R. Jessor (a cura di) *New perspectives on adolescent risk behavior* (518-543). New York: Cambridge University Press.

- Silbereisen, R.K., Kastner, P. (1986). La prevenzione della droga negli adolescenti. Prospettive teoriche-evolutive. *Età Evolutiva*, 24, 6-22.
- Silbereisen, R.K., Noack, P. (1988). "On the constructive role of problem behavior in adolescence". In N. Bolger, A. Caspi, G. Downey, M. Moorehouse (a cura di), *Persons in context: developmental processes* (152-180). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Silbereisen, R.K., Shönpflug, U., Albrecht, H.T. (1990). "Smoking and drinking: prospective analyses in German and Polish adolescents". In K. Hurrelmann, F. Lösel (a cura di), *Health hazards in adolescence* (167-190). Berlino: Walter de Gruyter & Co.
- Silbereisen, R.K., Todt, E. (1994). *Adolescence in context*. New York: Springer-Verlag.

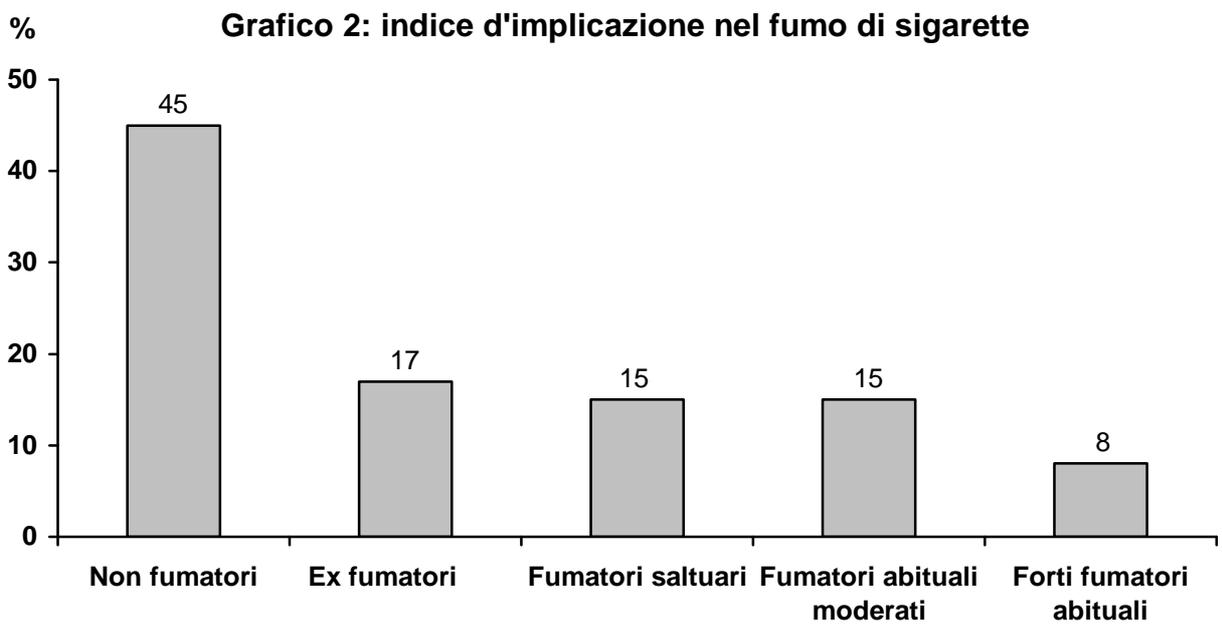
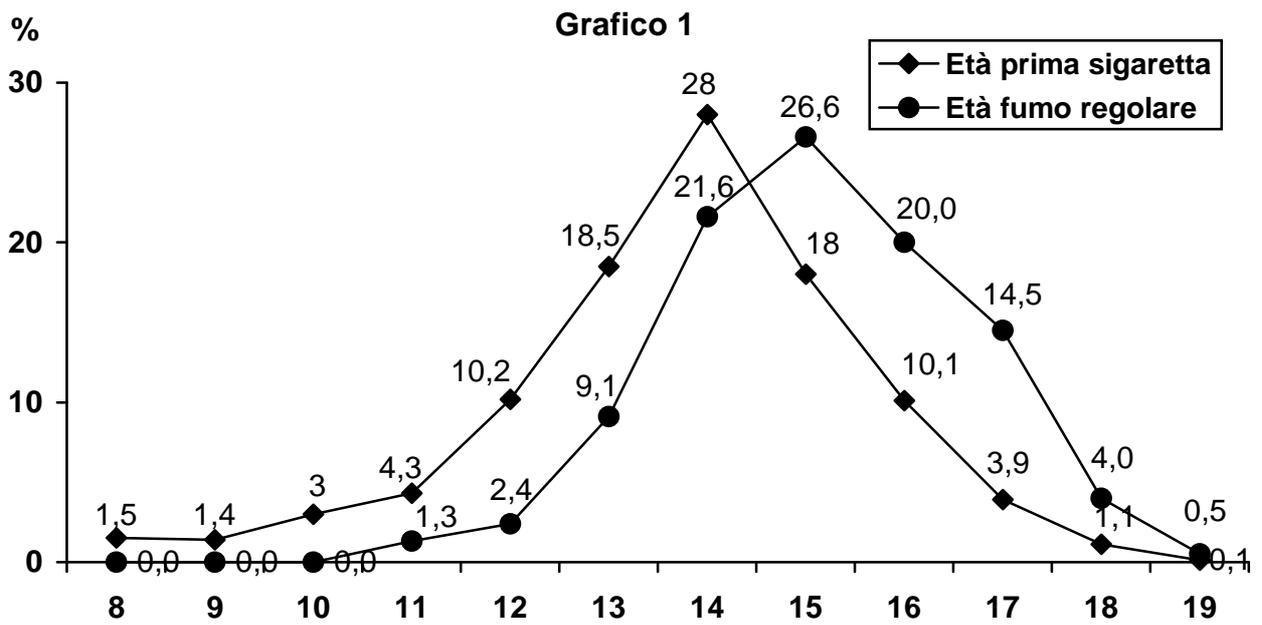


