

Capitolo 1

Lo studio HBSC

di Giacomo Lazzeri, Stefania Rossi e Mariano Giacchi

I presupposti metodologici

Lo studio HBSC, cui l'équipe italiana ha aderito, è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa. Attivo dal 1982, è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia e, nel corso degli anni, ha visto il coinvolgimento di un sempre maggior numero di Stati, tra cui anche alcuni Paesi extra-europei, come USA e Canada. Quest'ultima *survey*, relativa all'anno scolastico 2005-2006, coinvolge 41 Paesi, tra cui l'Italia che vi ha partecipato per la seconda volta. Lo studio si caratterizza come un network di ricercatori, Università ed Istituzioni governative coordinate da un comitato costituito da membri eletti dei Paesi rappresentati. Ulteriori informazioni sono reperibili sul sito <http://www.hbsc.org>.

Il team italiano è composto da un responsabile nazionale che coordina i gruppi di ricerca locali, costituiti dalla Università degli Studi di Torino (Principal Investigator), Padova e Siena, e si è avvalso della collaborazione del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR). Ulteriori informazioni sono reperibili sul sito <http://www.hbsc.unito.it>.

L'obiettivo principale del progetto è di servire come strumento di monitoraggio, ma anche di aumentare la comprensione di quei fattori e di quei processi che possono determinare *outcome* di salute negli adolescenti. Tali

obiettivi vengono perseguiti attraverso la raccolta di dati sulla salute, sui comportamenti ad essa correlati e sui loro determinanti, tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni¹. Queste età sono state scelte per rappresentare l'inizio dell'adolescenza - 11anni, il periodo dei cambiamenti fisici ed emotivi - 13 anni e il periodo intermedio in cui si incominciano a prendere decisioni importanti per la vita futura - 15 anni.

Il disegno dello studio è trasversale con ripetizione ogni quattro anni che consente di valutare gli andamenti temporali. La metodologia del progetto prevede la raccolta su un campione nazionale di adolescenti di informazioni relative ai comportamenti di salute, mediante un questionario auto-somministrato all'interno del contesto scolastico. I dati raccolti, inseriti in un database ed analizzati, vengono descritti a livello nazionale e confrontati con quelli internazionali. Nei 3 anni che intercorrono tra una campagna di somministrazione del questionario e quella successiva, i gruppi di lavoro su cui è strutturata la rete internazionale lavorano all'aggiornamento del protocollo e del questionario stesso, mediante l'individuazione di nuove domande e la loro sperimentazione tramite studi di validazione. Inoltre, risulta cospicua e di notevole interesse l'attività pubblicitaria legata alla realizzazione di studi costruiti su ipotesi specifiche volte ad interrogare i dati raccolti. I numerosi articoli pubblicati hanno trovato l'interesse di prestigiose riviste scientifiche internazionali. Infine, la cadenza quadriennale della rilevazione consente un monitoraggio nel tempo che può fornire utili indicazioni circa l'evoluzione dei modelli comportamentali e il raggiungimento degli obiettivi delle politiche per la salute dei giovani.

La replica dello studio a livello regionale costituisce un potenziale strumento di programmazione. Tre regioni italiane, Piemonte, Toscana e Veneto svolgono indagini regionali applicando la metodologia HBSC. I tre gruppi regionali afferenti alle Università di Padova, Siena e Torino, costituiscono il gruppo di ricerca HBSC nazionale italiano.

Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario elaborato dal gruppo di ricerca, redatto in inglese e successivamente tradotto -

¹ Più esattamente, lo studio HBSC si concentra su gruppi di studenti nel loro 12esimo 14esimo e 16esimo anno di età. Ed è fondamentale per questo che la rilevazione dei dati avvenga in un preciso periodo dell'anno scolastico, in funzione delle regole nazionali di accesso alla scuola, in modo che i tre campioni di ragazzi e ragazze che compileranno il questionario abbiano in quel momento, rispettivamente, un'età media di circa 11, 13 e 15 anni e mezzo.

con un sistema di controllo incrociato- nelle diverse lingue dei Paesi partecipanti.

