



La salute dei giovani e gli stili di vita ad essa collegati

Introduzione – Saoirse Nic Gabhainn

In questo capitolo sono stati raccolti i dati sulla salute e sugli stili di vita ad essa collegati, già descritti nell'introduzione e nel protocollo di ricerca HBSC in occasione dell'indagine HBSC del 2001/2002 (1). Il capitolo è strutturato secondo gli obiettivi della ricerca internazionale: ovvero, quello di facilitare il monitoraggio degli stili di vita collegati alla salute, sia al livello nazionale che comparativo tra i paesi e le regioni e quello di sostenere i fautori delle politiche sociali per la salute e per l'istruzione.

L'adolescenza è considerata un periodo di relativo benessere psico-fisico e di bassa mortalità se le disparità in termini di salute sono minime (2). Si tratta anche di un periodo di profondi cambiamenti fisici, psicologici, oltre che del contesto sociale ed economico legato al comportamento salutare. Nell'infanzia e nell'adolescenza un comportamento che compromette, sostiene o favorisce la salute è collegato a conseguenze a breve termine su quest'ultima e alla previsione della morbidità e all'utilizzo dei servizi sanitari (3 - 6). I modelli di comportamento acquisiti

da giovani, spesso si mantengono da adulti. Inoltre, un comportamento che compromette la salute può influenzare indirettamente l'impegno nello studio e lo sviluppo psicologico (7). Uno dei maggiori compiti affrontati dai ricercatori nell'ambito dell'indagine HBSC del 2001/2002 è stato quello di aggiornare alcune domande del questionario, per adattare ai nuovi risultati della ricerca epidemiologica e psicometrica e di mantenerne altre per facilitare la valutazione del cambiamento nel corso del tempo. Tutto ciò ha migliorato di molto le domande. Il protocollo HBSC (1) descrive dettagliatamente tali miglioramenti fornendo le motivazioni logiche e le informazioni sui test pilota. Per esempio, le domande riguardanti l'attività fisica sono state riviste per inserire una nuova misura dell'attività fisica che varia da moderata a impegnativa (8), mentre quelle riguardanti l'attività sedentaria includono adesso il tempo passato davanti al computer o a fare i compiti. I cambiamenti delle domande sullo stato di buona salute e benessere psicofisico comprendono una versione rettificata della scala di Cantrill sulla soddisfazione per la propria vita (9). Inoltre, i dati riguardano quell'età in cui ha inizio l'utilizzo di sostanze. Sebbene alcuni dei paesi e delle regioni che partecipano all'indagine HBSC non abbiano potuto inserire le domande sul comportamento sessuale, considerata la delicatezza dell'argomento, i dati raccolti da così tanti paesi per la prima volta sono particolarmente ricchi di informazioni.

L'ampio gamma di stili di vita collegati alla salute e approfonditi dall'indagine HBSC rimane uno dei suoi punti di forza. Le domande dei questionari standard internazionali 2001/2002 spaziano da argomenti di grande interesse sulla salute pubblica (l'utilizzo di sostanze, l'immagine di sé e le diete) a comportamenti che portano alle principali cause di mortalità giovanile (violenze e maltrattamenti), includendo quelli che sono condizionati principalmente dagli ambienti sociali in cui vivono i giovani. Di conseguenza, i dati raccolti in questo capitolo non vanno considerati separatamente dai contesti culturali, politici e interpersonali. Alcuni di questi contesti sono descritti nel capitolo 2.

Bibliografia

1. Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. *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, 2001 (http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf, accessed 27 January 2004).
2. Goodman E. The role of socio-economic status gradients in US adolescents' health. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1522–1528.
3. Williams CL, Bollella M, Wynder EL. A new recommendation for dietary fibre in childhood. *Pediatrics*, 1995, 96:985–988.
4. Malina R. Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 1996, 67(Suppl. 3):S1–S10.
5. Parsons TJ et al. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 1999, 23(Suppl. 8):S1–S107.
6. Irwin CE, Burg SJ, Cart CU. America's adolescents: where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, 2002, 31(6):91–121.
7. Koivusilta L, Arja R, Andres V. Health behaviours and health in adolescence as predictors of educational level in adulthood: a follow-up study from Finland. *Social Science and Medicine*, 2003, 57(4):577–593.
8. Prochaska JJ, Sallis JF, Long B. A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine*, 2000, 155(5):554–559.
9. Cantril H. *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1965.

Salute e benessere psicofisico – Torbjørn Torsheim, Raili Välimaa and Mia Danielson

Introduzione

Questa parte dà una visione complessiva dello stato di salute dei giovani tenendo conto dell'età, del sesso e del paese. Essa si basa sulla convinzione che la salute sia un'importante risorsa e che quella dei giovani sia un buon indicatore della società nel suo complesso (1). Conoscere la salute dei giovani aiuta a comprendere le loro capacità di affrontare le sfide che incontreranno e ad individuare i gruppi o le popolazioni a rischio.

Salute come risorsa

L'OMS definisce la salute come una risorsa per avere una vita produttiva (2). Un cattivo stato di salute potrebbe impedire in maniera significativa la capacità funzionale e ostacolare il raggiungimento degli obiettivi che si hanno nella vita. Nella società moderna alcuni dei problemi di salute più complessi, come le patologie muscolo scheletriche, la sindrome da affaticamento cronico e la depressione, dipendono più da una compromissione funzionale che da vere e proprie malattie. Un esempio di ciò che si potrebbe chiamare una "crescente epidemia di disabilità" è che più del 50% dei certificati di malattia a lungo termine non ha alcun riscontro obiettivo in termini di patologie (3), ma presenta come caratteristica di base l'incapacità di far fronte alle richieste della vita lavorativa. Se la salute è una risorsa, l'investimento nella salute pubblica non è semplicemente una questione di prevenzione e di cura delle malattie, ma deve anche permettere alle persone di operare in modo ottimale nei confronti delle richieste e delle sfide che si trovano ad affrontare.

Nell'adolescenza la salute è una risorsa particolarmente importante e se venisse ammanca porterebbe a ripercussioni negative a lungo termine. I giovani devono affrontare diverse sfide durante il passaggio all'età adulta. Godersi di buona salute, a livello fisico, emotivo e sociale, li aiuta ad affrontare queste sfide in modo produttivo. La promozione della salute dei giovani può avere esiti positivi a lungo termine sia sugli individui che sulle società.

Tre indicatori di salute percepiti

I dati riguardanti la salute sono stati formalmente estrapolati dalle statistiche nazionali sulla morbilità e sulla mortalità. Sebbene la morbilità e la mortalità siano importanti indicatori di salute, nel periodo dell'adolescenza essi offrono informazioni limitate, date le percentuali molto basse di malattia e di morte riscontrate in questo periodo della vita. Mettendo in evidenza la necessità di sistemi di valutazione più complessi, questa parte dell'indagine valuta lo stato di salute dei giovani mediante l'utilizzo di indicatori derivati dalle loro percezioni e dai loro racconti.

Esistono diverse motivazioni che inducono all'utilizzo degli indicatori percepiti. Prima di tutto, in base al principio che attribuisce maggior potere alle persone, la descrizione della salute dei giovani dovrebbe tenere conto dei loro punti di vista e delle definizioni che loro stessi danno del loro benessere psicofisico (4). In secondo luogo, prestare attenzione allo stato di salute percepito è più utile che analizzare gli indicatori di morbilità e mortalità dell'intera popolazione di giovani perché essi non si limitano a semplici sottogruppi clinici, ma li includono tutti. Una terza motivazione si riferisce all'impatto degli indicatori percepiti, in quanto essi riscontrano conseguenze comportamentali oggettive. I problemi di salute percepiti spingono i giovani a consultare un medico, a prendere medicine e a stare a casa da scuola, a prescindere dalle condizioni fisiche che stanno alla base delle loro percezioni.

I risultati qui riportati si basano su tre indicatori: la percezione della propria salute, i disturbi percepiti, la soddisfazione per la propria vita. Tutte le ricerche HBSC hanno utilizzato questi fattori chiave della salute e del benessere psicofisico.

L'esperienza soggettiva delle persone è un indicatore centrale spesso analizzato quando si chiede loro di valutare il proprio stato di salute. Tal valutazione fornisce informazioni veramente utili. Gli studi sugli adulti indicano chiaramente che similie auto-valutazioni del proprio stato di salute anticipano, o meglio coincidono, con conseguenze oggettive sulla salute tra cui anche la mortalità (5).

Quando si chiede ai giovani di parlare delle preoccupazioni che hanno riguardo alla propria salute, in genere molti di essi riferiscono disturbi somatici e psicologici (6-8). In questa sede, preferiamo utilizzare il termine di disturbi percepiti (9) come definizione generale. Non sappiamo, quindi, con certezza se le cause principali di tali disturbi siano di natura biologica o psicologica, ma prendiamo atto che l'individuo le vive e le racconta. I disturbi di salute tendono a manifestarsi insieme (10, 11); anziché sintomi isolati, i disturbi percepiti possono essere visti come una sindrome in cui un individuo accusa due o più disturbi contemporaneamente. Si passa da un mal di testa occasionale, spesso sofferto dalla maggior parte dei giovani, a manifestazioni cliniche di sintomi somatici o affettivi che compromettono lo stato funzionale quotidiano dell'individuo. A tale limitazione si associano scarsi risultati a scuola (12), un aumento della richiesta di assistenza medica di base (13) e dell'assunzione di farmaci (14).

Abbiamo utilizzato un indicatore di soddisfazione della vita (15) per valutare la considerazione complessiva che i giovani hanno della propria esistenza. Questo indicatore fornisce una valutazione diretta di come i giovani siano in grado di soddisfare i loro compiti evolutivi nei confronti di amici, genitori e della scuola. Per i giovani, i rapporti con gli amici e con i genitori, rappresentano il più importante indice di soddisfazione.

Metodi

Valutazione della salute e del benessere psicofisico

La valutazione della salute attraverso un questionario di autovalutazione contiene i punti di forza che limiti. Da un lato, è una prassi standard, che permette quindi di poter fare dei confronti fra individui e paesi; non è invasiva ed è messa a punto per garantire il rispetto della persona e l'anonimato; infine, può essere somministrata con efficacia.

Dall'altra parte, si tratta di un questionario standardizzato e prefissato che limita la profondità e il raggio d'azione del metodo di valutazione se confrontato con metodi più qualitativi.

La domanda sull'autovalutazione della propria salute è stata: "Diresti che la tua salute è: Eccellente, buona, discreta o scadente?" I risultati qui riportati sono incentrati sui giovani che hanno risposto di avere una salute discreta o scadente e il termine "salute più scadente" viene usato per definire queste due risposte. Questo gruppo è particolarmente a rischio poiché la maggior parte dei giovani definisce la propria salute eccellente.

Abbiamo utilizzato una lista di verifica dei sintomi standard per valutare i disturbi di salute percepiti (10, 16). Alla domanda: "Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...? Maldi testa, Maldistomaco, Maldischiena, Giù dimorale, Irritabile od cattivo umore, Nervoso, Difficoltà ad addormentarti, Latesta che gira?" Le possibili risposte erano: Circa ogni giorno, Più di una volta alla settimana, Circa una volta alla settimana, Circa una volta al mese, Raramente o Mai.

La ricorrenza di più disturbi di diversa natura potrebbero rappresentare un peso certamente maggiore in termini di capacità funzionale quotidiana e benessere psicofisico rispetto a quello causato da singoli sintomi. I risultati qui riportati si incentrano quindi su quei giovani che hanno affermato di soffrire di più disturbi diverse volte durante la settimana o quotidianamente. La ricorrenza di più disturbi durante una sola settimana potrebbe avere un impatto ancor più forte rispetto ai disturbi che si presentano una volta al mese o una volta la settimana. La soddisfazione della vita deriva da una tecnica di valutazione conosciuta come la scala di Cantril (17), che ha 10 punti: la parte alta della scala indica la miglior vita possibile, e la parte bassa, la peggiore. Ai giovani è stato chiesto di indicare in quale punto della scala avrebbero collocato la propria vita in quel momento. "Quic'è il disegno di una scala. La cima della scala è la miglior vita possibile e la parte più bassa è la peggiore vita possibile. In generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento?"

Fai una crocetta vicino al numero che descrive meglio la tua situazione.” Un punteggio pari a 6 o maggiore di 6 è stato considerato indice di un livello di soddisfazione di vita positivo.

Risultati

Autovalutazione della propria salute

La tabella 3.1 evidenzia che le percentuali dei giovani che considerano la propria salute discreta o scadente variano notevolmente a seconda del sesso e dell'età. Lo stato di salute più scadente si riscontra maggiormente tra le femmine e aumenta in maniera significativa con l'età.

La Fig. 3.1 ripropone le differenze per sesso e per età mostrate nella Tabella 3.1, ma rivela che i paesi e le regioni non solo si differenziano sostanzialmente per quanto riguarda l'autovalutazione della propria salute, ma mostrano un'alta coerenza nelle rispettive posizioni. In generale, le differenze di valutazione sono maggiori per le femmine. I livelli di salute più scadente riportati dalle femmine variano dal 4% al 44% per le undicenni, dal 10% al 54% per le tredicenni, dal 13% al 63% per le quindicenni. Lettonia, Lituania, Federazione Russa e Ucraina sono quattro dei sei paesi con i livelli più alti per tutte le fasce d'età e per entrambi i sessi, mentre Grecia, Israele, ex-Repubblica jugoslava di Macedonia e Spagna sono quelli ad averli uniformemente bassi.

Tabella 3.1. Giovani che considerano la propria salute discreta o scadente (%)

Sesso	Salute discreta o scadente (%)		
	11 anni	13 anni	15 anni
Femmine	15.7	20.8	27.2
Maschi	12.1	13.6	16.1

Disturbi di salute percepiti

Le femmine affermano di soffrire di numerosi disturbi di salute percepiti più spesso dei maschi: mentre le percentuali per le femmine aumentano con l'età, quelle dei maschi variano leggermente (Tabella 3.2).

