

DISAGIO PSICOLOGICO TRA LE GIOVANI GENERAZIONI: UNA LETTURA DALL'INDAGINE ISTAT SULLA SALUTE

Lidia Gargiulo (a), Rita De Carli (a), Roberta Crialesi (a), Laura Iannucci (a), Daniele Spizzichino (a),
Antonella Gigantesco (b)

(a) Istituto Nazionale di Statistica, Roma

(b) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di
Sanità, Roma

Introduzione

Segnali rilevanti di una maggiore vulnerabilità sociale delle giovani generazioni rispetto a quelle dei loro genitori sono emersi già molti anni prima dell'avvento della crisi economica. Al ridursi dell'importanza di questo segmento di popolazione in termini di peso demografico, si sono infatti associati la diminuzione nella partecipazione attiva ai cambiamenti del Paese e il ritardo con cui i giovani completano gli studi, conquistano la propria autonomia entrando nel mondo del lavoro, mettendo su casa e formando la propria famiglia (1, 2). Anche gli indicatori di salute che descrivono il malessere psicologico confermano nel tempo un peggioramento nelle fasce di età giovanili e in particolare tra i maschi. La sfavorevole congiuntura economica, che ha avuto un impatto negativo sullo stato di salute psicologico della popolazione adulta, in particolare quella maschile intorno ai cinquanta anni, ha ulteriormente colpito la popolazione giovanile. L'insicurezza lavorativa cui i giovani sono maggiormente esposti (3, 4), lo status socio-economico cui appartiene la famiglia, il contesto familiare e gli ostacoli all'uscita dalla famiglia di origine, sono aspetti che hanno un impatto sull'equilibrio psicologico dei giovani (5, 6).

L'obiettivo di questo lavoro è quello di arricchire il quadro informativo sul disagio psicologico dei giovani, sfruttando la disponibilità delle informazioni ricavate attraverso strumenti di tipo psicometrico ampiamente utilizzati in ambito internazionale, che fanno riferimento alla qualità della vita correlata alla salute¹. In particolare, per studiare la compromissione della salute mentale si è fatto riferimento all'Indice di salute mentale (*Mental Health*), relativo al questionario sullo stato di salute SF-36 (*Short Form health survey 36-items*).

Materiali e metodi

Popolazione di studio, fonte dei dati e metodi

Le analisi condotte si basano sui dati dell'indagine ISTAT sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"; in particolare il focus è stato realizzato sull'indagine condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) nel 2012-2013, con riferimento ai giovani dai 15 ai 34 anni.

¹ L'Organizzazione Mondiale della Sanità (6) definisce la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo assenza di malattia". Si sono quindi sviluppati nel tempo diversi strumenti di misurazione (soprattutto multi-item) per operationalizzare tale concetto multidimensionale della salute.

Gli indicatori utilizzati fanno riferimento alle scale di tipo psicometrico del questionario SF-12 (*Short Form health survey 12-item*) e SF-36 relativi alla qualità della vita correlata alla salute fisica e mentale (*Health Related Quality of Life*, HRQoL)². In particolare sono stati utilizzati i due indici, quello di stato fisico (*Physical Component Summary*, PCS) e l'indice di stato psicologico (*Mental Component Summary*, MCS) derivanti dall'SF-12 e due indici sulla salute mentale (*Mental Health* – MH e l'indice di vitalità *Vitality* – VT) dell'SF-36 (13, 14).

Per l'interpretazione del PCS, occorre precisare che un valore medio molto basso sta ad indicare sostanziali limitazioni nella cura di sé e nelle attività che richiedono impegno fisico (camminare, salire le scale, ecc.); presenza di dolore fisico; salute fisica generale giudicata scadente. Per l'MCS un valore medio molto basso sta ad indicare scarsa energia; limitate attività sociali; sofferenza psicologica; limitazioni funzionali dovute a problemi emotivi. Un indice elevato fa riferimento a frequente attitudine psicologica positiva; assenza di disagio psicologico e di limitazioni nelle attività sociali e personali dovute a problemi emotivi; salute giudicata eccellente.

L'indice MH si è dimostrato un utile strumento di screening anche per i disturbi psichiatrici comuni (13). L'uso della scala MH, che misura il *psychological distress* (ovvero sofferenza psicologica), fa riferimento ad alcuni aspetti negativi e positivi, collegati alla salute mentale: agitazione, umore depresso, tristezza e abbattimento, calma e serenità, felicità. Valori molto bassi dell'indice indicano stati emotivi che potrebbero essere riferibili a sintomi ansioso-depressivi e/o a una condizione generica di malessere psicologico. Il VT misura il livello di energia e quello di affaticamento, è utilizzata come un indicatore di benessere soggettivo.

Dal campione di circa 120.000 individui intervistati, rappresentativo dell'intera popolazione residente in famiglia in Italia, sono stati selezionati per l'analisi 24.082 giovani dai 15 ai 34 anni, che rappresentano oltre il 21% della popolazione in Italia (circa 13 milioni di giovani).

Nell'analisi descrittiva sono stati calcolati i punteggi medi relativi agli indici correlati alla salute mentale (MCS, MH e VT) rispetto alle principali variabili di contesto (genere, età, titolo di studio, ripartizione geografica, condizione professionale, ecc.) e ai principali stili di vita rilevati nell'indagine, utilizzando le statistiche di significatività del “t test” e dell'analisi della varianza con il metodo ANOVA (*Analysys of Variance*).

La variabile “titolo di studio” è stata utilizzata come proxy dello status socio-economico; pertanto per i ragazzi con età inferiore ai 25 anni è stato considerato il titolo di studio più elevato tra i due genitori. In merito alla condizione professionale, si precisa che per identificare gli “studenti” si è tenuto conto anche dell'informazione sull'eventuale frequenza a corsi di studio, nel tentativo di differenziarli dal gruppo dei NEET (*Not in Education, Employment or Training*). È stata poi effettuata una suddivisione tra quanti sono “in cerca di nuova occupazione” o “in cerca di prima occupazione” o “altro” per affinare le analisi in oggetto.