Il questionario ha un corpo centrale di base e obbligatorio per tutti i Paesi che partecipano al progetto. Pur essendo rigidamente definito per ogni rilevazione, il questionario base può essere modificato, sperimentato e concordato in sede internazionale tra una rilevazione e quella successiva; inoltre ogni Paese può decidere di aggiungere uno o più pacchetti opzionali, sempre predefiniti a livello internazionale, che approfondiscono un certo argomento.

L'impostazione delle domande si struttura in quattro aree tematiche, che riflettono la prospettiva di ricerca esposta sopra:

- contesto socio-economico di origine:
 - dati anagrafici;
 - struttura familiare;
 - scala di affluenza familiare;
 - livello di istruzione ed occupazionale dei genitori;

- risorse sociali ed individuali:
 - relazione con i genitori;
 - relazioni con i compagni;
 - bullismo;
 - relazioni con la scuola;
 - percezione e partecipazione alla vita dell'area locale;

- comportamenti relativi alla salute:
 - abitudini alimentari;
 - attività fisica e tempo libero;
 - comportamenti a rischio: alcool, fumo e -per i quindicenni- sostanze stupefacenti ed attività sessuale;

- salute e benessere percepiti:
 - percezione del proprio stato di salute: frequenza di sintomi; misure corporee; stato di salute complessivo;
 - percezione del proprio benessere psicologico: percezione del proprio corpo (accettazione del sé); autostima; rappresentazione della propria vita (percezione del sé).

Solo per i quindicenni, il questionario include anche domande relative all'uso di sostanze stupefacenti e al comportamento sessuale.

I questionari, auto-compilati ed anonimi, sono stati somministrati nelle scuole con il sostegno degli insegnanti, che hanno ricevuto informazioni opportune sulle procedure da seguire.

1.1. Lo studio HBSC in Toscana

La partecipazione della Toscana allo studio HBSC si è concretizzata nell'Accordo quadro di collaborazione stipulato tra la Regione Toscana e l'Ufficio Regionale per l'Europa sugli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo dell'OMS per favorire strategie integrate per l'elaborazione e la sperimentazione di politiche atte a ridurre i fattori di rischio per la salute e promuovere stili di vita sani. L'Accordo di collaborazione è inteso a "disciplinare in modo organico e puntuale i rapporti di cooperazione e reciproco interscambio in materia di attività di ricerca, formazione, sperimentazione, realizzazione e diffusione di modelli valutativi e buone pratiche di promozione della salute derivanti dalla programmazione della Regione Toscana in tema di salute".

L'indagine in Toscana, coordinata dal Centro Interdipartimentale di Ricerca in Educazione e Promozione della Salute (CREPS) dell'Università di Siena, è stata svolta per la prima volta nella primavera 2004. Il rapporto completo è stato pubblicato nel Novembre 2005 ed è consultabile sul sito della Regione Toscana: <http://www.salute.toscana.it/promozione/oms-hbsc.shtml>.

Lo studio toscano adotta il protocollo metodologico della ricerca internazionale HBSC, in tal modo permettendo, in aggiunta alla fotografia dei nostri giovani relativa all'anno scolastico di rilevazione, di procedere ai confronti con altre realtà nazionali e regionali che hanno si avvalgono dei medesimi strumenti di indagine.

Inoltre, la cadenza quadriennale della rilevazione consente un monitoraggio nel tempo che può fornire utili indicazioni circa l'evoluzione dei modelli comportamentali, gli obiettivi e i risultati delle politiche per la salute dei giovani.

L'attuazione del progetto è stata resa possibile dalla costante e fattiva collaborazione tra la Regione Toscana e la Direzione Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana. Determinante è stato anche il contributo delle Aziende USL, dell'Agenzia Regionale di Sanità, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "A. Meyer" (Programma Promozione della Salute), dell'IRRE Toscana, dell'Istituto degli Innocenti e delle scuole che hanno aderito all'indagine HBSC.