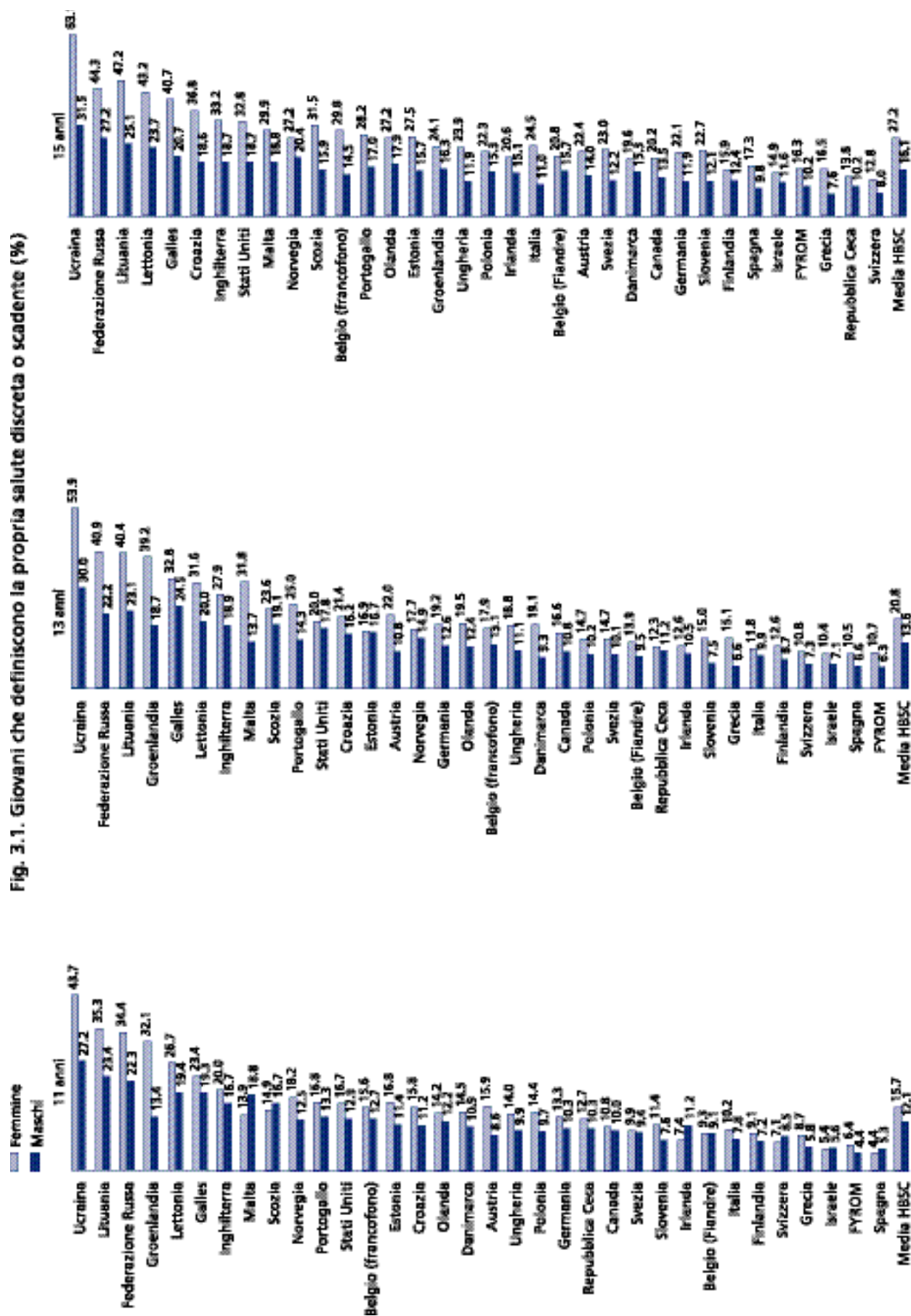
La Fig. 3.2 evidenzia in generale un modello uniforme per quanto riguarda le differenze a seconda del sesso e delle fasce d'età. Tra i quindicenni le differenze tra i sessi sono notevoli nei paesi Baltici e in alcuni paesi del Sud Europa, tra cui Croazia, Grecia, Italia, Portogallo e Spagna. Le percentuali dei molteplici disturbi di salute percepiti differiscono considerevolmente tra paesi e regioni: variano, per esempio, dal 15% in Germania al 43% in Italia tra i maschi undicenni.

Le percentuali di questi disturbi sono uniformemente più elevate tra i giovani in Grecia, in Israele e in Italia, e uniformemente più bassi in Austria, in Germania e in Svizzera.

Tabella 3.2. Giovani che soffrono di molteplici disturbi di salute percepiti (%)

Sesso	Molteplici disturbi (%)		
	11 anni	13 anni	15 anni
Femmine	33.6	38.2	43.5
Maschi	26.9	25.8	25.6

Fig. 3.1. Giovani che definiscono la propria salute discreta o scadente (%)



Note: Dati non disponibili per Francia

Fig. 3.2. Giovani che soffrono di due o più disturbi di salute percepiti più di una volta la settimana (%)

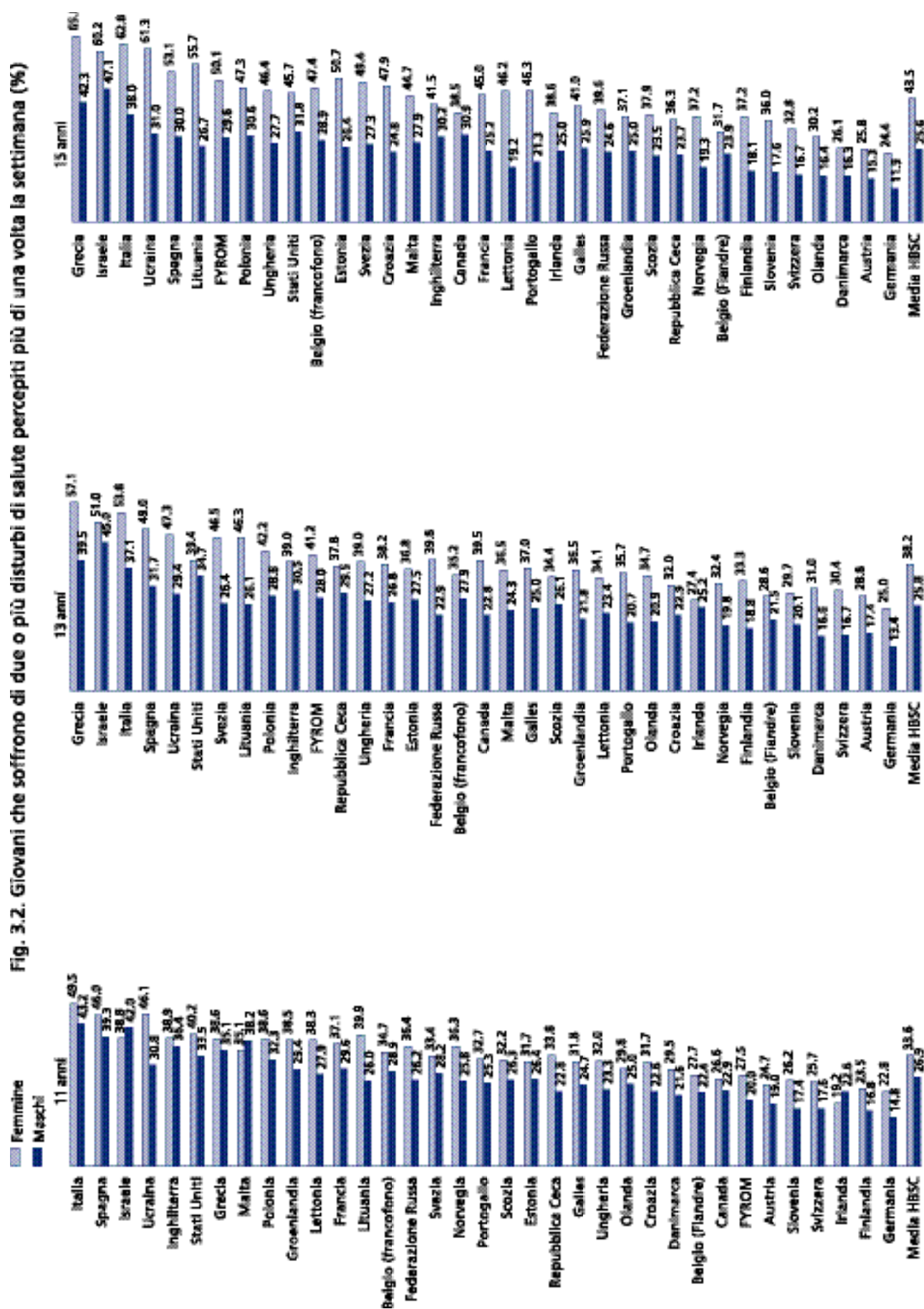
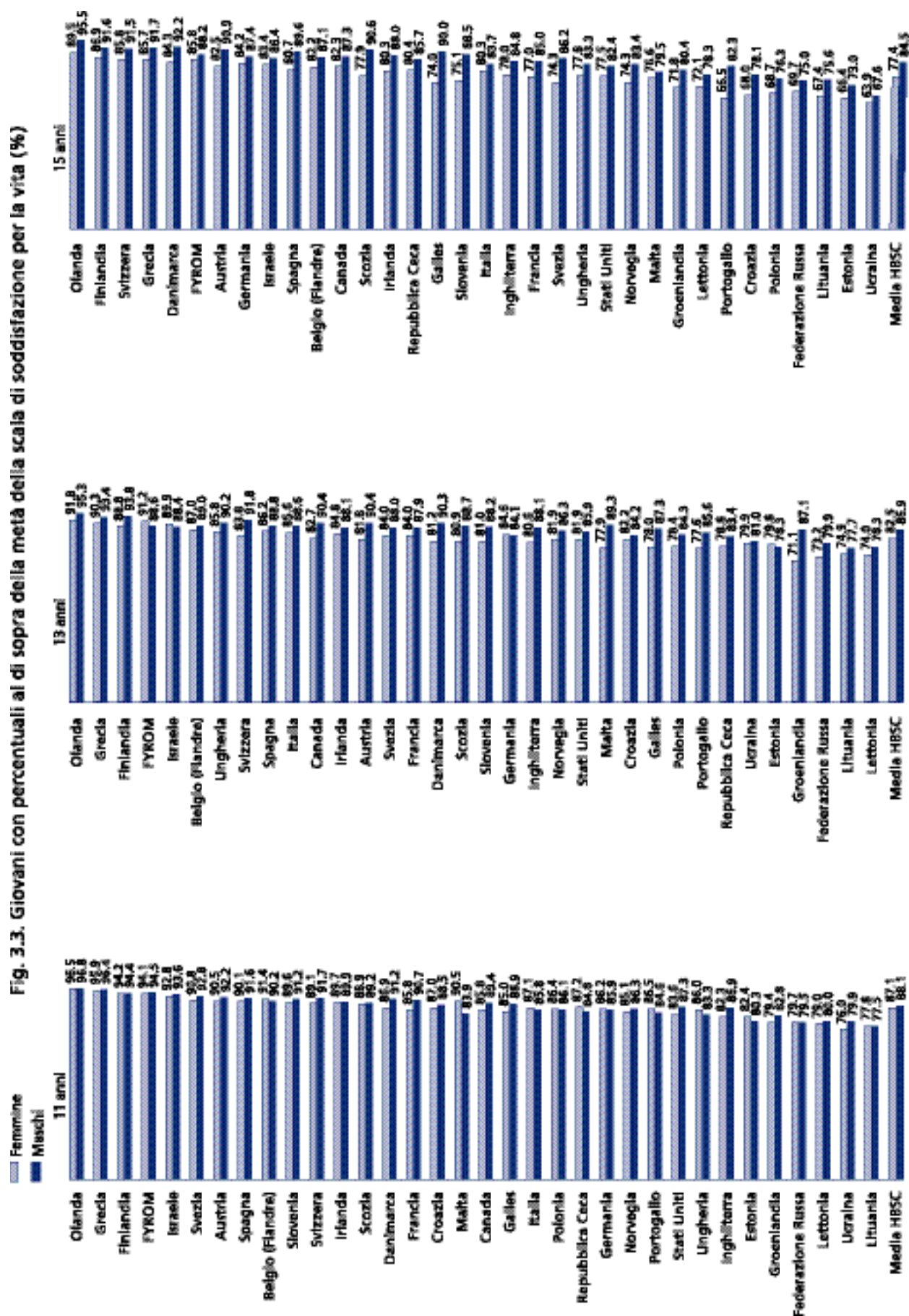


Fig. 3.3. Giovani con percentuali al di sopra della metà della scala di soddisfazione per la vita (%)



Note: Dati non disponibili per Belgio (francofono).

Soddisfazione per la propria vita

La Tabella 3.3 indica il modello globale della soddisfazione per la propria vita nelle varie fasce d'età e a seconda dei sessi. Percentuali molto elevate di giovani che si collocano sopra la metà della scala di Cantrill (percentuali superiori a 6) dimostrano un'elevata soddisfazione per la propria vita. In tutte le fasce d'età vi è una lieve tendenza verso la diminuzione della soddisfazione per la propria vita, in particolare per le femmine.

Sebbene la maggior parte dei giovani sia soddisfatta della propria vita in tutti i paesi e regioni, le differenze geografiche sono considerevoli e restano uniformi tra le fasce d'età (Fig. 3.3). Le percentuali sono alte in Finlandia e in Olanda e basse, se confrontate, in Lettonia, in Lituania e in Ucraina.

Tabella 3.3. Giovani con percentuali al di sopra della metà della scala di soddisfazione (%)

Sesso	Soddisfazione per la propria vita (%)		
	11 anni	13 anni	15 anni
Femmine	87.1	82.5	77.4
Maschi	88.1	86.9	84.5

Conclusioni

I risultati riportati in questa parte del rapporto possono essere letti sia come positivi che come negativi. Positivi perché rivelano che la maggior parte dei giovani intervistati considera la propria salute buona o eccellente, non soffre di molte patologie e disturbi di salute ed è soddisfatta della propria vita. Negativi perché una grande minoranza di giovani ha una concezione opposta della propria esistenza. Le variazioni osservate nell'autovalutazione della propria salute rivelano che descrivere l'adolescenza come un periodo di buona salute potrebbe essere una semplificazione eccessiva. Al contrario sarebbe meglio descriverla come un periodo in cui aumenta l'ineguaglianza al livello di salute. Questa parte individua due aspetti importanti che influiscono su tale ineguaglianza: il sesso e il paese o la regione. Le parti che seguono approfondiscono il contenuto e le implicazioni di questi due risultati fornendo maggiori dettagli.

I risultati più significativi sono dati dal fatto che l'ineguaglianza al livello di salute e a seconda del sesso aumenta in maniera significativa tra gli 11 e i 15 anni, con un rischio di un aumento della salute percepita come scadente da parte delle femmine. Prendendo in considerazione gli indicatori, la salute percepita da parte dei maschi e delle femmine ha manifestato livelli simili nella fascia degli 11 anni, ma le femmine di 15 anni riportano uno schema molto meno favorevole dei maschi, caratterizzato da percentuali più alte di salute più scadente, da percentuali maggiori di disturbi legati alla salute e da percentuali più basse a livello di soddisfazione per la propria vita. Quasi tutti i paesi e regioni presentano un aumento graduale delle differenze tra i sessi, indicando che il rischio di salute percepita come scadente nelle femmine, più alto se confrontato con quello nei maschi, è relativamente indipendente dalle variazioni dei fattori sociali ed economici.

Sebbene questa parte non possa fornire i dati necessari a spiegare il fenomeno della differenza fra i sessi a livello di salute, è possibile esaminare tre fattori che potenzialmente influiscono sullo stesso.

Prima di tutto la differenza potrebbe essere attribuita, fino a un certo punto, alla crescita e all'inizio della pubertà. Una ricerca successiva in Finlandia (18) ha rilevato che la percezione di disturbi di salute è più elevata tra le femmine che si sono sviluppate precocemente dopo che hanno cominciato ad avere appuntamenti e a consumare alcolici. Anche l'aumento dell'età del menarca potrebbe spiegare alcune delle differenze tra i sessi. Il Capitolo 4 (vedi pag. 200 - 210) tratta degli effetti che la pubertà e il periodo ad essa associato possono avere sulla salute e sul benessere psicofisico dei giovani.

In secondo luogo, un'ulteriore contributo è dato dal fatto che le femmine sono più sensibili per quanto riguarda l'immagine corporea, le relazioni sociali e la scuola (19, 20). Poiché le femmine, in maggior misura rispetto ai maschi, devono affrontare più situazioni conflittuali in ambito sociale, potrebbero essere più vulnerabili e sviluppare uno stato di salute scadente.

Una terza spiegazione potrebbe essere quella secondo cui la socializzazione insegna alle femmine ad essere più consapevoli del loro stato fisico ed emotivo, e ad avere una soglia più bassa nel riconoscere e riferire i disturbi di salute (21). La teoria secondo cui "i maschi non piangono" potrebbe impedire ai maschi di lamentarsi dei disturbi di salute. Quindi, l'aumento delle differenze fra i sessi potrebbe essere legato alla relativa sottovalutazione da parte dei maschi dei problemi di salute.

Queste spiegazioni non si escludono a vicenda, ma riflettono processi che potrebbero operare in parallelo o addirittura interagire. È importante sapere che gli ulteriori effetti di questi processi creano un divario fondamentale tra i sessi nell'ambito della salute dei giovani. Se ciò viene interpretato principalmente come uno sviluppo naturale, si corre il rischio che i fenomeni che potrebbero avere un forte impatto sulla salute pubblica vengano trascurati. La salute percepita come scadente mette a serio rischio le femmine di 15 anni durante la transizione dall'adolescenza all'età adulta.

Sebbene non sia stato effettuato alcun test statistico formale, le differenze transnazionali per tutti gli indicatori di salute e di benessere psicofisico sono chiaramente più grandi di quanto ci si poteva aspettare da un calcolo delle probabilità (vedi Allegato 1). Ciò implica che i fattori transnazionali contribuiscono alla ineguaglianza dello stato di salute durante l'adolescenza.