Per studiare l'impatto di alcune specifiche caratteristiche e comportamenti sulla salute mentale (indice MH) dei giovani, sono stati applicati modelli di regressione lineare, con variabile dipendente l'indice MH ricostruito in modo da variare tra 0 (migliore salute mentale) e 100 (peggiore salute mentale). Pertanto valori maggiori di zero del coefficiente β indicano un incremento dell'indice MH e quindi un peggioramento della salute mentale al variare di una unità nel regressore di riferimento. Al fine di graduare i regressori in base alla forza dell'associazione con l'indice MH, è stato quindi stimato il coefficiente β standardizzato, rendendo così possibile anche la comparazione dei vari modelli tra loro³. Per la scelta delle variabili esplicative (regressori) da

² Per quanto concerne le misure multi-item, tra le più diffuse si segnalano: il *World Health Organization Quality of Life*, WHOQOL (8), il *Sickness Impact Profile*, SIP (9), il *Satisfaciton Profile*, SAT-P (10), il *Nottingham Health Profile*, NHP (11-12), lo *Short Form Health Survey*, Sf-36 (13) e il suo derivato sintetico Sf-12 (14).

³ Nella regressione multipla, il valore standardizzato dei coefficienti di regressione (“ β standardizzato”) consente di effettuare confronti tra il legame di associazione della variabile dipendente quantitativa

inserire nel modello si è fatto riferimento ai risultati di studi precedenti che hanno dimostrato come lo stato di salute mentale, oltre alla presenza di condizioni patologiche, sia associato anche alle caratteristiche demografiche e socio-economiche, agli stili di vita, al contesto familiare (15).

Contesto socio-demografico dei giovani

Ci sono cambiamenti strutturali che coinvolgono in modo rilevante i giovani in Italia e che li distinguono dalle precedenti generazioni: la continua riduzione del loro peso demografico (nel 2015 rappresentano circa il 21% della popolazione, al censimento 1991 erano circa il 30%), fenomeno del “degiovanimento”; la dilatazione dei tempi di transizione allo stato adulto, dovuta al prolungamento dei periodi di formazione; le difficoltà di accesso al mondo del lavoro, che riguardano quote maggiori di giovani rispetto al passato, con tempi dilatati di accesso, maggiori livelli di precarizzazione e fenomeni di scoraggiamento (16).

Il periodo di crisi economica ha peggiorato una situazione lavorativa dei giovani che anche nel periodo pre-crisi era complesso, con un massiccio ricorso a contratti atipici e di lavoro precario o non adeguato alle credenziali formative. Nel 2015 il tasso di mancata partecipazione al mercato del lavoro tra i 15-34 anni ha raggiunto il 36,1% (33,0% nei giovani e 39,8% tra le giovani) (17). Sembrerebbe che neppure le maggiori credenziali formative abbiano protetto i giovani dalla crisi, che ha colpito sia i giovani istruiti che non istruiti.

Il fenomeno dei NEET, cioè dei giovani che non lavorano né studiano (18), interessa quote consistenti nel confronto con altri Paesi europei: nel 2015 un giovane su quattro tra i 15-34 anni rientra in questa categoria, mentre tra i 15-29 anni la percentuale italiana è doppia rispetto a quella della media europea, seconda solo alla Bulgaria. In Italia si registrano di fatto tassi di occupazione giovanile più bassi rispetto agli altri Paesi europei, ma anche quote maggiori di inattivi tra i giovani, più scoraggiati a cercare lavoro rispetto ai loro coetanei in Europa.

Nel 2013 la mancanza di opportunità lavorative è uno dei principali impedimenti a svolgere il tipo di lavoro desiderato, riferito da oltre il 30% dei giovani tra i 20-34 anni. Circa il 10% dichiara invece di non avere esperienze o qualifiche adeguate e circa uno su due di non avere alcun ostacolo che gli impedisce di svolgere il lavoro che vorrebbe. Una polarizzazione dunque in cui solo la metà dei giovani non avverte vincoli alla realizzazione dei propri obiettivi nel mercato del lavoro.

Per quanti non riescono a raggiungere un'autonomia economica o abitativa, la famiglia di origine rappresenta sostanzialmente il principale ammortizzatore sociale per fronteggiare le esigenze dei figli. Già all'inizio della crisi, il motivo principale della permanenza nella famiglia di origine era soprattutto di tipo economico: nel 2009 circa il 40% dei giovani di 18-39 anni lo indicava come motivo principale, a fronte del 30% che invece indicava di restare con i genitori per scelta. Graduatoria che si era già invertita rispetto al 2003 (19).

La ritardata conquista da parte dei giovani di una piena autonomia ha una evidente ricaduta sui tempi di realizzazione di alcune importanti fasi del ciclo di vita, in passato molto più contratti. Di fatto nel nostro Paese il tempo che intercorre tra la fine del percorso formativo e la prima unione è tra i più elevati in Europa, così come l'età femminile e maschile alla prima unione e alla nascita del primo figlio, con conseguenze evidenti sul livello di fecondità, che è tra i più bassi (20, 21).