Tabella 1: Implicazione nel fumo di sigarette

	Non fumatori		Ex fumatori		Saltuari		Abituali moderati		Abituali forti	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
14-15 anni	487	58 ⁴	127	15	124	15	69	8	35	4
16-17 anni	324	41	135	17	130	16	133	17	69	9
18-19 anni	189	32	111	19	80	14	131	22	79	13
Licei	334	52	100	15	93	14	96	15	26	4
Licei pedagog.	143	42	67	20	45	13	51	15	32	10
Ist. tecnici	377	44	146	17	143	17	125	14	73	8
Ist. Profess.	154	39	62	16	55	14	63	16	59	15

⁴ Percentuali di riga.

Tabella 2: Coefficienti delle correlazioni parziali tra coinvolgimento nel fumo e altre variabili⁵

	MASCHI	FEMMINE
Gravità delle conseguenze per la salute	-.162*	-.179*
Consapevolezza da parte dei genitori	.773*	.741*
Approvazione del fumo da parte dei genitori	.048	-.048
Approvazione del fumo da parte degli amici	.019	.078
Modello dei genitori	.025	.058
Modelli degli amici	.190*	.206*
Importanza attribuita alla salute	-.119*	-.120*
Controllo interno della salute	-.043	-.092
Controllo esterno della salute	-.047	.034
Autostima	.066	.027
Fiducia nelle proprie capacità di <i>coping</i>	.006	.010
Importanza attribuita all'autonomia	.043	.120*
Importanza attribuita alla religione	-.160*	-.176*
Disapprovazione della devianza	-.223*	-.296*
Stress	.105*	.161*
Senso di alienazione	-.088	-.078
Attese di successo	-.016	.010
Sostegno dei genitori	-.131*	-.213*
Controllo dei genitori	-.180*	-.216*
Sostegno degli amici	.178*	.174*
Controllo degli amici	-.008	-.050
Attese di scolarità	-.061	-.055
Autoefficacia scolastica	-.185*	-.183*
Percez. dell'utilità della scuola per il presente	-.097	-.117*
Percez. dell'utilità della scuola per il futuro	.027	.015
Soddisfazione per l'esperienza scolastica	-.070	-.079
Tempo dedicato a studio e lettura	-.067	-.064
Tempo trascorso nei locali pubblici	.336*	.395*
Tempo trascorso senza far nulla	.178*	.170*
Tempo dedicato ad attività sportive	-.103*	-.079
Implicazione in comportamenti rischiosi	.000	.014
Implicazione in alimentazione consolatoria	-.023	.039
Implicazione nel fumo di spinelli	.493*	.440*
Uso di altre droghe	-.015	.037
Implicazione in comportamenti devianti	.072	.114*
Consumo problematico di alcolici	.063	.068
Frequenza di ubriacature	.034	.167*

⁵ Nella tabella sono evidenziate con un asterisco le correlazioni uguali o superiori a $\pm .10$. Tali variabili sono state inserite nei modelli di regressione multipla gerarchica.

Tabella 3: Modelli dell'analisi della regressione multipla gerarchica

Predittori	MASCHI	FEMMINE
	Variazione R ²	Variazione R ²
Percezione rischio	.041***	.028***
Modelli e atteggiamenti di genitori e amici	.644***	.555***
Atteggiamenti del soggetto verso la salute	.000	.003*
Variabili individuali	.017***	.021**
Sostegno e controllo di genitori e amici	.004*	.009**
Esperienza scolastica	.002*	.005**
Tempo libero	.003*	.009***
Altri comportamenti a rischio	.030***	.028***
	R ² totale = .741	R ² totale = .657
	R ² corretto = .736	R ² corretto = .648

***p < .000 **p < .005 *p < .05

Tabella 4: Coefficienti beta delle analisi della regressione multipla gerarchica

	MASCHI	FEMMINE
<i>Percezione rischio</i>		
Gravità delle conseguenze per la salute	-.001	-.079**
<i>Modelli e atteggiamenti di genitori e amici</i>		
Consapevolezza da parte dei genitori	.627***	.515***
Modelli degli amici	.058**	.081**
<i>Atteggiamenti del soggetto verso la salute</i>		
Importanza attribuita alla salute	.026	-.007
<i>Variabili individuali</i>		
Importanza attribuita all'autonomia		.028
Importanza attribuita alla religione	-.014	-.004
Disapprovazione della devianza	-.063**	-.039
Stress	.011	-.006
<i>Sostegno e controllo di genitori e amici</i>		
Sostegno dei genitori	-.030	-.060*
Controllo dei genitori	.034	-.007
Sostegno degli amici	.031	.033
<i>Esperienza scolastica</i>		
Autoefficacia scolastica	-.037*	-.050*
Percez. dell'utilità della scuola per il presente		-.015*
<i>Tempo libero</i>		
Tempo trascorso nei locali pubblici	.056**	.052*
Tempo trascorso senza far nulla	-.013	.049*
Tempo dedicato ad attività sportive	-.026	
<i>Altri comportamenti a rischio</i>		
Implicazione nel fumo di spinelli	.226***	.170***
Implicazione in comportamenti devianti		.018
Frequenza di ubriacature		.079**

***p < .000 **p < .005 *p < .05