Le differenze transnazionali per quanto riguarda lo stato di salute e di benessere psicofisico sono costanti in tutti gli indicatori. Come si può notare, i giovani dei paesi Baltici (esclusa l'Estonia) e quelli dei paesi dell'Europa dell'est tendono ad avere percentuali più alte di salute più scadente e percentuali più basse di soddisfazione per la propria vita. Lo schema potrebbe essere descritto semplicemente come un gradiente Est-Ovest nella salute dei giovani, che indica come le condizioni sociali e strutturali possano spiegare bene tali differenze. Lo schema è in linea con quello documentato da Micklewright e Stewart (22) sulle principali differenze socioeconomiche tra paesi del Centro e dell'Est Europa e paesi nell'Unione Europea (UE). Se rapportati alla media UE, i paesi del Centro e dell'Est Europa mostrano un tasso decisamente basso di reddito nazionale e un tasso decisamente alto di ineguaglianza nei redditi. Per tentare di spiegare le differenze al livello di salute e di benessere psicofisico legate al contesto geografico, ci si dovrebbe concentrare sulle condizioni strutturali ed economiche.

Questa parte documentale ineguaglianza nella salute tra i giovani avvalendosi di tre indicatori. Sebbene la salute generale si percepisca come buona dalla maggior parte dei giovani, una minoranza significativa riporta dei livelli di compromissione della salute e per quest'ultima potrebbe aumentare il rischio di non riuscire ad affrontare le sfide che si devono affrontare nei rapporti con i compagni, nel rendimento scolastico e nello sviluppo della propria identità.

Bibliografia

1. Köhler L. Child public health. A new basis for child health workers. *European Journal of Public Health*, 1998, 8(3):253–255.
2. Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2, accessed 3 February 2004).
3. Tellnes G et al. Incidence of sickness certification. Proposal for use as a health status indicator. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1989, 7(2):111–117.
4. Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO. Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century. New York, Oxford University Press, 1993.
5. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1997, 38(1):21–37.
6. Eme R, Maisak R, Goodale W. Seriousness of adolescent problems. *Adolescence*, 1979, 14:93–99.
7. Henker B, Whalen CK, O'Neil R. Worldly and workaday worries: contemporary concerns of chil-

- dren and young adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1995, 23:685–702.
8. Greene AL. Early adolescents' perceptions of stress. *Journal of Early Adolescence*, 1988, 8(4):391–403.
 9. Ursin H. Sensitization, somatization, and subjective health complaints. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1997, 4(2):105–116.
 10. Haugland S et al. Subjective health complaints in adolescence – A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 2001, 11(1):4–10.
 11. Garber J, Walker LS, Zeman J. Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment*, 1991, 3(4):588–595.
 12. Krilov LR et al. Course and outcome of chronic fatigue in children and adolescents. *Pediatrics*, 1998, 102(2):360–366.
 13. Belmaker E. Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1985, 1(1,2).
 14. Hansen EH et al. International survey of self-reported medicine use among adolescents. *Annals of Pharmacotherapy*, 2003, 37(3):361–366.
 15. Diener E. Subjective well-being – The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 2000, 55(1):34–43.
 16. Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 2001, 24(5):611–624.
 17. Cantril H. *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1965.
 18. Aro H, Taipale V. The impact of timing of puberty on psychosomatic symptoms among fourteen- to sixteen-year-old Finnish girls. *Child Development*, 1987, 58(1):261–268.
 19. Wichstrom L. The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 1999, 35(1):232–245.
 20. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 1994, 115(3):424–443.
 21. Van Wijk CMTG, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine*, 1997, 45(2):231–246.
 22. Micklewright J, Stewart K. Child well-being in the EU and enlargement to the east. In: Vleminckx K, Smeeding TM, eds. *Child well-being, child poverty and child policy in modern nations*. Bristol, Policy Press, 2001.

Consumo di tabacco – Emmanuelle Godeau, Giora Rahav and Anne Hublet

Introduzione

L'OMS definisce il fumo come la principale causa di malattia e di morte premature nei paesi industrializzati (1), responsabile di più del 14% dei casi di morte verificatisi nell'area europea dell'OMS nel 1999 (2). Sebbene la gran parte dei decessi per causa di fumo si verificano nelle persone di mezza età e negli anziani, il vizio del fumo nel loro caso si è senza dubbio consolidato nell'adolescenza. Negli Stati Uniti, per esempio, circa l'80% dei fumatori adulti, stando a quanto rilevato, ha iniziato a fumare prima dei 18 anni (3). I giovani fumatori potrebbero prendere il vizio e diventare dipendenti prima di raggiungere l'età adulta, e questo li renderebbe meno capaci di smettere e più portati ad avere problemi di salute legati al fumo. Più tardi si verifica la prima volta in cui si fuma, meno si è predisposti a diventare dipendenti (3). Pierce e Gilpin (4) hanno stimato che metà degli adolescenti maschi che hanno appena iniziato a fumare, continueranno a farlo per almeno 16 anni, mentre le femmine per almeno 20 (4).

Sebbene le gravi edanneose conseguenze sulla salute legate al consumo di alcol siano immediatamente più ovvie e più serie rispetto a quelle legate al consumo di tabacco (vedere la sezione seguente), il fumo porta a problemi di salute a breve termine tra i giovani, fra cui una funzione polmonare ridotta, un aumento di problemi asmatici, tosse, respiro affannoso, mancanza di fiato, diminuzione dell'allenamento fisico, e maggior predisposizione e gravità per quanto concerne le malattie respiratorie (3). Tuttavia, molti giovani considerano il fatto di fumare un comportamento accettabile, adulto e alla moda (5).

Una revisione della letteratura documenta l'esistenza di un numero di fattori che contribuiscono al consumo di tabacco tra i giovani (6), fra cui il comportamento, gli atteggiamenti e le aspettative dei genitori e del gruppo dei pari. I giovani tendono a diventare dei fumatori se i loro genitori, fratelli o sorelle e/o amici lo sono già. Tuttavia è stato dimostrato che il sostegno dei genitori sia un fattore di protezione contro la prima volta in cui si fuma tabacco, in particolare modo attraverso il coinvolgimento scolastico e nelle attività extrascolastiche (7). Gli amici che fumano influenzano in modo particolare, visto che spesso procurano le prime sigarette, aumentano la diffusione e percepiscono il comportamento di fumare e aiutano a creare regole nelle quali i giovani si identificano (8). La pressione degli amici, esplicita o implicita, è spesso ritenuta la maggior causa del consumo di tabacco tra gli adolescenti (9). L'essere esposti a condizioni di vita avverse, quali l'abuso infantile e eventi stressanti, si associa a un maggior rischio di fumare con regolarità (10), vista la scarsa autostima (11).

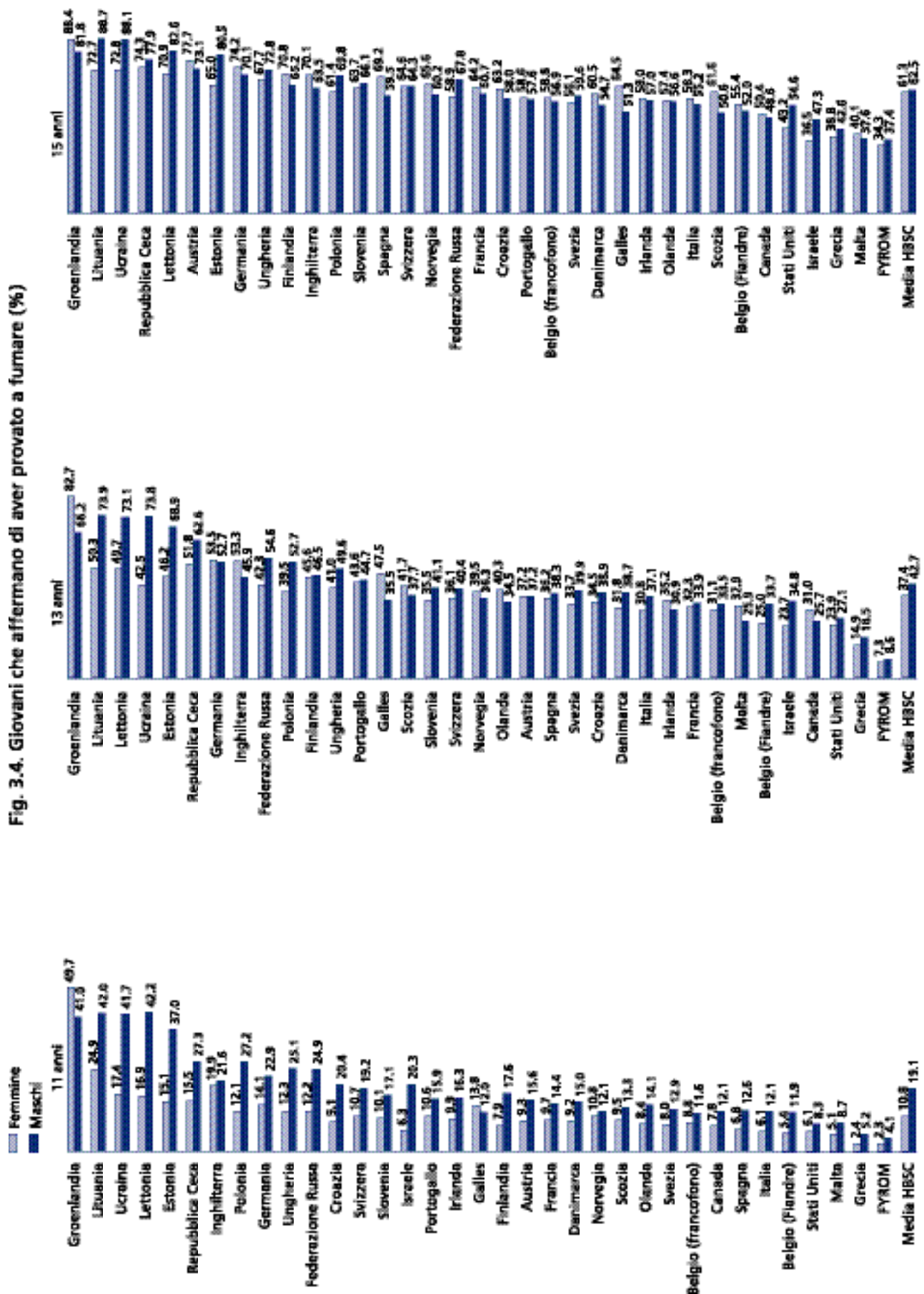
Il fumo, se visto in termini di stile di vita, è associato ad altri comportamenti a rischio, come il consumo di droghe e di alcolici, e a comportamenti sociali. Per esempio, i giovani fumatori sono tre volte più propensi a consumare alcolici e otto volte a fare più uso di cannabinoidi dei non fumatori (12). Infine, si presume che il fumo sia una delle strade che portino al consumo di altre sostanze (13).

La maggior parte dei giovani è in grado di elencare i pericoli associati al fumo, sebbene non sottovaluti la virulenza delle conseguenze e la vulnerabilità personale (14). Prestano più attenzione alle tentazioni percepite al momento, piuttosto che agli svantaggi a lungo termine. Per esempio, pensano che fumare li aiuti a combattere lo stress quotidiano, a facilitare gli approcci con gli individui dell'altro sesso con la condivisione delle sigarette e, soprattutto le ragazze, pensano di ridurre o tenere sotto controllo il peso corporeo (15).

Metodi

L'indagine HBSC 2001/2002 si è avvalsa di tre domande per stilare un profilo generale del comportamento legato al consumo di tabacco, passando da coloro che hanno provato a fumare a quelli che fumano attualmente.

Fig. 3.4. Giovani che affermano di aver provato a fumare (%)



La prima domanda: Qualche volta ha fumato tabacco? (almeno una sigaretta, sigaro o pipa)? Le risposte possibili erano: Sì, No. Al profilo di coloro che hanno provato a fumare appartiene una serie di persone, fra cui quelle che fumano per provare, quelle che potrebbero eventualmente diventare fumatori abituali, quelle che fumano già regolarmente, quelle che hanno smesso di fumare, quelle che potrebbero smettere in un futuro prossimo e quelle che fumano occasionalmente.

La seconda domanda ha valutato la frequenza: E attualmente quanto spesso fumi? Le risposte possibili erano: Tutti i giorni, Almeno una volta alla settimana, ma non tutti i giorni, Meno di una volta la settimana, Non fumo.

La frequenza relativa al consumo di tabacco si presenta in termini giornalieri e settimanali. I dati qui raccolti sono presentati in ordine gerarchico; in altre parole, coloro che fumano ogni giorno appartengono al gruppo dei fumatori settimanali e quelli che lo fanno giornalmente o settimanalmente, appartengono al gruppo di coloro che hanno provato a fumare. Sebbene queste domande non forniscano una valutazione in termini di dipendenza, si tratta di indicatori di comportamento che potrebbero metterla in evidenza. I dati raccolti consentono di indagare su come si verifica il passaggio da chi fuma per provare, a chi lo fa occasionalmente e a chi lo fa più regolarmente. I fumatori abituali rischiano più di tutti di continuare a fumare da adulti e di subirne le conseguenze a breve e lungo termine.

Diverse ricerche HBSC includono queste due domande. Molti paesi le utilizzano come strumenti di sorveglianza, per monitorare il consumo di tabacco nel corso del tempo. Insieme aiutano a dimostrare i cambiamenti e le tendenze nelle fasi della ricerca. In studi simili, sono state utilizzate domande d'indagine alternative, ma le domande HBSC mettono in evidenza la continuità e la possibilità di confronto. Perciò, queste domande HBSC sono state mantenute nel loro formato attuale.

La ricerca del 2001/2002 ha integrato una terza domanda, per individuare l'età in cui i giovani fumano tabacco per la prima volta. È stata inserita in un elenco di domande sulla prima volta di quel comportamento, compreso il consumo di alcolici e l'ubriacarsi: A che età ha fatto per la prima volta le seguenti cose? Fumare una sigaretta (più di un solo tiro)? Le risposte possibili erano: Mai e Quando avevo ____ anni.

Valutare l'età della prima sigaretta tra le fasce d'età più giovani nell'ambito di questo studio comporta un ovvio difetto metodologico: non si può fornire alcuna stima non affetta da errore sistematico fino a quando coloro che potrebbero potenzialmente dare inizio ad un comportamento non abbiano avuto il tempo di farlo. Il campo delle opportunità è stretto, visto che è possibile che alcune delle persone classificate come non fumatrici provino a fumare più avanti, aumentando così l'età media della prima volta. Per ridurre al minimo questo problema e per evitare un'ulteriore confusione dovuta ai periodi diversi di richiamo all'interno delle tre fasce d'età, l'analisi della prima volta in cui si fuma è limitata ai 15 anni.

Risultati

Giovani che hanno provato a fumare

In tutti i paesi e le regioni, tenuto conto che la valutazione di coloro che hanno provato a fumare è per definizione cumulativa, le percentuali di giovani che affermano di aver fumato aumentano in maniera significativa con l'età: dal 15% per gli undicenni al 40% per i tredicenni e al 62% per i quindicenni (Fig. 3.4). Le percentuali sono inferiori al 25% in 30 paesi e regioni per gli undicenni, ma solo in 2 per i tredicenni e in nessuno per i quindicenni. Paesi come Grecia, Ex-Repubblica jugoslava di Macedonia e Stati Uniti mostrano una certa uniformità nelle percentuali basse tra le fasce d'età, mentre Estonia, Groenlandia, Lettonia, Lituania e Ucraina mostrano percentuali alte.