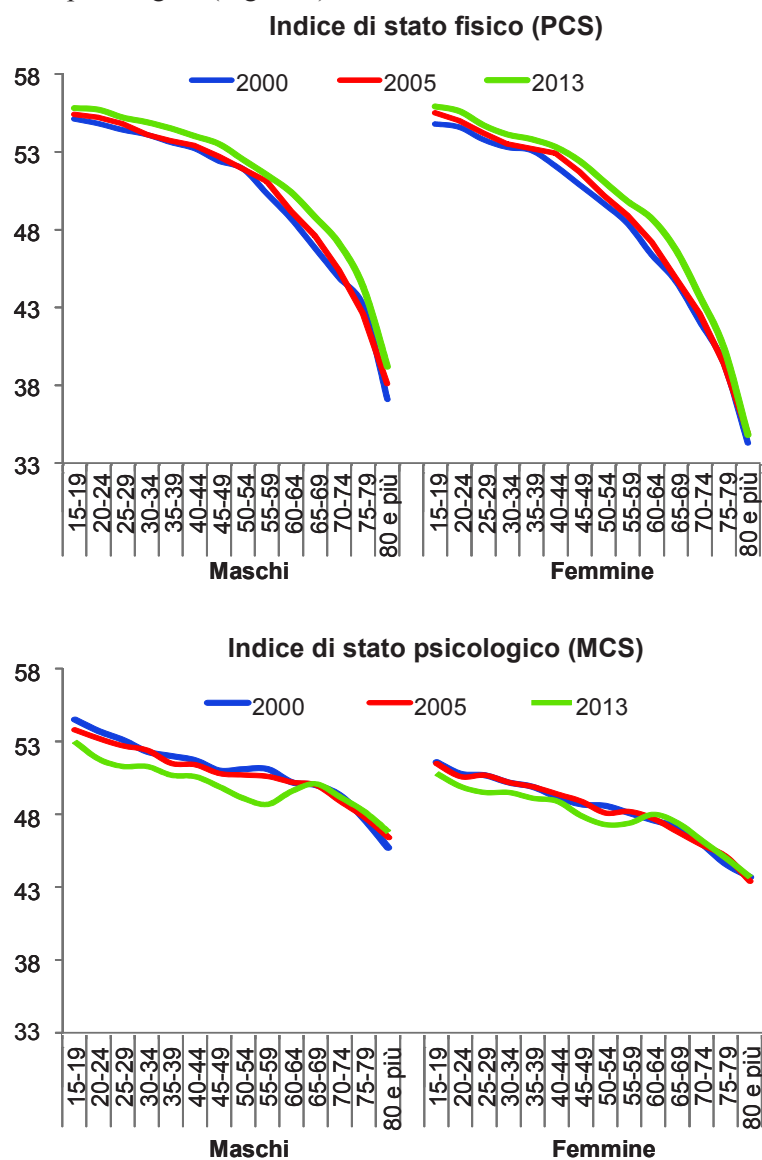
Il lento passaggio ad una vita autonoma e il prolungarsi del ruolo di dipendenza dalla famiglia di origine, acuisce disparità e differenze sulle possibilità di prospettive e di mobilità sociale che possono avere ripercussioni anche sul benessere psicologico.

(MH) e ciascuna delle variabili esplicative al netto di tutte le altre e in maniera ininfluente rispetto alle unità di misura. I valori dei β std sono dunque indicati per effettuare confronti sull'incidenza relativa di ciascuna variabile esplicative.

Risultati

Stato di salute fisica e psicologica nella popolazione

La fotografia complessiva dello stato di salute misurata attraverso gli indici sintetici di stato fisico (PCS) e di stato psicologico (MCS) mostra che i giovani godono, come prevedibile, di condizioni di salute più favorevoli rispetto alle fasce di età adulte e anziane. All'aumentare dell'età entrambi gli indici hanno valori decrescenti, a indicare un peggioramento dello stato di salute, sia fisico che psicologico (Figura 1).



Fonte: indagine ISTAT sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"

Figura 1. Indice di stato fisico (PCS) e di stato psicologico (MCS), della popolazione di 15 anni e oltre per classe di età. Anni 2000, 2005 e 2013 (punteggi medi)

Ma dal confronto nel tempo si vede che la salute fisica mostra un tendenziale miglioramento negli ultimi 15 anni, generalizzato a tutte le fasce di età, mentre il benessere psicologico, stabile per le fasce anziane, peggiora soprattutto tra gli adulti intorno ai 50 anni e tra giovani, in particolare se maschi (22).