1.2. Il campione

La procedura di campionamento ha seguito le linee guida tracciate a livello internazionale con l'obiettivo di selezionare un campione regionale rappresentativo della popolazione delle fasce di età considerate. Per la selezione dei soggetti è stato utilizzato un campionamento a grappolo stratificato in cui l'unità primaria di campionamento (grappolo o *cluster*) è costituita dalla classe scolastica, selezionata casualmente secondo un procedimento sistematico dalla lista completa e ordinata alfabeticamente delle scuole, pubbliche e private, presenti sul territorio regionale. Le classi sono state stratificate sulla base di due variabili: *grado di istruzione* (scuole medie inferiori e scuole medie superiori) e *distribuzione geografica* (Azienda USL di appartenenza), con lo scopo di assicurare la rappresentatività e generalizzabilità dei risultati in relazione alla differente distribuzione della popolazione dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni sul territorio regionale. La numerosità campionaria è stata calcolata in 1536 soggetti per fascia d'età al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza attesa, del $\pm 3\%$ con I.C. del 95%. È stato inoltre introdotto un sovracampionamento del 10% di ciascuna classe di età, proporzionale alla frequenza di soggetti nella fascia di età corretta e alla percentuale attesa di non-rispondenza. Stimando, sulla base delle pre-iscrizioni, una media di 21 studenti per classe, sono state selezionate 240 classi complessivamente per un totale teorico di 5040 studenti appartenenti a 160 scuole (nelle scuole medie coesistono la prima e la terza classe).

Le adesioni

Hanno aderito 134 scuole (83,8%) su 160 selezionate e 203 classi (84,6%) sulle 240 selezionate. Dalla tabella 1.1 si evince che hanno effettivamente riconsegnato i pacchi con i questionari 198 classi (82,5%) su 203. La rispondenza è risultata decrescere con l'aumentare dell'età, passando da 87,5% per le classi di prima media (11 anni) a 81,3% per quelle di seconda superiore (15 anni).

Tabella 1.1 – Adesione delle classi scolastiche

	Classi campionate	Classi che hanno restituito i questionari N (%)
Classe prima media	80	70 (87,5)
Classe terza media	80	68 (85,0)
Classe seconda superiore	80	65 (81,3)
Totale	240	203 (84,6)

Considerando le 203 classi rispondenti il campione reale risulta composto da 4334 studenti, dei quali 389 (9,0%) sono risultati assenti e 227 (5,3%) non hanno dato il consenso a partecipare all'indagine (tabella 1.2).

Tabella 1.2 – Studenti che non hanno compilato i questionari

Numero studenti		Assenti		No consenso	
N Totale	%	N	%	N	%
4334	100,0	389	9,0	227	5,3

In totale i questionari ricevuti sono 3718 dei quali, a seguito della loro registrazione su supporto magnetico e imputazione presso il centro di coordinamento nazionale di Torino, 3578 (96,2%) sono risultati internamente coerenti ed in possesso delle informazioni minime richieste per essere inclusi nelle analisi (tabella 1.3).

Tabella 1.3 - Questionari ricevuti, validi e non

Questionari ricevuti		Questionari validi		Questionari non validi	
N Totale	%	N	%	N	%
3718	100,0	3578	96,2	140	3,8

La distribuzione per età e genere del campione di 3578 ragazzi e ragazze, analizzata nel presente rapporto, è riportata in tabella 1.4. Complessivamente, i ragazzi risultano essere 1759 (49,2%), con una frequenza maggiore tra i tredicenni. Il rapporto ragazzi/ragazze si mantiene pressoché costante nelle tre fasce di età, passando da 0,96 per gli undicenni a 1,0 per i tredicenni e a 0,94 per i quindicenni.

Tabella 1.4 - Composizione del campione per classe di età e genere

	Ragazzi % (N)	Ragazze % (N)	Totale % (N)
11 anni	33,1 (582)	33,4 (607)	33,2 (1189)
13 anni	34,5 (607)	33,2 (604)	33,9 (1211)
15 anni	32,4 (570)	33,4 (608)	32,9 (1178)
Totale	100,0 (1759)	100,0 (1819)	100,0 (3578)

1.3. La realizzazione

Alle scuole delle classi campione della ricerca è stata trasmessa una circolare da parte della Direzione Generale dell'Ufficio Scolastico per richiedere l'adesione per la partecipazione all'indagine.