A eccezione dell'Ex-Repubblica jugoslava di Macedonia, le percentuali riportate di coloro che hanno provato a fumare aumentano maggiormente tra gli 11 e i 13 anni rispetto che tra i 13 e i 15. In quasi la metà dei paesi e delle regioni, queste percentuali sono almeno tre volte più alte per i tredicenni rispetto agli undicenni. La differenza più grande si riscontra a Malta, dove la percentuale passa dal 7% al 30%. Sono evidenti anche delle chiare differenze tra i sessi. Tra gli undicenni, le percentuali di coloro che

Fig. 3.5. Giovani che fumano almeno una volta la settimana (%)

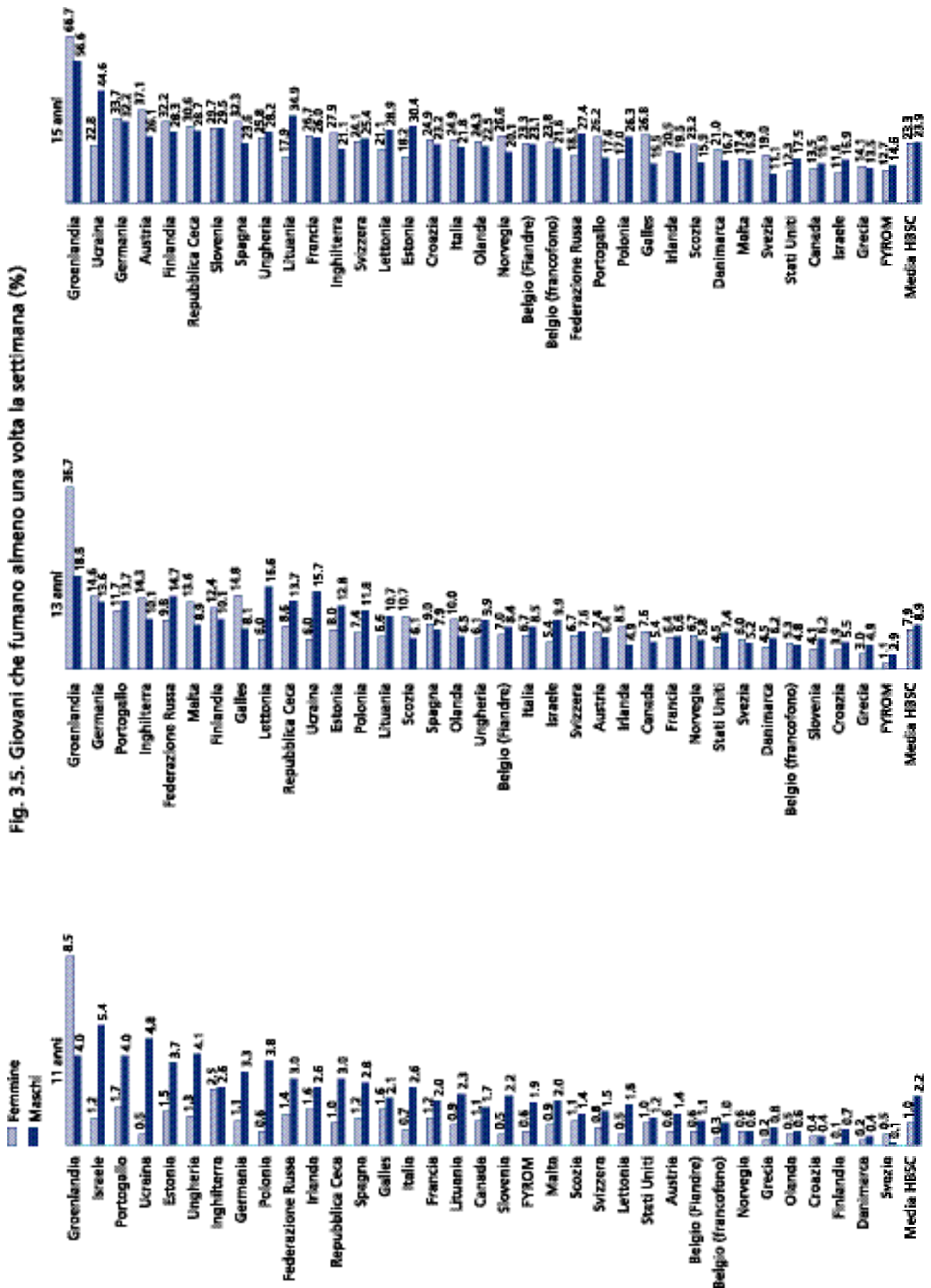


Fig. 3.5. Giovani che fumano ogni giorno (%)

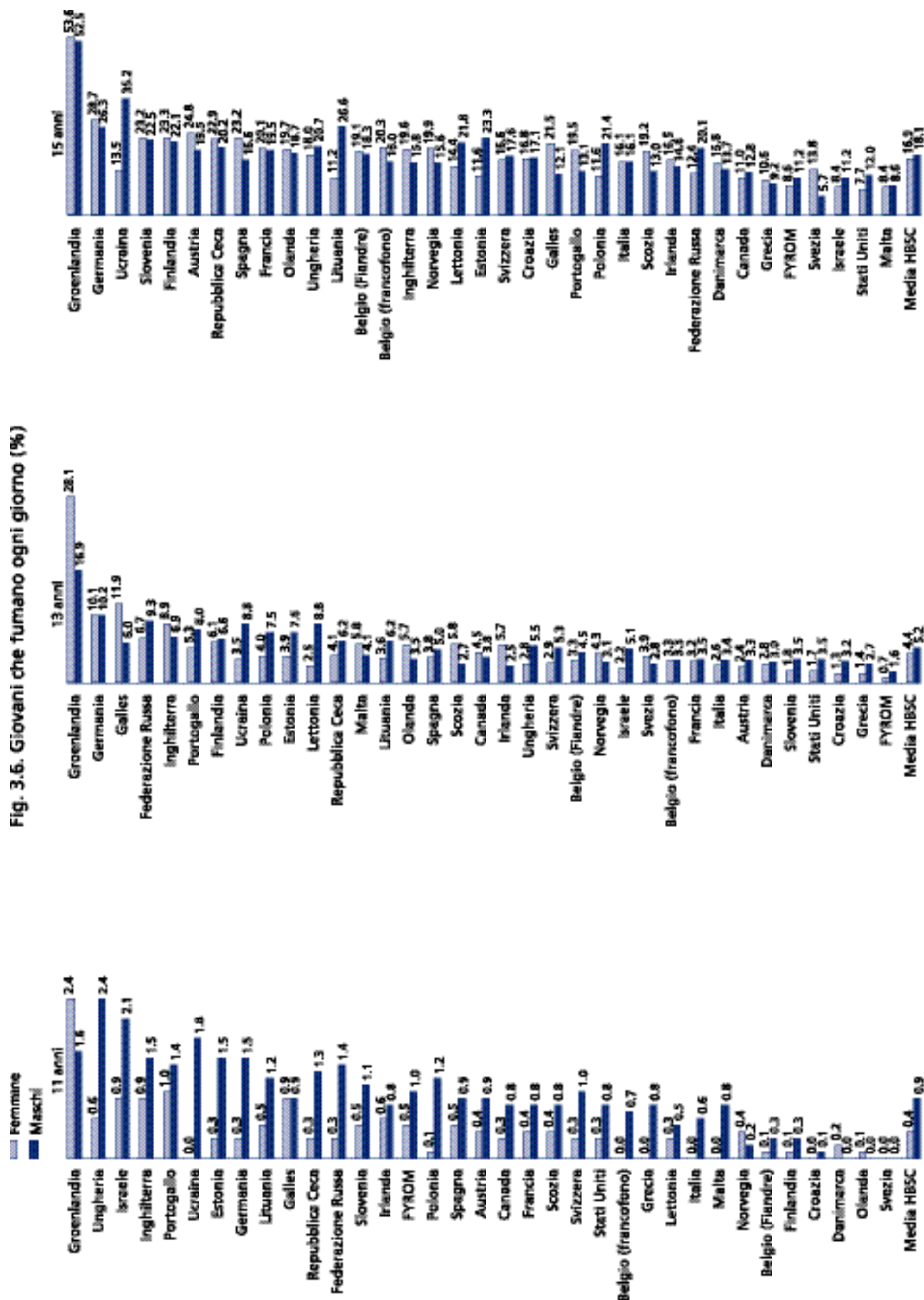
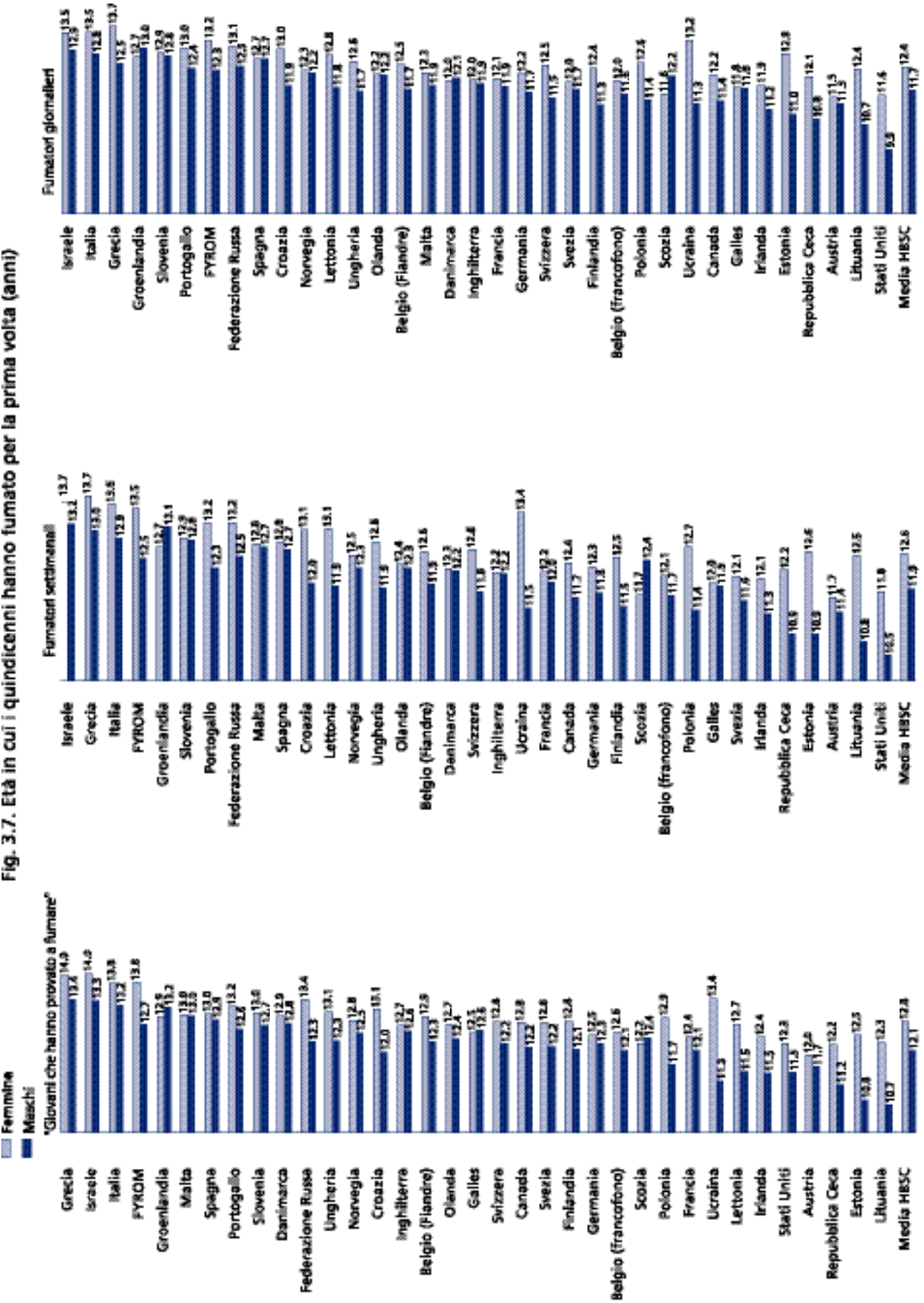


Fig. 3.7. Et  in cui i quindicenni hanno fumato per la prima volta (anni)



hanno provato a fumare sono decisamente più alte nei maschi che nelle femmine della stessa età in quasi tutti i paesi e le regioni. A 13 anni, comunque, ciò vale per meno della metà dei paesi e delle regioni, con circa un terzo di essi ad avere percentuali simili nei maschi e nelle femmine e più di un quarto con percentuali più alte nelle femmine. Questa tendenza si mantiene nella fascia dei 15 anni, dove più femmine che maschi hanno fumato in più della metà dei paesi e delle regioni, e dove le differenze stanno diventando particolarmente evidenti in Scozia e nel Galles. Al contrario, tra tutte le fasce d'età nei paesi dell'Europa dell'est e in alcuni dell'Europa centrale, dove le percentuali nell'insieme sono tra le più alte, è più probabile che siano i maschi a aver provato a fumare tabacco. In questo gruppo di paesi, le maggiori differenze tra i sessi sono presenti in Estonia, Lituania, Ucraina. Israele e Stati Uniti seguono anch'essi questo andamento, anche se con percentuali minori.

Giovani che fumano attualmente Frequenza

Tra i paesi e le regioni, l'84% dei giovani afferma di non fumare. Circa un terzo del 16% di coloro che fumano lo fa meno di una volta la settimana (5%) e i rimanenti due terzi (11%) al massimo una volta la settimana, il cui 7% (quasi la metà di tutti i fumatori) fuma quotidianamente. Queste tabelle, comunque, non mostrano la criticità delle differenze per età, sesso e per aree geografiche. .

Giovani che fumano ogni settimana

Come si è visto, le persone che fumano ogni settimana oscillano tra quelle che fumano al massimo una volta a settimana a quelle che lo fanno con frequenza giornaliera. Per tutti i paesi e le regioni messi insieme, le percentuali del consumo settimanale di tabacco aumentano con l'età, dal 2% fra gli undicenni, all'8% fra i tredicenni al 24% fra i quindicenni (Fig. 3.5). Ad eccezione della Groenlandia, dove le percentuali sono stranamente alte, i fumatori "settimanali" non comprendono più del 5% degli undicenni, del 15% dei tredicenni e del 35% dei quindicenni in tutti i paesi e regioni. Quasi in tutti, le percentuali aumentano più radicalmente tra gli 11 e i 13 anni che tra i 13 e i 15.

Le differenze tra i sessi seguono un andamento simile a quello riscontrato per la categoria di coloro che hanno provato a fumare. Per esempio, nella fascia dei 15 anni, in più della metà dei paesi e delle regioni (principalmente nel Nord e nell'Europa occidentale) le femmine tendono a fumare ogni settimana più dei maschi o quanto loro. Altrove, si nota l'opposto. Nella fascia dei 13 anni, per esempio, in Scozia e in Groenlandia la percentuale delle femmine che fumano ogni settimana è più del doppio rispetto a quella dei maschi, ma in Lettonia, Ex-Repubblica Jugoslava di Macedonia e Ucraina, la percentuale dei maschi risulta più del doppio rispetto a quella delle femmine.

Giovani che fumano ogni giorno

Come nel caso dei fumatori settimanali, le percentuali di coloro che fumano ogni giorno aumentano principalmente con l'età: 1%, 5% e 18% rispettivamente nelle fasce di 11, 13 e 15 anni (Fig. 3.6). Le percentuali sono inferiori al 3% tra gli undicenni in tutti i paesi e regioni, non più alte del 10% tra i tredicenni in tutti ad eccezione di Germania e Groenlandia, e del 30% tra i quindicenni nella maggior parte dei paesi e delle regioni. La grande maggioranza dimostra un aumento più rilevante tra gli 11 e i 13 anni rispetto che tra i 13 e i 15.

Le differenze tra i sessi sono simili a quelle rilevate per le altre variabili. Per esempio, a 15 anni le femmine sono predisposte quanto se non più dei maschi a fumare ogni giorno in più di metà dei paesi e delle regioni (principalmente nel Nord e Ovest Europa). Una situazione opposta si è riscontrata altrove. A 15 anni, per esempio, in Svezia e in Galles le femmine sono il doppio più predisposte dei maschi a fumare ogni giorno, mentre in Estonia, Lituania e Ucraina sono i maschi ad esserlo.