Salute mentale dei giovani

Analisi descrittiva

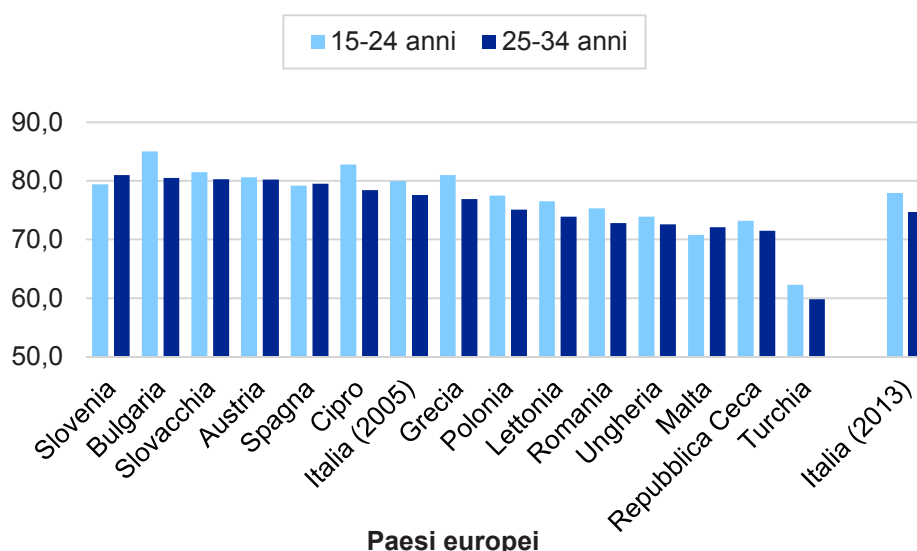
Secondo la definizione dell'OMS (23) la salute mentale è uno “stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni”. I periodi di avverse congiunture economiche, generando una percezione di maggiore insicurezza, sembrano avere un impatto più evidente e immediato sulla salute mentale, piuttosto che sullo stato di salute fisica, impatto quest'ultimo che potrebbe, peraltro, prodursi con tempi più lunghi. L'analisi descrittiva sul gruppo specifico di interesse (Tabella 1), i giovani dai 15 ai 34 anni, declinato per le diverse caratteristiche strutturali e analizzato rispetto alle diverse scale correlate alla salute mentale (indici MCS, MH e VT), evidenzia differenze di genere rispetto a tutti gli indici di benessere mentale, con uno svantaggio femminile rispetto ai coetanei maschi. L'indice MCS degli uomini assume un punteggio medio di 51,8 vs 49,8 tra le donne, mentre risulta più marcata la differenza per l'indice di salute mentale MH (77,4 vs 74,6 $p<0,001$) e l'indice VT (71,9 vs 67,0 $p<0,001$). I *teenager* (15-19 anni) hanno indici più favorevoli dei giovani delle fasce di età successive, nelle quali all'aumentare dell'età decresce il punteggio medio di tutti gli indici. Per quanto riguarda il titolo di studio, utilizzato come proxy di status socio-economico, si osservano differenze significative solo per l'indice VT a svantaggio dei più istruiti. L'appartenenza a famiglie con risorse economiche adeguate rappresenta un fattore protettivo per l'equilibrio psicologico dei giovani, che mostrano in questi casi valori significativamente più elevati per i diversi indici considerati; l'indice MH rilevato su questo gruppo presenta un punteggio medio di circa 4 punti più elevato rispetto a chi vive in famiglie meno abbienti. La condizione lavorativa, in questa fase del ciclo di vita, assume un ruolo rilevante sul benessere psicologico. Mentre gli studenti, che sono anche generalmente più giovani, hanno indici più elevati (circa 2 punti rispetto alla media complessiva) e, per gli occupati il punteggio medio è simile al valore complessivo, tra i disoccupati il punteggio medio dell'indice MH si riduce di quasi 5 punti, a confermare il maggior disagio psicologico in cui versano coloro che si vedono espulsi dal mercato del lavoro o non riescono ad entrarvi. La carenza di opportunità lavorative è uno dei motivi rilevanti (complessivamente nel 30% dei casi) che i giovani riferiscono alla domanda sulla possibilità di svolgere il lavoro retribuito desiderato. Non si evince alcun impatto di genere, lo scoraggiamento riguarda in modo uguale sia le donne che gli uomini. Anche una quota non trascurabile di chi è comunque riuscito ad entrare e rimanere nel mercato del lavoro sembra insoddisfatto: tra gli occupati di 25-34 anni il 22,9% dichiara di non riuscire a svolgere il lavoro retribuito che vorrebbe, quindi di sentire mortificate le proprie aspettative di realizzazione lavorativa. L'adozione di stili di vita salutari è associato a più elevati livelli di benessere psicologico. Rispetto alle persone normopeso, tra quelle in eccesso di peso si abbassano i livelli di benessere mentale, in particolare nelle donne in sottopeso (MH 71,5). Tra i fumatori gli indici sono significativamente più bassi rispetto ai non fumatori (-3 punti medi). Differenze di circa 4 punti medi si registrano tra chi svolge una qualche attività fisica nel tempo libero rispetto a chi invece è sedentario.

Tabella 1. Indice di stato psicologico (MCS), indice di salute mentale (MH) e indice di vitalità (VT) della popolazione giovanile (15-34 anni). Punteggi medi. Anno 2013

Covariate	n.	Stima		MCS	p-value	MH	p-value	VT	p-value
		n.	%						
Caratteristiche socio-demografiche									
Classi di età									
15-19	5.771	2.925	22,6	51,9	<0,001	78,9	<0,001	73,6	<0,001
20-24	5.974	3.025	23,4	50,9		76,1		70,8	
25-29	5.761	3.236	25,0	50,4		74,9		68,6	
30-34	6.576	3.761	29,1	50,3		74,6		66,1	
Genere									
Maschi	12.199	6.565	50,7	51,8	<0,001	77,4	<0,001	71,9	<0,001
Femmine	11.883	6.381	49,3	49,8		74,6		67,0	
Livello di istruzione									
Laurea	3.868	2.207	17,0	50,4	<0,005	76,0	n,s	67,8	<0,001
Diploma	11.072	5.955	46,0	50,7		76,1		69,2	
Licenza media	9.142	4.784	37,0	51,1		75,9		70,7	
Risorse economiche familiari									
Ottime/adequate	13.622	7.297	56,4	51,4	<0,001	77,8	<0,001	70,3	<0,001
Scarse/insufficienti	10.460	5.649	43,6	50,1		73,7		68,4	
Condizione professionale riferita									
Occupato	9.239	5.234	40,4	51,1	<0,001	76,5	<0,001	67,6	<0,001
Studente	8.694	4.420	34,1	51,1		77,7		72,0	
In cerca di nuova occupazione	1.956	1.070	8,3	48,9		70,8		69,1	
In cerca di prima occupazione	1.523	769	5,9	51,5		75,3		73,6	
Altro	2.670	1.453	11,2	49,9		73,4		66,6	
Contesto familiare									
Vive con entrambi i genitori	13.755	6.998	54 ,1	51,2	<0,01	76,8	n,s,	71,5	n,s,
Vive con un genitore	3.247	1.751	13,5	49,9		74,4		69,2	
Fuori dalla famiglia origine	7.080	4.197	32,4	50,7		75,3		66,3	
Ripartizione geografica									
Nord	9.256	5.446	42,1	50,2	<0,001	75,4	<0,003	67,3	<0,001
Centro	3.967	2.441	18,9	50,8		75,7		68,6	
Mezzogiorno	10.859	5.058	39,1	51,6		76,8		72,3	
Stili di vita									
Indice di Massa Corporea									
Sottopeso	1.418	751	5,8	49,5	<0,001	73,9	<0,001	66,6	<0,001
Normopeso	17.181	9.207	71,1	51,0		76,4		70,0	
Sovrappeso/obeso	5.483	2.988	23,1	50,7		75,3		68,7	
Fumatore									
Sì	5.884	3.176	24,5	49,5	<0,001	73,3	<0,001	67,6	<0,001
Ex-fumatore	2.397	1.326	10,2	49,4		73,6		65,1	
No	15.801	8.444	65,2	51,6		77,4		70,9	
Attività fisica									
Sì	16.033	8.551	66,1	51,0	<0,001	76,8	<0,001	70,4	<0,01
No	8.049	4.395	34,0	50,5		74,4		67,7	
Totale	24.082	12.946	100,0	50,8		76,0		69,5	