Dopo la conferma ufficiale, trasmessa dalle scuole alla segreteria organizzativa dello studio HBSC, si è provveduto alla spedizione, tramite corriere, del materiale necessario per ogni classe coinvolta. Ciascun pacco inviato conteneva: i questionari, le buste per inserire i questionari compilati, il foglio di classe da compilare a cura dell'insegnante, le istruzioni per l'insegnante e per i ragazzi, i fogli di consenso da compilare ai genitori, il nastro adesivo per sigillare le buste e per richiudere il pacco con i questionari compilati, nonché le cedole prestampate per il ritiro dal pacco da parte del corriere.

E' importante, sottolineare il livello assoluto di anonimato garantito dal protocollo dell'indagine cui si aggiunge, nello studio toscano, il pieno coinvolgimento delle strutture scolastiche e degli insegnanti che rappresentano per gli studenti un'ulteriore garanzia.

Il questionario è stato somministrato e compilato dai ragazzi nelle classi stesse, durante il normale orario di lezione. Gli insegnanti hanno avuto un'importante funzione per sollecitare motivazione e collaborazione nei ragazzi, favorendo anche un clima sereno nel momento della compilazione. A tale proposito gli insegnanti avevano ricevuto dettagliate istruzioni soprattutto durante le riunioni di presentazione del progetto. In particolare si è insistito sulla centralità del compito assegnato agli insegnanti rispetto all'esito dell'intera ricerca, in quanto la qualità e completezza dei dati dipendeva molto da come venivano motivati e istruiti i ragazzi e dal clima che si creava al

momento della compilazione. Le responsabilità più importanti del ruolo degli insegnanti consistevano:

nel favorire la compilazione dei questionari nel modo più completo possibile e dal maggior numero possibile di studenti, anche mediante la lettura, prima della somministrazione del questionario, di una parte del questionario stesso (Introduzione), al fine di responsabilizzare e motivare i ragazzi e le ragazze;

nel favorire la veridicità delle risposte prestando la massima attenzione ad ogni possibile forma di influenza sia da parte degli insegnanti che dei compagni, raccomandando agli studenti di non rispondere in modo frettoloso, di prendersi il tempo per riflettere e di rispondere secondo il proprio punto di vista;

nel garantire l'anonimato dei questionari, in modo che tutti gli studenti avessero la certezza che le risposte, peraltro visionate esclusivamente dai ricercatori, non potessero in alcun modo essere associate ad un nome. E' stato inoltre ribadita, come ulteriore garanzia di anonimato, l'importanza che la somministrazione avvenisse in condizioni di "compito in classe", infatti gli studenti non dovevano parlare fra loro né dovevano poter vedere le risposte altrui.

Bibliografia

Aarø LE, Wold B, Kannas, L, Rimpelä M (1986). *Health behaviour in school-children. A WHO cross-national survey*. Health Promotion, 1 (1):17-33.

Currie CE & Watson J, ed. (1998). *Translating Research Findings into Health Promotion Action: Lessons from the HBSC Study*. Edinburgh, Health Education Board for Scotland.

Currie C et al., eds. (2000). *Health and health behaviour among young people. International report from the HBSC 1997/98 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No.1)

Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. (2001). *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.

Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6; King A, Wold B, Tudor-Smith C & Harel Y (1996). *The Health of Youth: A cross-national survey*. WHO Regional Publications, European Series No. 69.

World Health Organisation (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva, WHO

Levy SP, Lemeshow S (1991). *Sampling of populations. Methods and applications*. New York, Wiley.

Roberts C, François Y, King A In: Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds (2001). *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh: 28–33

World Health Organization: *Constitution of the World Health Organization*. In: Basic Documents. Geneva. WHO, 1948.