La prima volta in cui si fuma

Queste ricerche si rivolgono alla fascia dei quindicenni viste le questioni metodologiche associate al momento

in cui si inizia a fumare nella popolazione target.

La Fig. 3.7 evidenzia l'età in cui le tre categorie di fumatori quindicenni dichiarano di aver fumato per la prima volta una sigaretta, un sigaro o la pipa. Tra i quindicenni che affermano di aver provato a fumare, l'età media di quando hanno fumato la prima volta è di 12,5 anni, passando dagli 11,4 anni in Lituania ai 13,7 anni in Grecia e Israele. La cifra che corrisponde a coloro che fumano ogni settimana è di 12,2 anni, passando dagli 11,2 anni negli Stati Uniti ai 13,4 anni in Grecia e Israele; quella dei fumatori quotidiani è di 12,1 anni, passando dai 10,7 anni negli Stati Uniti ai 13,2 anni in Israele.

La frequenza con cui si fuma a 15 anni sembra mostrare una relazione con l'età in cui si fuma per la prima volta: prima si fuma la prima sigaretta, più alta risulta la percentuale dei fumatori abituali. Fra i fumatori attuali che hanno fumato il loro primo sigaro, pipa o sigaretta prima dei 10 anni, il 69% ora fuma almeno ogni settimana e il 49% ogni giorno. Al contrario, fra i giovani che hanno iniziato a fumare a 15 anni, il 61% afferma di fumare almeno ogni settimana e il 37%, ogni giorno.

A eccezione della Groenlandia, Malta, Scozia e Galles, dove i maschi che affermano di aver provato a fumare, hanno iniziato a fumare prima delle femmine. Il divario tra i due sessi è maggiore in Ucraina, dove le femmine iniziano a fumare più di due anni dopo i maschi. I fumatori settimanali e giornalieri mostrano lo stesso andamento. Solo in Groenlandia e in Scozia la prima volta per entrambi i fumatori settimanali e giornalieri è avvenuta prima per le femmine.

Conclusioni

Considerando il danno alla salute causato dal fumo e l'idea che esso rappresenti il primo passo verso il consumo di altre sostanze illegali, è fonte di grande preoccupazione scoprire che due terzi dei quindicenni e che più di un terzo dei tredicenni hanno già provato a fumare tabacco. Le cifre qui raccolte mostrano alcune differenze enormi tra paesi e regioni.

Un risultato molto importante riguarda la percentuale di fumatrici che è in continuo aumento in un certo numero di paesi e regioni. Lo si può notare in particolare nella fascia dei 15 anni: le percentuali dei fumatori tendono ad essere più elevate tra le femmine che tra i maschi. Solo in pochi Paesi dell'Est Europa sono i maschi ad essere più propensi a fumare e lo sono anche per quanto riguarda la prima volta in cui si fuma.

Con qualche eccezione, i risultati della ricerca sembrano definire un andamento geografico generale riguardo alle differenze tra i sessi nel consumo di tabacco, in particolare nelle fasce d'età dei più grandi: nei Paesi dell'Est fumano più i maschi delle femmine, nei paesi del Sud e dell'Est le differenze fra i sessi sono minime, in molti paesi del Nord e dell'Ovest Europa le percentuali di consumo di tabacco fra le femmine superano quelle dei maschi.

Tutto ciò potrebbe presupporre la comparsa di un nuovo andamento delle differenze fra i sessi, che l'indagine HBSC del 1997/1998 ha riscontrato solo in coloro che consumano tabacco ogni giorno e ogni settimana nella fascia d'età dei più grandi (16, 17). Questo andamento potrebbe essere associato ai grandi cambiamenti della condizione della donna nei paesi industrializzati ed è coerente con la curva epidemica osservata per la popolazione adulta di questi paesi (18, 19).

Non sorprende che le percentuali di consumo di tabacco aumentino con l'età in tutti i paesi, e prima si inizia a fumare, più alta sarà la percentuale dei fumatori abituali. Tuttavia, le percentuali del consumo di tabacco nelle tre categorie (giovani che hanno provato a fumare, giovani che fumano ogni settimana e giovani che fumano ogni giorno) hanno bisogno di essere controllate accuratamente. Vista la natura cumulativa, la percentuale di coloro che hanno provato a fumare aumenta inevitabilmente con l'età. Inoltre, coloro che hanno provato a fumare non sempre finiscono per diventare fumatori abituali. L'aumento della percentuale di coloro che fanno consumo di tabacco settimanale e giornaliero potrebbe riflettere una riduzione del controllo degli adulti sugli adolescenti nel periodo della loro crescita, così come un processo di progressione e di abitudine, che potrebbe raggiungere i livelli di dipendenza e assuefazione in almeno alcuni casi. Questa progressione è dimostrata dalla scoperta che le percentuali di consumo di tabacco più elevate tra i quindicenni tendono ad essere associate all'età più bassa in cui si inizia a fumare.

Inoltre, i quindicenni possiedono di sicuro più denaro e più occasioni per procurarsi le sigarette rispetto alle fasce d'età più giovani. È a questa età che il consumo di tabacco viene considerato accettabile e genera più sostegno da parte degli altri.

Nei paesi e nelle regioni coinvolte nello studio HBSC dove le percentuali rimangono alte, le politiche e i programmi antifumo tra i giovani potrebbero non essere sufficientemente efficaci. Le percentuali avrebbero potuto essere ancora più alte, in assenza di tali attività. Per esempio, negli Stati Uniti, dove i dati dell'indagine HBSC mostrano una percentuale del consumo di tabacco relativamente bassa, quest'ultimo ha iniziato a diminuire dopo aver raggiunto i valori massimi nel 1997. Si pensa che questo fenomeno sia legato ad aumenti per quanto riguarda: il prezzo dei pacchetti di sigarette (aumentato del 70% dal dicembre 1997 al maggio 2001), le iniziative nella scuola per prevenire il consumo di tabacco e le campagne di prevenzione contro il consumo di tabacco tramite mezzi di comunicazione nazionali e statali rivolti ai giovani (20). Si è verificato un calo del fenomeno, nonostante vi fosse stato un aumento degli investimenti in pubblicità e in promozione da parte delle multinazionali del tabacco e nonostante il fumo fosse spesso presente nei film (21). Tutto questo è in forte contrasto con le condizioni dei paesi dove il fumo è più diffuso, come in Germania e in Ucraina. In questi paesi, l'accesso più facile al tabacco, la maggiore esposizione alla pubblicità e le iniziative di controllo relativamente deboli potrebbero ridurre le possibilità di cambiamento, anche quando i programmi vengono attuati nelle scuole. Una recente revisione sull'efficacia dei programmi di prevenzione effettuata negli Stati Uniti (22) sostiene questa conclusione: gli interventi in termini di politiche per ridurre il consumo di tabacco da parte dei giovani – come ad esempio le normative per preservare l'aria pulita, l'aumento dei prezzi attraverso le imposte, la pubblicità progressiva o l'applicazione di leggi esistenti che riducono la vendita di tabacco ai minori – devono essere unite a programmi di prevenzione nelle scuole per ottenere maggiori effetti a lungo termine (22). La percentuale di consumo di tabacco nel complesso non è cambiata rispetto ai precedenti dati dell'indagine HBSC, sebbene indichi un aumento in alcuni paesi e un calo in altri. In paesi come Estonia, Repubblica Ceca e Lituania, le percentuali del consumo di tabacco giornaliero dei maschi e/o delle femmine di 15 anni sono aumentate fino al 12% dei livelli riscontrati dall'indagine HBSC del 1997/1998 (17). Per esempio, il consumo di tabacco giornaliero dei maschi in Lituania è aumentato dal 15% nel 1997 al 27% nel 2001/2002. Al contrario, si è stabilizzato o è diminuito di quasi il 5% nella maggior parte dei paesi dell'Est Europa. Le percentuali di consumo di tabacco giornaliero dei maschi in Israele, Scozia e Galles e delle femmine in Canada sono diminuite almeno del 6% (rispettivamente dal 19%, 18%, 17% e 21% nel 1997/1998 al 13%, 12%, 11% e 11% nel 2001/2002). Inoltre le analisi dettagliate in termini di quantità e di qualità a livello di paese ed individuo devono comprendere meglio questo processo.

I risultati dell'indagine HBSC del 2001/2003 fanno supporre che i paesi dovrebbero attuare programmi completi di interventi rivolti ai giovani, e prendere in considerazione l'attuazione di programmi specifici per entrambi i sessi. Ci si dovrebbe concentrare in particolare sulle adolescenti, visto che la percentuale del loro consumo abituale di tabacco aumenta più velocemente (o almeno diminuisce più lentamente) e potrebbe provocare conseguenze future sulla salute in base al sesso. Per esempio, si pensa che l'interazione tra fumo e contraccettivi per via orale aumenti il rischio di malattie cardiovascolari e comprometta la capacità riproduttiva (23). Inoltre, il fatto che le madri fumino ha effetti sull'esposizione dei bambini al fumo passivo e sul loro futuro status di giovani fumatori (24). Il consumo di tabacco nelle donne potrebbe perciò avere un impatto fondamentale sull'ambiente di sviluppo e crescita delle generazioni successive.

Bibliografia

1. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996.
2. HEALTH 21: 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; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38, accessed 27 January 2004).

3. Preventingtobaccouseamongyoungpeople:areportoftheSurgeonGeneral.Atlanta,GA,USDepartmentof HealthandHumanServices,PublicHealthService,CentersforDiseaseControlandPrevention,NationalCenterforChronicDiseasePreventionandHealthPromotion,OfficeonSmokingandHealth, 1994 (http://www.cdc.gov/gov/tobacco/sgr/sgr_1994/index-htm, accessed 20 January 2004).
4. PierceJP,GilpinE.Howlongwilltoday'snewadolescent smokersbeaddictedtocigarettes?American Journal of Public Health, 1996, 86(2):253–256.
5. PharmacistsandactionontobaccoCopenhagen,WorldHealthOrganization,1998(Smoke-freeEurope 12; <http://www.euro.who.int/dpdocument/E61288.pdf>, accessed 20 January 2004).
6. Tyas SL, Pederson LL, Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. Tobacco Control, 1998, 7:409–420.
7. SimantovEetal.Healthcompromisingbehaviors:whydoadolescentssmokeordrink?Archivesof Pediatrics and Adolescent Medicine, 2000, 2(1):85–101.
8. Carvajal S et al. Psychosocial determinants of the onset of escalation of smoking: cross sectional andprospectivefindingsinmultiethnicmiddleschoolsamples,JournalofAdolescentHealth,2000, 27(4):255–265.
9. EngelsRetal.Antecedentsofsmokingcessationamongadolescents:whoismotivatedtochange? Preventive Medicine, 1998, 27(3):348–357.
10. Anda RF et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. JAMA, 1999, 283(15):1652–1658.
11. Glendinning A, Inglis D. Smoking behaviour in youth: the problem of low self-esteem? Journal of Adolescence, 1999, 22(5):673–682.
12. LamkinL,HoustonTP.Nicotinedependencyandadolescents:preventingandtreatng.PrimaryCare, 1998, 25(1):123–135.
13. KandelDB,ed.Stagesandpathwaysofdruginvolvement:examiningthegatewayhypothesis.NewYork,Cambridge University Press, 2002.
14. PallonenUEetal.Stagesofacquisitionandcessationforadolescent smoking:anempiricalintegration. Addictive Behaviors, 1998, 23(3):303–324.
15. Verduykt P. Summary of the literature on young people, gender and smoking. In: Lambert M et al. Genderdifferencesinsmokinginyoungpeople.Brussels,FlemishInstituteforHealthPromotion,2002:15–32.
16. NicGabhainnS,FrançoisY.Substanceuse.In:CurrieCetal.,eds.Healthandhealthbehaviouramong youngpeople.Copenhagen,WHORegionalOfficeforEurope,2000:97–114(HealthPolicyforChildren and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
17. Hublet A, Maes L. Exploring gender differences in smoking among adolescents using the HBSC database.In:LambertMetal.Genderdifferencesinsmokinginyoungpeople.Brussels,FlemishInstitutefor Health Promotion, 2002:33–54.
18. PampelFC.Cigarettediffusionandsexdifferencesinsmoking.JournalofHealthandSocialBehavior, 2001, 42:388–404.
19. SascoAJ.EvolutionofsmokingamongwomeninEurope.In:LangP,GreiserE,eds.Europeansymposiumonsmokingandpregnancy–Thechanceforaction.Proceedings.Bremen,BremenInstituteforPrevention Research and Social Action (BIPS), 1999:13–22.
20. JohnstonLD,O'MalleyPM,BachmanJG.Monitoringthefuturenationalresultsonadolescentdruguse:overview ofkeyfindings,2001.Bethesda,MD,NationalInstituteonDrugAbuse,2002(NIHPublication No. 02-5105).
21. TrendsincigarettesmokingamonghighschoolstudentsUnitedStates,1991–2001.Morbidityand Mortality Weekly Report, 2002, 51(19):409–412.
22. EcclesJ,GootmanJA,eds.Communityprogramstopromoteyouthdevelopment.Committeeoncommunity-level programs for youth. Washington, DC, National Academy Press 2002.

23. Kendrick JS, Merritt RK. Women and smoking: an update for the 1990s. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175(3):528–535.
24. Women and smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2002 (http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_forwomen/Executive_Summary.htm, accessed 20 January 2004).

Consumo di alcol – Holger Schmid and Saoirse Nic Gabhainn

Introduzione

Il consumo di alcol fa parte della cultura della maggior parte dei 35 paesi e regioni che partecipano allo studio HBSC, in circa la metà dei quali il consumo di alcol annuo pro capite superava i 10 litri nel 1996 (1). Per i giovani che vivono in questi paesi e regioni, gli adulti, gli amici, i fratelli e i mass-media rappresentano importanti modelli comportamentali rispetto al consumo di alcol (2). Gli adolescenti, oltre al fatto di essere influenzati da diversi fattori sociali, scelgono anche in modo attivo di compiere alcune azioni, come bere alcolici, sulla base di convinzioni e obiettivi personali, così come sulla base di caratteristiche relative alla famiglia e alla società. Capire come l'alcol agisce sull'individuo, potrebbe servire a spiegare come questo possa entrare a far parte della vita dei giovani (3).

L'alcol può rappresentare unodei privilegiambitidell'età adulta e il suo uso potrebbe dare ai giovani la sensazione di apparire più grandi. Potrebbe essere considerato un mezzo per raggiungere maggiore autonomia e indipendenza dai genitori o da chi ne fa le veci. In un gruppo di amici, l'alcol potrebbe facilitare i rapporti e le nuove amicizie, aumentare la popolarità percepita o influenzare l'immagine dei giovani fra i loro stessi amici. I giovani potrebbero anche pensare erroneamente che l'alcol sia un mezzo necessario per entrare a far parte del gruppo dei pari. L'alcol potrebbe anche aiutare i giovani a rilassarsi e ad affrontare una serie di richieste. Le attrattive immediate dell'alcol sono più evidenti per i giovani rispetto alle conseguenze a breve termine o durature sulla loro salute. Ad esempio, gli spot pubblicitari associano l'alcol a una serie di vantaggi che attraggono i giovani, tra cui il cameratismo, la mascolinità, l'attrazione sessuale, il romanticismo, la voglia di fuggire e l'avventura. Raramente le immagini dei mass-media rivolte ai giovani mostrano qualcuna delle conseguenze negative del bere alcol, come l'imbarazzo, i postumi della sbornia, gli incidenti e gli atti di violenza (4).

Le conseguenze dannose per la salute che derivano dal consumo d'alcol sono diffuse tra i giovani e molte morticollegate all'alcol si verificano relativamente presto nel corso della vita (5). Tra le conseguenze vi sono anche infortuni intenzionali e non intenzionali, entrambi legati al bere. Al livello sociale si hanno le seguenti conseguenze negative: stare a casa da scuola, rimanere indietro con l'attività scolastica, attività sessuale non pianificata e non protetta, discussioni e litigi con gli amici, comportamento distruttivo e guai con la polizia (6,7). Come ha sottolineato l'OMS (1), tuttavia, gran parte delle prove disponibili legate al bere alcolici e alle conseguenze che ne derivano, sono poco convincenti, poiché si fondano su indagini esigue, racconti descrittivi o aneddoti.