Fonte: indagine ISTAT sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"

Nel confronto con altri Paesi europei che hanno incluso la scala del *Mental Health* nell'indagine europea sulla salute (*European Health Interview Survey, EHIS wave1* del 2008), emerge che tra i 14 Paesi per i quali sarebbe possibile confrontare l'indice di salute mentale (MH) dei giovani, nelle stesse classi di età, l'Italia (stima 2005) si posiziona tra Cipro e Grecia, più sfavorita rispetto a Spagna e Austria, ma in vantaggio rispetto a Paesi dell'Est (Ungheria, Romania, Polonia, ecc.) (Figura 2). Il dato più recente del 2013 mostra una flessione che l'avvicinerebbe alla Polonia, qualora non si tenesse conto dell'impatto della crisi anche nel resto dei Paesi europei.



Fonte: Database Eurostat

*Per l'Italia l'indice MH è stato rilevato nel 2005 e nel 2013

Figura 2. Indice di salute mentale (MH) dei giovani tra i 15-34 anni in alcuni Paesi europei* (punteggi medi). Anno di riferimento 2008

Dal 2005 al 2013 anche l'indice MH fa registrare un peggioramento, più sensibile rispetto all'indice MCS. Gli uomini passano a un valore medio dell'indice di 77,4 con una flessione significativa di 3,7 punti; le donne vanno da 76,8 a 74,6 con un decremento medio leggermente inferiore rispetto a quello degli uomini. I giovani nella fascia 25-29 anni sono quelli che hanno subito maggiormente la riduzione dei livelli di benessere mentale (MH), forse penalizzati dalla crisi proprio in una fase importante di ricerca di autonomia.

Analisi multivariata

Con l'analisi multivariata si è studiata l'associazione di una serie di variabili con la cattiva salute mentale, evidenziando l'importante ruolo delle variabili socio-demografiche a parità di tutte le altre considerate nell'analisi (Tabella 2).

Tabella 2. Modello di regressione lineare per l'analisi dell'indice SF-36 Mental Health. Giovani di 15-34 anni. Anno 2013

Variabili	Stima dei parametri β	Pr > t	Stima standardizzata β std
Intercetta	10,70	<,0001	0
Femmina vs Maschio	3,06	<,0001	0,09
Età	0,33	<,0001	0,12
Italiano vs straniero	-0,85	0,0254	-0,02
Studente vs occupato	2,06	<,0001	0,06
In cerca di nuova occupazione vs occupato	4,71	<,0001	0,08
In cerca di prima occupazione vs occupato	2,33	<,0001	0,03
Altra condizione verso occupato	3,11	<,0001	0,06
Centro vs Nord	-0,57	0,0634	-0,01
Mezzogiorno vs Nord	-2,57	<,0001	-0,08
Diploma vs Laurea	-0,06	0,8382	0,00
Licenza media	-0,09	0,7801	0,00
Giudizio negativo sulle risorse economiche familiari vs giudizio positivo	3,63	<,0001	0,11
Non vive con genitori vs vive con genitori	-1,98	<,0001	-0,05
Sottopeso vs normopeso	1,27	0,0047	0,02
Eccesso di peso vs normopeso	0,73	0,0047	0,02
Fumatore vs non fumatore	3,75	<,0001	0,10
Ex-fumatore vs non fumatore	3,27	<,0001	0,06
Sedentario vs non sedentario	1,55	<,0001	0,04

Fonte: Indagine ISTAT sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"

Nel modello utilizzato valori maggiori di zero del coefficiente β indicano un incremento dell'indice MH e quindi un peggioramento della salute mentale al variare di una unità nel regressore di riferimento.

Tra le donne si confermano le peggiori condizioni di salute mentale rispetto agli uomini (β std 9%). Al crescere dell'età, anche tra i giovani, peggiorano le condizioni di salute mentale, all'aumentare di ogni singolo anno di età (β 0,33; β std 12%). Rispetto ai giovani che hanno un lavoro, tutti gli altri presentano peggiori condizioni per l'indice MH, a parità di tutte le altre variabili considerate nel modello. In particolare l'impatto sulla salute mentale è più forte tra coloro che hanno perso il lavoro (β 4,71; β std 8%), piuttosto che tra quelli che cercano di entrare per la prima volta nel mercato del lavoro (β std 3%); seguono gli studenti e coloro che sono in altra condizione (entrambi con β std 6%). Il fatto di risiedere nel Mezzogiorno rispetto al Nord risulterebbe essere un fattore protettivo per la salute mentale dei giovani.

Le scarse risorse economiche peggiorano l'equilibrio psicologico dell'11% rispetto a più abbienti. L'uscita dal nucleo familiare mostra una relazione inversa con il malessere mentale (β std -5%), a indicare peggiori condizioni di salute mentale tra chi non riesce ancora a realizzare anche un proprio autonomo percorso di vita.

Stili di vita non salutari sono associati a peggiori condizioni di salute mentale: gli ex-fumatori e coloro che fumano rischiano peggiori condizioni rispetto a chi non ha mai fumato (β std rispettivamente 10% e 6%). Così chi non svolge alcuna attività fisica nel tempo libero rispetto a chi pratica presenta uno svantaggio in termini di salute mentale (β std 4%). In modo analogo relazioni simili si registrano con riferimento sia ai giovani sottopeso sia in eccesso di peso (per entrambi β std 2%).

L'inserimento nel modello di una variabile che individua la presenza di disturbi psichici, quali ansietà cronica, depressione e disturbi del comportamento alimentare e invalidità da

malattia mentale, con una prevalenza complessiva del 3,5% sulla popolazione giovanile, sebbene fortemente correlata con l'Indice MH, come atteso, non modifica le relazioni esistenti con le altre variabili.

Si è reso opportuno segmentare le analisi, approfondendo queste dinamiche entro specifici gruppi, per verificare l'esistenza di specificità rispetto al genere, alla classe di età, e al contesto familiare. Sono state pertanto studiati 3 distinti gruppi di modelli: a) confronto per genere, b) confronto dei gruppi d'età (15-24enni ovvero "giovannissimi") e (25-34enni ovvero "giovani adulti"), c) conviventi con monogenitore, con entrambi i genitori, o senza genitori (Tabella 3).

Tabella 3. Modelli di regressione lineare per l'analisi dell'indice SF-36 MENTAL HEALTH, distinti per genere, classe di età e presenza dei genitori. Giovani di 14-34 anni – Coefficienti standardizzati. Anno 2013

Variabili indipendenti	Genere (a)		Classe di età (b)		Presenza dei genitori (c)		
	Maschi	Femmine	15-24	25-34	no	un solo genitore	entrambi i genitori
Femmina vs maschio	-	-	0,10	0,09	0,08	0,10	0,10
Età	0,13	0,11	0,09	0,03	0,06	0,06	0,11
Italiano vs straniero	ns	-0,03	-0,02	ns	ns	-0,01	ns
Studente vs occupato	0,08	0,04	0,05	0,03	0,02	0,03	0,08
In cerca di nuova occupazione vs occupato	0,10	0,05	0,04	0,09	0,09	0,06	0,05
In cerca di prima occupazione vs occupato	0,07	ns	0,03	0,03	0,02	0,05	0,03
Altra condizione vs occupato	0,07	0,05	0,04	0,06	0,04	0,06	0,06
Centro vs Nord	-0,02	ns	ns	ns	ns	-0,02	-0,04
Mezzogiorno vs Nord	-0,08	-0,07	-0,11	-0,05	-0,03	-0,10	-0,11
Diploma vs Laurea	ns	ns	ns	ns	ns	0,01	ns
Licenza Media vs Laurea	ns	ns	ns	ns	ns	-0,03	ns
Risorse economiche familiari scarse vs buone	0,10	0,12	0,08	0,13	0,17	0,02	ns
Non vive con genitori vs vive con genitori	-0,04	-0,07	-0,03	-0,05	-	-	-
Sottopeso vs normopeso	ns	0,02	ns	0,02	ns	0,01	0,02
Eccesso di peso vs normopeso	0,02	ns	ns	0,02	ns	0,03	ns
Fumatore vs non fumatore	0,09	0,10	0,10	0,08	0,10	0,09	0,06
Ex-fumatore vs non fumatore	0,04	0,07	0,08	0,05	0,06	0,06	0,05
Sedentario vs non sedentario	0,07	0,03	0,03	0,05	0,04	0,05	0,02
MH del genitore presente	-	-	-	-	-	0,36	-
MH del padre	-	-	-	-	-	-	0,20
MH della madre	-	-	-	-	-	-	0,27

Fonte: indagine ISTAT sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2013

I principali riscontri che derivano da una lettura integrata mettono in rilievo il ruolo determinante delle risorse economiche e della condizione professionale. Ma includendo nell'analisi l'indice di salute mentale dei genitori (MH)(Tabella 3, Modello c), questo occupa il primo posto per rilevanza sulla salute mentale dei figli conviventi che hanno, come prevedibile, un maggior rischio di veder compromessa la loro salute mentale. L'impatto è il più elevato nelle famiglie mono-genitoriali (β std 36%), quando invece sono presenti entrambi i genitori è

maggiore se ad essere compromesso è lo stato di salute mentale delle madri (β std 27%) rispetto a quello dei padri (β std 20%). L'impatto negativo delle scarse risorse economiche familiari è maggiore tra i giovani che non vivono più con i genitori (β std 17%), soprattutto se in una fascia di età prossima all'età adulta di 25-34 (β std 13%), ad evidenziare il ruolo importante che ancora svolge la famiglia come ammortizzatore sociale. La ricerca di un nuovo lavoro soprattutto tra i maschi (10% contro il 5% delle femmine), e in particolare per i giovani adulti (β std 9% tra i 25-34 anni rispetto a 4% tra i 15-24 anni) influenza negativamente la salute mentale. La ricerca della prima occupazione fa aumentare il malessere solo per i maschi (β std 7%), mentre non è significativa per le femmine.

Riguardo agli stili di vita tra i giovani sedentari l'associazione è più marcata per i maschi rispetto alle femmine (β std rispettivamente 7% e 3%). Il sottopeso ha un'associazione significativa con il malessere psicologico delle sole ragazze (2%), così come il sovrappeso lo ha solo per i ragazzi (2%). Tra i giovanissimi (15-24enni) che sono o sono stati fumatori, è più elevato il malessere psicologico rispetto ai loro coetanei non fumatori.

Risiedere nel Mezzogiorno, a parità degli altri fattori, è associato a un vantaggio in termini di salute mentale, soprattutto per chi vive con entrambi i genitori (β std 11%), vantaggio che si riduce notevolmente (β std 3%) quando i giovani escono dalla famiglia ed è minore per i giovani adulti (β std 5%) rispetto ai giovanissimi.

Discussione e conclusioni

Lo studio conferma, a parità di altri confondenti, le ben note differenze di genere che vedono penalizzate le donne, più esposte a stati ansiosi o depressivi degli uomini, anche in queste fasce d'età giovanili. Fattori genetici e biologici si combinano con altri di tipo ambientale e di *gender roles*. Soprattutto per le più giovani, problematiche connesse alla stima di sé e alla propria immagine corporea potrebbero associarsi a valori negativi nello stato di salute mentale (24-28).