Questa sezione fornisce una descrizione di base del consumo di alcolici in un vasto campione rappresentativo di giovani di molti paesi, per fascia d'età e sesso.

Metodi

L'indagine HBSC 2001/2002 chiedeva ai giovani quante volte alla settimana di solito consumavano alcolici, quante volte consumavano una serie di alcolici, e se succedeva, quante volte si ubriacavano. Inoltre, si chiedeva a che età avevano bevuto alcolici per la prima volta. Le precedenti indagini HBSC usavano le prime tre domande (8).

La seguente domanda valutava la frequenza del consumo: Di solito, quante volte alla settimana bevi un qualsiasi tipo di bevanda alcolica. Le risposte possibili erano: Mai; Meno di una volta alla settimana; Una volta alla settimana; 2-4 giorni alla settimana; 5-6 giorni alla settimana; Una volta al giorno, tutti i giorni; Tutti i giorni, più di una volta. Questa domanda faceva parte di una serie di domande sulla frequenza del consumo di varie bibite bevande. Per "bere ogni settimana" s'intende, da quanto viene riferito, consumare alcolici una o più volte alla settimana.

Tre domande si riferivano alla frequenza del consumo di birra, vino e superalcolici: Attualmente, con

che frequenza bevono alcolici, tipo birra, vino o superalcolici (per esempio grappa, whisky, vodka, limoncello)? Pensa anche alle volte in cui ne bevi solo una piccola quantità. Le risposte possibili erano: Ogni giorno, Ogni settimana, Ogni mese, Raramente, Mai.

In alcuni paesi e regioni sono disponibili altre bevande alcoliche per i giovani (come gli alcol pop, le birre ad alta gradazione e il sidro) e in quel caso alcuni di loro hanno aggiunto alla lista nei loro questionari delle domande sui tipi di bevande. Poiché vi è una gamma molto vasta di alcolici disponibili, l'analisi qui presentata viene limitata alle tre categorie o tipi principali su cui è stata posta la domanda in tutti i paesi e regioni.

Dichiarazioni relative all'ubriachezza venivano date in seguito alla domanda: Qualche volta hai bevuto tanto da esser davvero ubriaco? Le risposte possibili erano: No, mai; Sì, una volta; Sì, 2–3 volte; Sì, 4–10 volte; Sì, più di 10 volte. Questa domanda fornisce una valutazione sull'eccessivo consumo di alcolici.

Una nuova domanda, che era applicata sia al consumo di tabacco che di alcolici, valutava la prima volta in cui si aveva bevuto o ci si era ubriacati. A che età ha fatto per la prima volta e se ne è seguito cose... Bere alcolici (più che una piccola quantità); Ubriacarti? Le risposte possibili erano: Mai, Avevo ____ anni. La domanda è stata aggiunta all'indagine del 2001/2002 poiché prima si iniziava a consumare alcolici, maggiore è la probabilità che la persona adotti uno stile di vita che ne includa il consumo e maggiori sono i rischi in termini di conseguenze negative sulla salute (9).

Risultati

Frequenza nel bere

I dati relativi a "bere ogni settimana" sono presentati come un indicatore di consumo regolare di alcolici. In tutti i paesi, il 5% degli undicenni, il 12% dei tredicenni e il 29% dei quindicenni dichiara di bere regolarmente (Fig. 3.8).

Tuttavia esistono sostanziali differenze geografiche. Le percentuali di undicenni che bevono ogni settimana sono più alte in Israele e in Italia e più basse in Finlandia, in Groenlandia, in Norvegia e in Portogallo. In un terzo dei paesi e delle regioni, le percentuali di coloro che bevono ogni settimana non superano il 5%. Per fasce d'età, Inghilterra e Galles tendono ad avere le percentuali più alte, ma la distribuzione delle percentuali di paesi e regioni può cambiare con l'età. Per esempio, Malta e Olanda hanno percentuali alte fra i tredicenni e i quindicenni che bevono regolarmente, mentre in Israele le percentuali non crescono con l'aumentare dell'età. Le percentuali dei quindicenni che bevono ogni settimana vanno oltre il 50% in Inghilterra, Olanda e Galles, ma rimangono inferiori al 17% in Finlandia, Francia, Lettonia, Portogallo e Stati Uniti.

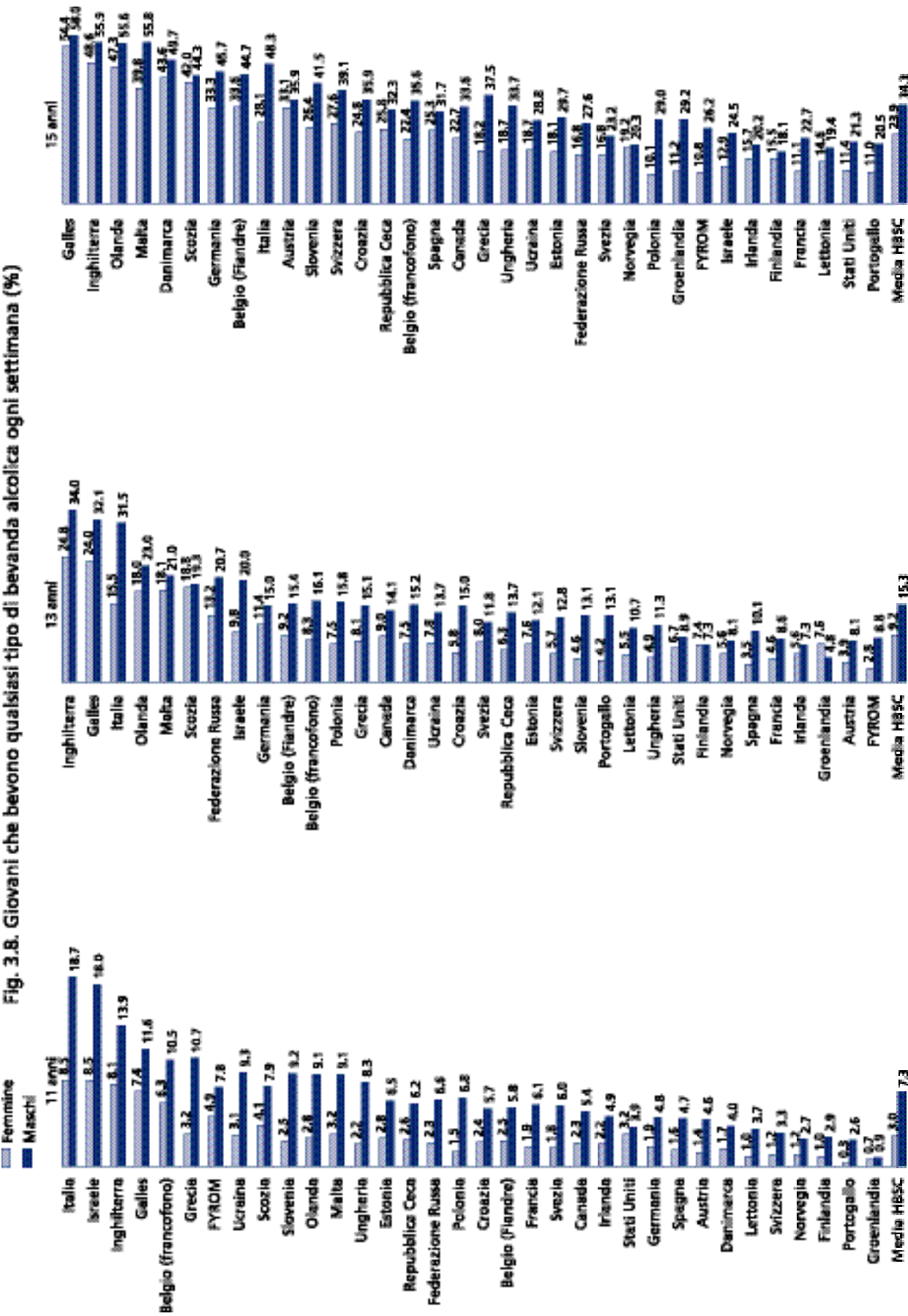
È probabile che siano i maschi a bere più regolarmente delle femmine. Al contrario delle percentuali sul fumo, questo andamento si riscontra in tutte e tre le fasce d'età in tutti i paesi e regioni, tranne che per i tredicenni in Finlandia e gli undicenni e i tredicenni in Groenlandia. Il divario tra i sessi sembra crescere con l'aumentare dell'età, ma varia per estensione tra paesi e regioni. Le differenze tra i sessi relative al fatto di bere regolarmente sono importanti in paesi come Grecia, Italia e Polonia, ma trascurabili in Austria, Finlandia, Norvegia, Scozia e Galles.

Frequenza nel bere birra, vino e superalcolici

I giovani mostrano una chiara preferenza per certi tipi di bevande (Fig. 3.9–3.11). La birra è di gran lunga la bevanda alcolica più consumata (10, 11), sebbene alcuni paesi riferiscano che le nuove bevande per i giovani o i pop sono più diffuse fra le femmine (12). La maggior parte delle birre ha una gradazione alcolica di 4–6%, sebbene altre contengano meno alcol, non ne contengano affatto o abbiano una gradazione alcolica del 14%. È meno probabile che i giovani bevano vino, che di solito ha una gradazione alcolica di 10–14%. I liquori possono avere gradazioni molto diverse, ma di solito hanno una gradazione di alcol puro maggiore del 35%.

Nella maggior parte dei paesi e delle regioni, tutte e tre le fasce d'età preferiscono la birra al vino. E come c'è da aspettarsi, si beve di più con l'aumentare dell'età (Tabella 3.4).

Fig. 3.8. Giovani che bevono qualsiasi tipo di bevanda alcolica ogni settimana (%)



Nota: i dati non sono disponibili per la Ucraina.

Fig. 3.9. Giovani che bevono birra ogni settimana (%)

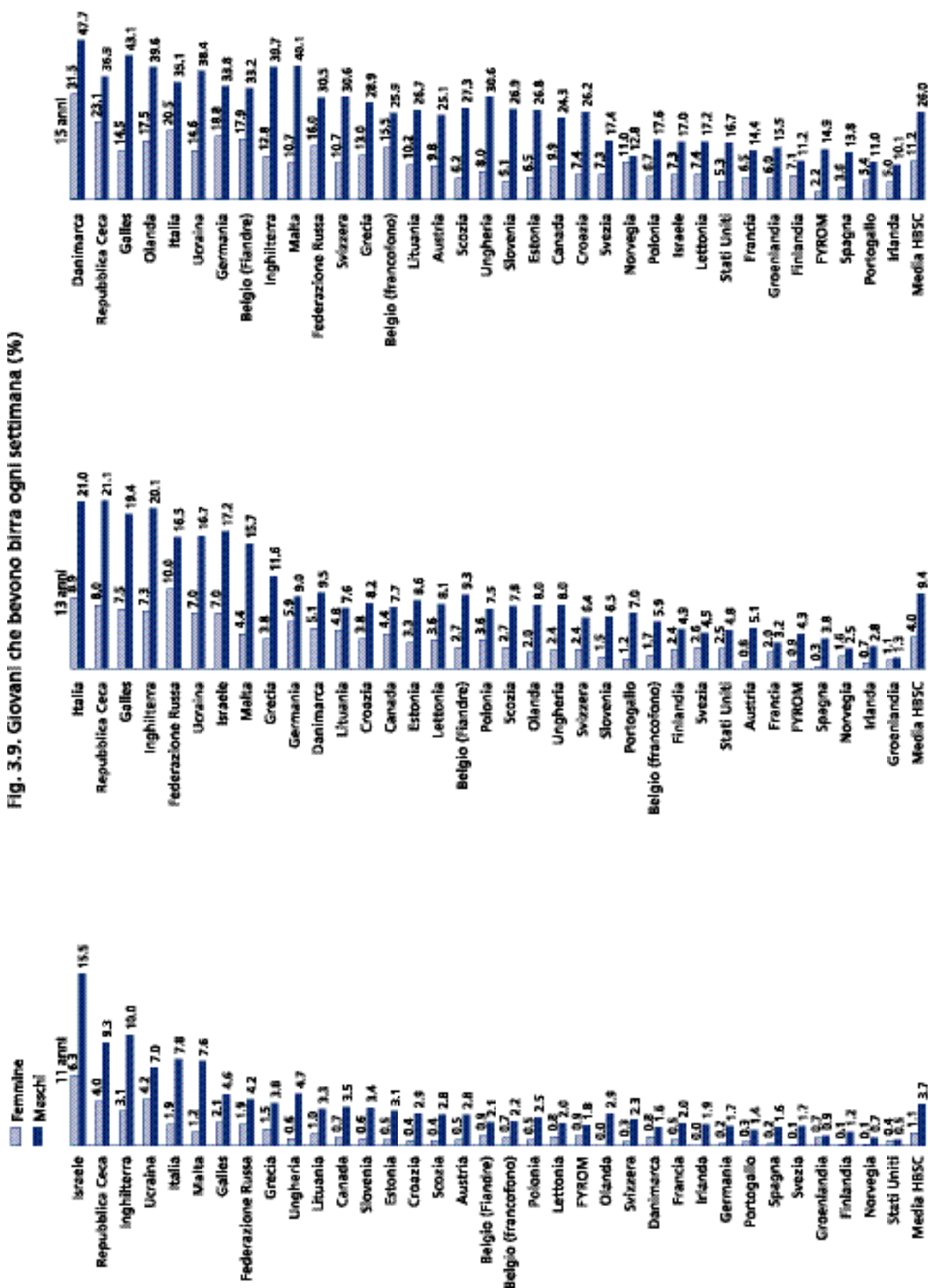


Fig. 3.10. Giovani che bevono vino ogni settimana (%)

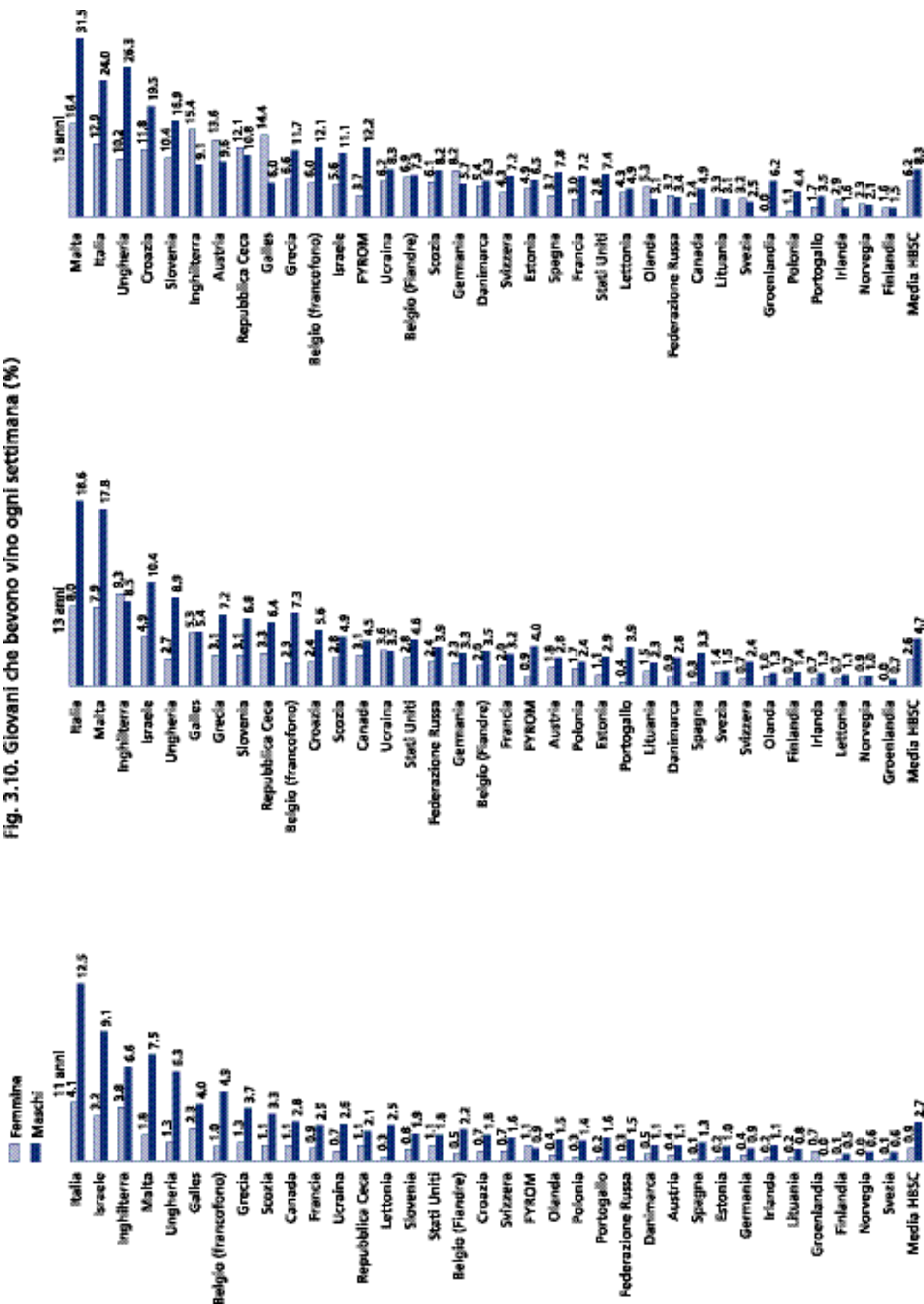


Fig. 3.11. Giovani che bevono superalcolici ogni settimana (%)

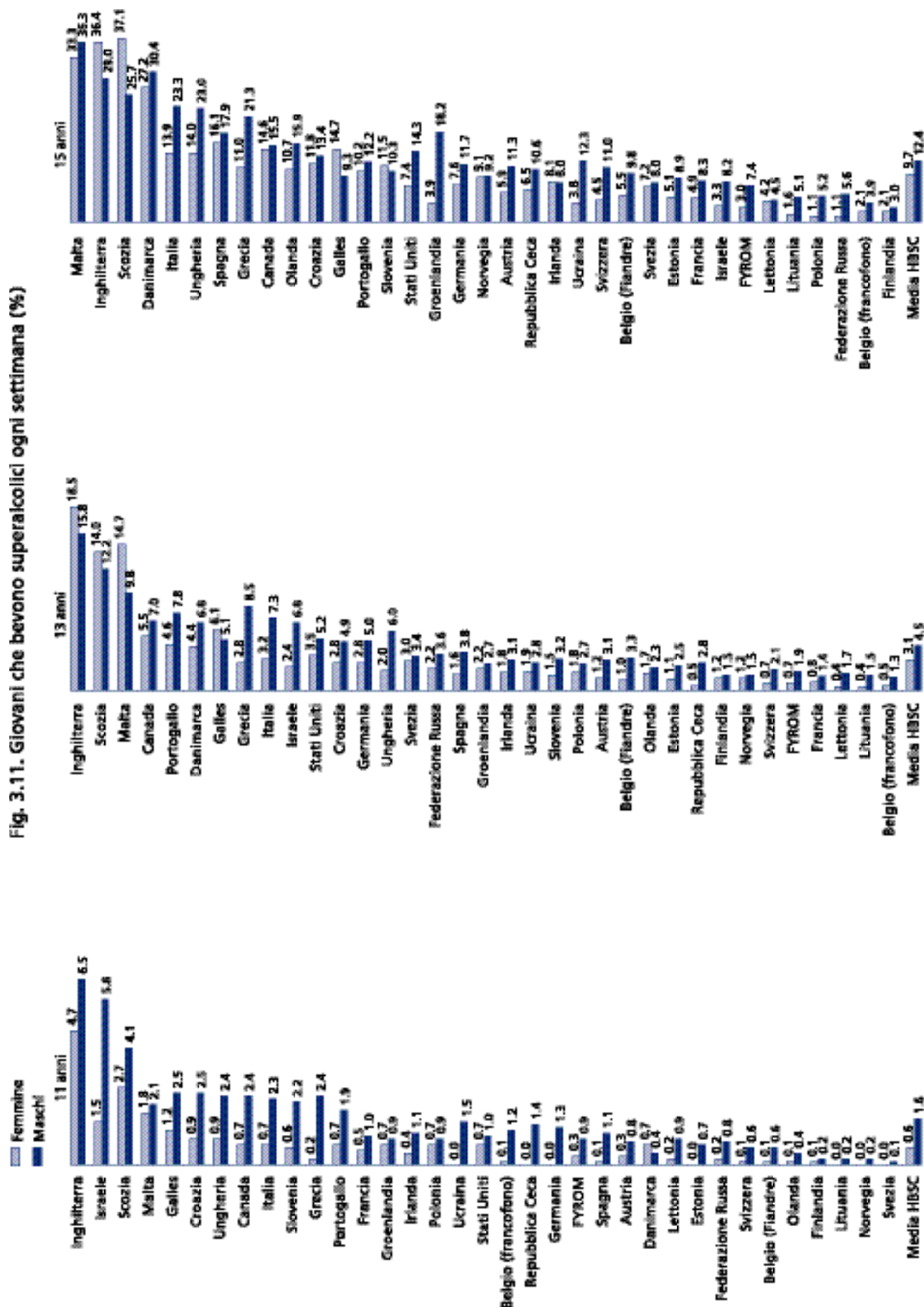


Tabella 3.4. Consumo settimanale di birra, vino e superalcolici (%)

Bevanda	Consumo (%)		
	11 anni	13 anni	15 anni
Birra	2.4	6.6	18.3
Vino	1.8	3.6	7.2
Superalcolici	1.1	3.8	11.0

Fra i quindicenni, i maschi dichiarano un consumo frequente di più di un tipo di bevanda alcolica, per esempio, in Danimarca, Inghilterra, Ungheria, Italia e Malta. I maschi dichiarano un frequente consumo di tutti e tre i tipi di alcolici in Inghilterra e a Malta, di birra e superalcolici in Danimarca e di vino e superalcolici in Ungheria e in Italia. Il consumo di superalcolici da parte dei maschi è più elevato laddove esistono percentuali più alte di bevitori frequenti di birra e ovino (coefficiente di correlazione di Pearson $r = 0,64$).

Un quadro simile emerge per le quindicenni, dove il consumo frequente di più di un tipo di bevanda è più diffuso in Danimarca, Inghilterra e Malta. Spesso le femmine bevono vino e superalcolici in Inghilterra e a Malta, mentre invece bevono birra e superalcolici in Danimarca. Come avviene per i maschi, ci sono più femmine che tendono a bere superalcolici dove si verifica anche un elevato consumo regolare di birra e/o vino. (coefficiente di correlazione di Pearson $r = 0,38$).

Frequenza nell'ubriacarsi

Dal momento che i giovani che si ubriacano più di una volta corrono un rischio maggiore di avere conseguenze negative sulla salute, in questa sede presentiamo le percentuali di quelli che dichiarano di essersi ubriacati due o più volte. Questa è anche la motivazione che si trova più spesso nella letteratura scientifica del settore (10).

In tutti i paesi e regioni e in tutte le fasce d'età, è probabile che siano più i maschi che le femmine a riferire di essersi ubriacati due o più volte (Fig. 3.12). La differenza tra i sessi è maggiore fra i quindicenni e minore fra gli undicenni. Per i tredicenni e quindicenni, le percentuali di ubriachezza sono più elevate in Danimarca, Inghilterra, Groenlandia e Galles; Inghilterra e Galles hanno anche le percentuali più alte nella fascia degli 11 anni.

A che età si bevono alcolici e ci si ubriaca per la prima volta

TPer ottenere la massima accuratezza e confrontabilità dei dati (per le stesse ragioni esposte nella precedente sezione sul consumo di tabacco), l'analisi dell'età della prima volta in cui si bevono alcolici e ci si ubriaca è stata limitata ai 15 anni.

Fra i giovani intervistati, il 20% di tutti i maschi e il 22% di tutte le femmine riferiscono di non aver mai bevuto alcolici. Quelli che invece affermano di aver provato, lo hanno fatto per la prima volta all'età media di 12,3 anni per i maschi (deviazione standard di 2,3 anni) e di 12,9 anni per le femmine (deviazione standard di 1,9 anni) (Fig. 3.13). I giovani iniziano a bere relativamente presto in Austria, nella Repubblica Ceca e in Lituania e un po' più tardi in Finlandia, Groenlandia, Israele, Italia e nella Federazione Russa. Più alta è l'età media della prima volta in un paese o regione, meno importante è la differenza tra i sessi (coefficiente di correlazione di Pearson $r = -0,28$).

L'età media della prima volta in cui ci si ubriaca è di 13,6 anni per i maschi (deviazione standard di 1,7 anni) e 13,9 anni per le femmine (deviazione standard di 1,2 anni) (Fig. 3.13). I giovani si ubriacano per la prima volta relativamente presto in Austria e negli Stati Uniti e un po' più tardi in Italia, Israele, Portogallo e Ucraina. Così come avviene per la prima volta in cui si consumano alcolici, i maschi riferiscono di essersi ubriacati per la prima volta prima delle femmine. Al contrario di quello che dimostrano i risultati relativi alla prima volta in cui si consumano alcolici – dove le differenze tra i sessi tendono ad essere minori nei

Fig. 3.12. Giovani che si sono ubriacati due o più volte (%)

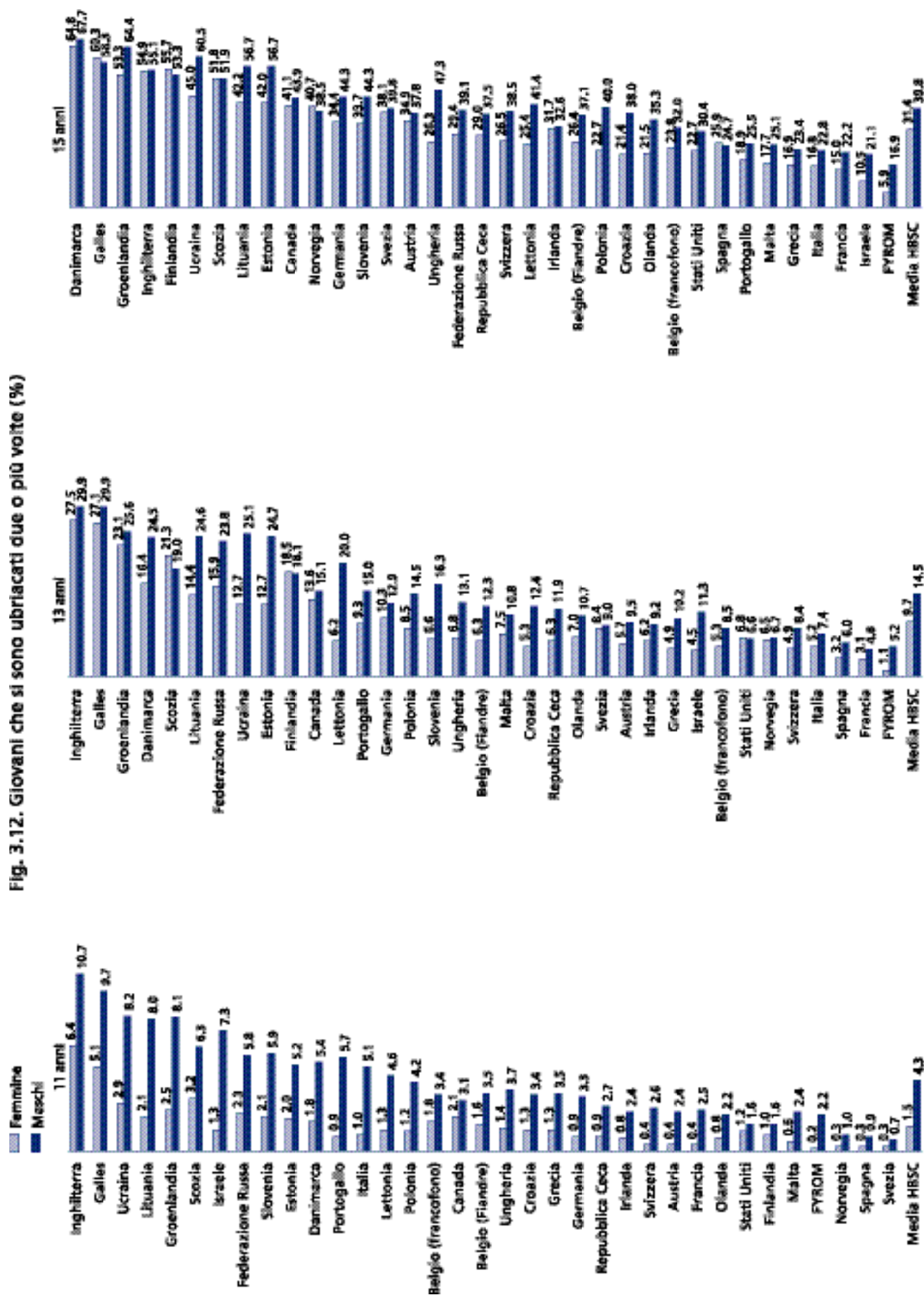
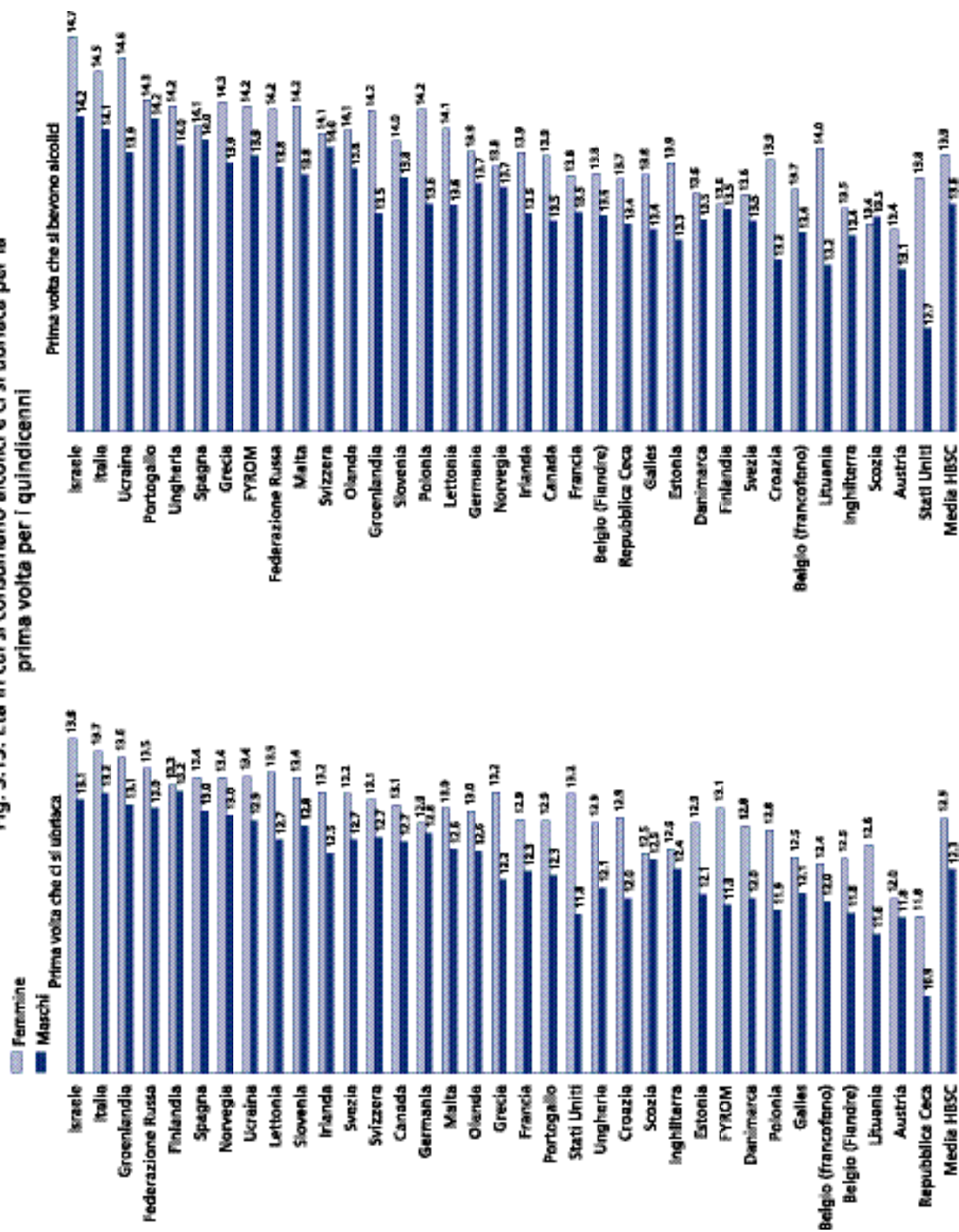


Fig. 3.13. Et  in cui si consumano alcolici e ci si ubriaca per la prima volta per i quindicenni



paesi nelle regioni dove la prima volta in cui si consumano alcolici è ritardata – nessun andamento simile si è riscontrato nel caso della prima volta in cui ci si ubriaca.