Il modello multivariato declinato per genere evidenzia il maggior impatto sulla salute mentale dell'espulsione dal mercato del lavoro per gli uomini piuttosto che per le donne. Tra queste ultime assume rilevanza maggiore lo status socio-economico di provenienza; la scarsità di risorse economiche familiari incide nel peggiorare il malessere mentale in misura maggiore rispetto ai maschi.

Il fattore età, a parità di altre condizioni, mantiene la sua rilevanza. Il segmento di popolazione studiato è infatti eterogeneo al suo interno, e sperimenta fasi del ciclo di vita caratterizzate dai fondamentali cambiamenti di transizione allo stato adulto (lavoro, uscita dalla famiglia di origine, autonomia abitativa, ecc.), con le relative aspettative, ansie di fallimenti, che incidono in modo rilevante sulla salute mentale. L'analisi distinta tra la generazione dei 15-24enni e quella dei 25-34enni evidenzia che tra questi ultimi la scarsa disponibilità di risorse economiche e la perdita del lavoro hanno maggior impatto sul disagio psicologico rispetto a quello che hanno nel gruppo dei giovanissimi (15-24enni).

L'esclusione dal mercato del lavoro, soprattutto per gli uomini, fa aumentare il disagio al crescere dell'età, man mano che ci si avvicina ad una fase della vita in cui è più forte il desiderio di autonomia. Del resto vi sono forti evidenze a supporto di una associazione tra perdita di occupazione e di risorse economiche e peggioramento dei disturbi mentali (27).

L'analisi multivariata conferma quanto evidenziato nell'analisi descrittiva sulla geografia della salute mentale dei giovani. A parità di condizioni, quali occupazione, disponibilità di risorse economiche, ecc., i giovani del Mezzogiorno risulterebbero in migliori condizioni di salute mentale rispetto ai coetanei residenti al Nord, in particolare nel gruppo dei più giovani (15-24enni).

Il contesto della famiglia di origine assume un ruolo determinante, in quanto oltre i due terzi della popolazione target vive con i propri genitori. La famiglia di origine continua a mantenere il ruolo di principale ammortizzatore sociale, soprattutto per i giovani, nonostante la sfavorevole congiuntura economica. Si conferma come protettivo un buon livello socio-economico della famiglia, anche controllando gli altri fattori. Al contempo i giovani che provengono da famiglie di status elevato possono essere penalizzati nella transizione allo stato adulto: i vincoli di bilancio possono far ritardare progetti di vita individuali, anche per la difficoltà a rinunciare a standard di vita, ormai difficili da raggiungere con gli attuali livelli retributivi dei nuovi occupati, impiegati per di più con lavori atipici e precari. Il rischio di povertà tra i giovani, fatta eccezione, di chi vive in coppia senza figli, coinvolge quasi un giovane su quattro, e ancor più nel caso di giovani che hanno creato un nucleo autonomo con figli piccoli. Le conseguenze dell'impatto negativo delle scarse risorse economiche familiari sulla salute mentale sono maggiori tra i giovani che sono usciti dalla famiglia di origine.

Il benessere emotivo dei giovani è fortemente condizionato da quanto accade nella vita familiare, l'indice MH peggiora sensibilmente quando si sperimenta in famiglia un evento doloroso che interessa altri componenti della famiglia (malattia di un familiare, perdita del lavoro da parte dei genitori, separazioni difficili, ecc.). I modelli confermano, come prevedibile, la stretta relazione tra salute mentale dei genitori e quella dei figli, soprattutto quando si tratta di famiglie monogenitori, con un maggior impatto del peso della madre, quando presenti entrambi i genitori.

Si conferma l'associazione tra benessere mentale e adozione di stili di vita salutari, rilevata in diversi studi. L'attività fisico-sportiva, già nota in letteratura, per il ruolo svolto nel migliorare i livelli di benessere, vitalità, socialità e vivacità emotiva, assume un ruolo rilevante tra i giovani anche come momento di confronto e socializzazione (28).

La presenza di disturbi psichici, quali ansietà cronica, depressione e disturbi del comportamento alimentare o invalidità da malattia mentale, che in questa fascia d'età interessano complessivamente il 3,5% della popolazione studiata, pur incidendo come atteso sull'andamento negativo dell'indice MH, non modifica la struttura delle relazioni analizzate. Inoltre sebbene di rilevanza per le ricadute in termini di assistenza, e di carico sui caregiver, presenta una bassa prevalenza tra i giovani.

Un'analisi più esaustiva del disagio mentale in età giovanile dovrebbe tener conto anche di altre informazioni, alcune delle quali non facilmente rilevabili in indagini di popolazione, come, ad esempio quelle raccolte nell'ambito degli studi clinici con strumenti difficilmente utilizzabili in indagini di popolazione. Nell'indagine sulla salute da cui sono tratti i dati non sono rilevati altri aspetti rilevanti per la salute mentale dei giovani come i percorsi di vita, le motivazioni, attese e aspettative studiate in modo approfondito nell'ambito di indagini di tipo sociologico. Nella fonte utilizzata, manca inoltre la disponibilità di informazioni in grado di individuare rischi di dipendenze, ad esempio il consumo di droghe e quello di alcol, o di altri comportamenti devianti. Infine le fonti di tipo trasversale hanno il limite di non consentire di studiare in senso stretto i nessi di causalità tra condizioni di vita e disturbi mentali, nessi che potrebbero essere opportunamente indagati utilizzando sistemi informativi integrati di tipo longitudinale.

Tra i vantaggi, oltre alla ricchezza di informazioni sulle condizioni di salute della fonte, si evidenziano la potenza per l'ampiezza campionaria (sono oltre 24.000 i giovani intervistati), la rappresentatività dell'intero territorio nazionale e la confrontabilità territoriale e nel tempo. Inoltre è da evidenziare la possibilità di analizzare il fenomeno della salute mentale all'interno del nucleo familiare, avendo a disposizione le informazioni relative a tutto il "grappolo" familiare.

Il disagio mentale in età adolescenziale e giovanile è di estrema rilevanza ai fini della salute pubblica, dal momento che il 75% dei disturbi mentali si manifesta nei primi 25 anni di vita. Studiare la diffusione dei possibili fattori che minacciano l'insorgenza di disturbi mentali giovanili può contribuire a predisporre interventi di prevenzione, che se tempestivi possono risolvere o ridurre l'impatto del disturbo mentale (28, 29). Ancora una volta la prevenzione investirebbe anche politiche di tipo non sanitario. Il riconoscimento precoce in giovane età di un possibile problema di salute mentale è il presupposto fondamentale per lo sviluppo di un adeguato intervento terapeutico, alla stregua di altre patologie, superando l'eventuale stigma sociale che può contribuire ad aggravare l'esclusione sociale di tali soggetti.

Bibliografia

1. Livi Bacci M. *Avanti giovani, alla riscossa: come uscire dalla crisi giovanile in Italia*. Bologna: Il Mulino; 2008.
2. Livi Bacci M. La sindrome del ritardo. In: Dell'Aringa C, Treu T (Ed.). *Giovani senza futuro? Proposte per una nuova politica*. Bologna: Il Mulino; 2011. p. 269-73.
3. Fiori F, Rinesi F, Spizzichino D, Di Giorgio G. Employment insecurity and mental health during the economic recession: An analysis of the young adult labour force in Italy. *Soc Sci Med* 2016;153:90-8.
4. Moscone F, Tosetti E, Vittadini G. The impact of precarious employment on mental health: The case of Italy. *Soc Sci Med* 2016;158:86-95.
5. Gigantesco A, Ferrante G, Baldissera S, Masocco M. PASSI coordinating group. Depressive Symptoms and behavior-related risk factors, Italian population-based surveillance system, 2013. *Prev Chronic Dis* 2015;12:E183.
6. Gigantesco A, Stazi MA, Alessandri G, Medda E, Tarolla E, Fagnani C. Psychological well-being (PWB): a natural life outlook? An Italian twin study on heritability of PWB in young adults. *Psychol Med* 2011;41(12):2637-49.
7. World Health Organization. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>; ultima consultazione 25/10/2016.
8. World Health Organization. WHOQOL User Manual, and annexes (Who/msa/mhp/98.3), Torino, 1998. Trad. It. Centro Collaborativo Italiano. De Girolamo G, Becchi MA, Coppa FS, De Leo D, Neri G, Rucci P, Scocco P. (Ed.). *Manuale per l'uso degli strumenti*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2001.
9. Bergner M. Development, testing, and use of the sickness impact profile. In: Walker SR, Rosser RM (Ed.). *Quality of life assessment: key issues in the 1990s*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 1993. p. 95-110.
10. Callegari S, Majani G. *Test SAT-P - Soddisfazione soggettiva e qualità della vita*. Trento: Erickson; 2008.
11. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham health profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science and Medicine. Part A Medical Psychology and Medical* 1981;15(3 PART 1), 221-9.
12. Hunt SM, McKenna SP. Measuring quality of life in psychiatry. In: Walker SR, Rosser RM (Ed.). *Quality of life assessment: key issues in the 1990s*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 1993. p. 343-54.

13. Ware Jr JE, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol* 1998;51(11):903-12.
14. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996;34:220-33.
15. Grant JE, Potenza MN. *Young adult mental health*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
16. Rosina A, Sorgi S. *Il futuro che (non) c'è: costruire un domani migliore con la demografia*. Milano: UBE; 2016.
17. Istituto Nazionale di Statistica. *Giovani.stat: dati e indicatori sulla popolazione di 15-34 anni in Italia*. Roma: ISTAT; 2016.
18. Rosina A. *NEET: giovani che non studiano e non lavorano*. Milano: Vita e Pensiero; 2015.
19. Istituto Nazionale di Statistica. Sistema informativo sulla popolazione under 35. Roma: ISTAT; 2014-2015. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/giovani>; ultima consultazione 25/10/2016.
20. Istituto Nazionale di Statistica. *Natalità e fecondità della popolazione residente*. Statistiche report. Roma: ISTAT; 2015.
21. Ferrara A, Freguja C, Gargiulo L. La difficile condizione dei giovani in Italia: formazione del capitale umano e transizione alla vita adulta. X Conferenza Nazionale di Statistica. Roma: ISTAT; 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/files/2011/02/Ferrara.pdf>, ultima consultazione 25/10/2016.
22. Istituto Nazionale di Statistica. *Tutela della Salute e accesso alle cure*. Statistica report. Roma: ISTAT; 2014.
23. World Health Organization. *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013.
24. World Health Organization. *Gender and mental health*. Geneva: WHO; 2002. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/gender/other_health/genderMH.pdf, ultima consultazione: 25/10/2016.
25. Binkin N, Gigantesco A, Ferrante G, Baldissera S. Depressive symptoms among adults 18-69 years in Italy: results from the Italian behavioural risk factor surveillance system, 2007. *Int J Public Health* 2010;55(5):479-88.
26. Quarchioni E, Ferrante G, Minardi V, Possenti V, Masocco M, Salmaso S, Gigantesco A, Gruppo Tecnico PASSI. Forte associazione tra depressione e svantaggio socioeconomico negli italiani. *Epidemiol Prev* 2014;38(1):62.
27. Sareen J, Afifi TO, McMillan KA, Asmundson GJ. Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(4):419-27.
28. Gigantesco A, Del Re D, Cascavilla I, Palumbo G, De Mei B, Cattaneo C, Giovannelli I, Bella A. A universal mental health promotion programme for young people in Italy. *Biomed Res Int* 2015;345926. doi: 10.1155/2015/345926.
29. Gigantesco A, Del Re D, Cascavilla I. A student manual for promoting mental health among high school students. *Ann Ist Super Sanita* 2013;49(1):86-91.