Conclusioni

I dati mostrano un divario tra i sessi per tutte le variabili relative al consumo di alcolici. È interessante notare che, le differenze tra i sessi sono minori per quanto riguarda la prima volta in cui si consumano alcolici, ma più significative per quanto riguarda il consumo di alcol settimanale e il fatto di ubriacarsi. A 15 anni, è più probabile che siano i maschi a consumare alcolici regolarmente e allo scopo di ubriacarsi. Più di un terzo dei giovani dichiara di essersi ubriacato due o più volte, e sono più i maschi rispetto alle femmine. Il consumo di superalcolici riveste un ruolo importante nella ricerca sugli effetti dell'alcol ed è associato a problemi comportamentali in generale (13,14). Il consumo di superalcolici è elevato nei paesi e regioni che riportano anche percentuali alte di consumo di tutti i tipi di alcolici. In questo modo, i giovani che dichiarano di consumare superalcolici non dichiarano necessariamente un consumo più basso di vino o birra.

Lo schema del consumo di alcolici fra i giovani varia molto tra paesi e regioni, a seconda delle diverse culture del bere. In Israele e in Italia, per esempio, i giovani dichiarano di aver bevuto o di essersi ubriacati per la prima volta relativamente tardi, ma il consumo regolare di alcolici è molto diffuso. La Finlandia riporta alte percentuali di giovani che si ubriacano, ma basse percentuali di quelli che bevono ogni settimana, mentre l'Italia ha percentuali basse di giovani che si ubriacano e percentuali alte nel consumo regolare di birra, vino e superalcolici.

I paesi e le regioni possono essere raggruppati a seconda delle loro tradizioni rispetto al consumo di alcolici (15). Un gruppo è formato dai paesi del Mediterraneo che producono vino e che sono prevalentemente di religione Cattolica o Ortodossa (come la Francia, la Grecia, l'Italia e la Spagna). In questi paesi i quindicenni hanno bevuto per la prima volta relativamente tardi ed esiste una percentuale bassa di giovani che si ubriacano.

Un altro gruppo di paesi (come la Danimarca, la Finlandia, la Norvegia e la Svezia) si può definire come rappresentativo della tradizione nordica del bere e evidenzia percentuali relativamente basse di consumo di vino. In alcuni di questi paesi, ci si ubriaca per la prima volta ad un'età relativamente precoce (Danimarca, Finlandia e Svezia) e questa pratica è molto diffusa nei giovani (in particolare in Danimarca).

I paesi nell'area orientale della Regione europea (come la Repubblica Ceca, Ungheria, la Federazione Russa e gli Stati Baltici) tendono ad avere una cultura del bere più orientata al consumo di superalcolici fra gli adulti, ma i risultati non mostrano percentuali né particolarmente alte né particolarmente basse fra i giovani che bevono regolarmente o quelli che si ubriacano. Al contrario di quello che avviene nella popolazione adulta di questi paesi, il consumo di superalcolici fra i quindicenni è relativamente basso (1).

I paesi dell'Europa occidentale (come il Belgio, l'Inghilterra, la Germania, l'Irlanda, l'Olanda, la Scozia e il Galles) mostrano che i giovani hanno bevuto per la prima volta ad un'età relativamente precoce e ci sono percentuali alte di quindicenni fra i bevitori abituali di birra settimanali.

L'alcol è una sostanza psicotropa che tende ad avere delle connotazioni positive per i giovani e che riveste un ruolo fondamentale nell'eziologia di importanti effetti dannosi sulla salute. Bere alcolici per ubriacarsi produce un'intossicazione dalla quale non ci si può aspettare altro che un danno per la salute. L'intossicazione porta non solo alla perdita del controllo motorio e della capacità di giudizio, ma anche a livelli di inibizione ridotti. Fra gli adolescenti più giovani, è probabile che effetti come questi si verifichino anche quando la quantità di alcolici consumata è relativamente piccola (16,17).

Il grande consumo di alcol ai danni della salute e le importanti differenze fra le diverse culture del bere dei vari paesi rappresentano una sfida per gli addetti alla salute. L'OMS (1) sostiene che si devono mettere in atto programmi globali di educazione, cura e regolamentazione, e che tali programmi siano fatti su misura per poter intervenire in contro alle esigenze specifiche di ciascun paese. I giovani in particolare devono avere una maggiore consapevolezza dei potenziali effetti dannosi causati dal consumo di alcolici.

(18). Oltre alle attività di promozione della salute e di educazione all'alcol che si rivolgono direttamente ai giovani e che di solito si svolgono nell'ambito della scuola, della comunità e dei centri di salute, bisogna considerare altri ambiti che influiscono sul consumo di alcolici da parte dei giovani: la famiglia, per esempio. I risultati ottenuti da uno studio longitudinale che copre un periodo di più di 30 anni indica che i giovani con una forte presenza della famiglia sembrano essere al riparo da eventuali problemi di comportamento nell'età adulta (19). Alcuni esperti hanno proposto di trasferire ai giovani i principi di programmi come *Sensible Drinking* (Bere in modo intelligente) (20) e di creare dei principi per correre i cosiddetti "rischi intelligenti" (21). D'altra parte, l'impatto che avrebbe il fatto di imparare ad usare l'alcol in modo intelligente (per esempio nel contesto familiare) non è chiaro (19). Le conseguenze che possono derivare dal fatto di rendere i giovani più capaci di gestire i rischi in generale, e quelle legate al consumo d'alcol in particolare, andrebbero riviste e valutate in modo critico.

Programmi di prevenzione nella scuola, formazione di abilità e interventi a breve termini sembrano promettenti, specialmente quando sono in sinergia con interventi nell'ambito della comunità. Le campagne dei mass-media, le restrizioni in campo pubblicitario e la regolamentazione circa l'accessibilità all'alcol da parte dei giovani attraverso politiche che interessano gli esercizi pubblici che distribuiscono alcolici (regolando il numero, gli orari di apertura, la formazione dei titolari e del personale, ecc.), tutto ciò dovrebbe essere preso in considerazione da i governi dei paesi dove queste politiche non sono ancora in atto. Alcune considerazioni di carattere legislativo potrebbero far parte di una politica di prevenzione per regolamentare le norme in merito al rilascio della licenza per la produzione e la vendita di alcolici, l'uso di etichette sugli alcolici per avvertire i consumatori circa i danni per la salute e, forse la cosa più importante per i giovani bevitori sensibili ai prezzi, le imposte sull'alcol.

Bibliografia

1. Global status report on alcohol. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/HSC/SAB/99.11).
2. Petraitis J et al. Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. *Substance Use & Misuse*, 1998, 33(13):2561–2604.
3. Schulenberg JE, Maggs JL. A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, 14(Suppl.):54–70.
4. Atkin CK. Effects of media alcohol messages on adolescent audiences. In: Comstock GA, ed. *Adolescent medicine: state of the art review*. Philadelphia, Hanley and Belfus, 1993.
5. Murray CJL, Lopez A. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *Lancet*, 1997, 349(9064):1436–1442.
6. Perkins HW. Social norms and the prevention of alcohol misuse in collegiate contexts. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, 14(Suppl.):164–172.
7. Wechsler H et al. Health and behavioural consequences of binge drinking in college – A national survey of students at 140 campuses. *JAMA*, 1994, 272:1671–1677.
8. King A et al. The health of youth: a cross-national survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 69; http://www.euro.who.int/Information-Sources/Publications/Catalogue/20010911_53, accessed 28 January 2004).
9. Hawkins JD et al. Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 1997, 58(3):280–290.
10. Nic Gabhainn S, François Y. Substance use. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:97–114 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
11. Hibell B et al. The ESPAD report – Alcohol and other drugs among students in 30 European countries. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Pompidou Group, Council of Europe, 2000.

12. Janin Jacquat B, François Y, Schmid H. Konsum psychoaktiver Substanzen. In: Schmid H, Kuntsche EN, Delgrande M, eds. *Anpassen, ausweichen, auflehnen? Fakten und Hintergründe zur psychosozialen Gesundheit und zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern*. Bern, Haupt, 2001:347–391.
13. Smart RG, Walsh GW. Do some types of alcoholic beverages lead to more problems for adolescents? *Journal of Studies on Alcohol*, 1995, 56:35–38.
14. Kilty KM. Drinking styles of adolescents and young adults. *Journal of Studies on Alcohol*, 1990, 51:556–564.
15. Bloomfield K, Ahlström S et al. Alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries. A European Union Biomed-II concerted action. Berlin, Institute for Medical Informatics, Biostatistics and Epidemiology, Free University Berlin, 1999.
16. Midanik LT. Drunkenness, feeling the effects and 5+ measures. *Addiction*, 1999, 94(6):887–897.
17. Windle M, Shope JT, Bukstein O. Alcohol use. In: DiClemente RJ, Hansen WB, Ponton LE, eds. *Handbook of adolescent health-risk behaviour*. New York, Plenum Press, 1996:115–160.
18. Murgraff V, Parrott A, Bennett P. Risky single-occasion drinking amongst young people – Definition, correlates, policy, and intervention: a broad overview of research findings. *Alcohol and Alcoholism*, 1999, 34(1):3–14.
19. Ensminger ME, Juon HS. Transition to adulthood among high-risk youth. In: Jessor J, eds. *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
20. *Sensible drinking. The report of an inter-departmental working group*. London, United Kingdom Department of Health, 1995.
21. Franzkowiak P. Zwischen Abstinenz und Risikobegleitung – Präventionsstrategien im Wandel. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, eds. *Drogenkonsum in der Partyszene: Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand*. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, 2002:107–124.

Uso di cannabinoidi – Tom ter Bogt, Anastasios Fotiou and Saoirse Nic Gabhainn

Introduzione

I cannabinoidi sono le sostanze più consumate sia dagli adulti che dagli adolescenti, dopo alcol e tabacco, nonostante il loro uso sia illegale nella maggior parte dei paesi e delle regioni che partecipano allo studio HBSC (1,2). Il consumo di cannabinoidi è aumentato nella Regione europea negli anni '90. Dal 1995 al 1999, per esempio, il consumo di cannabinoidi è sceso in solo 3 dei 21 paesi che partecipano allo studio ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), ovvero un progetto di ricerca della scuola europea sul consumo di alcol e altre droghe. In 14 paesi le cifre per il 1999 erano più alte rispetto a quelle per il 1995, avvolta sono raddoppiate durante questo periodo. Tuttavia, il consumo attuale e quello nell'arco della vita, variano di molto. La diffusione del consumo nell'arco della vita supera il 30% nel gruppo di riferimento dei quindicenni in alcuni paesi che partecipano allo studio ESPAD, ma è inferiore al 10% altrove. In generale, è probabile che siano più i maschi delle femmine a dichiarare di aver provato i cannabinoidi o di farne uso al momento (1). Negli Stati Uniti, circa la metà dei maschi più grandi che frequentano le superiori riferisce di aver provato a fare uso di cannabinoidi mentre un terzo riferisce di averne fatto uso nel mese precedente. Il consumo di cannabinoidi negli Stati Uniti ha raggiunto il livello massimo negli anni '70, è diminuito negli anni '80 e ha ricominciato a crescere negli anni '90 (2).

Questi dati indicano che vi è un aumento di coloro che "sperimentano" il consumo di cannabinoidi nel mondo industrializzato. Sia nella Regione europea che negli Stati Uniti, questo aumento potrebbe segnalare una tendenza sempre maggiore rivolta al consumo di droghe illegali. I giovani dichiarano di usare più droghe e di cominciare a farlo in età sempre più giovane. (1,2).

Gli adolescenti sono influenzati in modo contraddittorio per quanto riguarda il consumo di cannabinoidi. Da un lato, le droghe leggere sono presentate come una minaccia per la salute e per l'equilibrio mentale e addirittura come il punto di passaggio verso il consumo di droghe più pesanti. Dall'altro, sono rese affascinanti dal fatto che vengono usate dalle pop star e da altri modelli di ruolo famosi. Genitori ed insegnanti possono influenzare i giovani sull'uso della droga, dandogli dei consigli sul potenziale danno causato dai cannabinoidi (3). Tuttavia, come per il consumo di alcolici e tabacco, i giovani potrebbero ritenere che il fatto di provare i cannabinoidi sia parte del percorso per diventare adulti; un tentativo di affermare il loro status di adulti (4).

I genitori, le altre persone viste come modelli comportamentali, le misure adottate dalla polizia e le campagne indette dai mass-media, tutto ciò influenza in qualche misura i comportamenti dei giovani nei confronti delle sostanze legali o illegali che agiscono sulla psiche (3). Tuttavia, il predittore più forte dell'uso individuale della droga è l'uso della droga percepito nel gruppo dei pari. I giovani potrebbero cercare gli amici fra quelli che condividono i loro atteggiamenti, rafforzando in questo modo le loro opinioni e il loro comportamento (5). I pari possono dare l'esempio nell'uso della droga, stabilire delle regole, dei comportamenti e dei valori, ed offrire opportunità e aiuto per l'uso delle droghe. Vedere che i propri pari fanno uso di droghe rende l'idea normale e incoraggia i giovani a farne uso (6–8). Per alcuni adolescenti, consumare droghe può essere un tentativo di comunicare uno status da adulto indipendente mentre affermano un senso di alienazione dal mondo adulto. I giovani potrebbero considerare la droga come elemento essenziale della resistenza della cultura degli amici al mondo degli adulti (9).

L'uso occasionale di cannabinoidi potrebbe sembrare una regola fra una minoranza di giovani significativa nella Regione europea e nel Nord America. Diversi studi di battono sul fatto che questo modello di consumo non sia necessariamente dannoso, almeno dal punto di vista sociale. Ci sono prove che sostengono che gli adolescenti che consumano alcol o cannabinoidi in dosi moderate si adattano meglio e possiedono migliori abilità sociali di quelli che non ne fanno uso o fanno uso invece di sostanze pesanti che agiscono

sulla psiche (10,11).

È comunque importante distinguere fra uso occasionale e uso frequente di cannabinoidi. Quest'ultimo è associato a una lunga serie di conseguenze negative. L'uso frequente di droghe in età precoce è un predittore dell'abbandono scolastico, di rapporti sessuali non protetti e di coinvolgimento in un comportamento delinquente (12). L'uso di cannabinoidi di per sé non causa necessariamente questi problemi. È meno probabile che i consumatori di sostanze stupefacenti, anche prima di iniziare a mescolare alcool e droghe, siano fiduciosi, sicuri, socievoli, affidabili o in grado di guardare avanti (10). L'uso di cannabinoidi può aggravare i loro problemi. Un uso pesante è associato con problemi a scuola, depressione, cattiva salute fisica, situazioni a rischio e devianza (13). Studi recenti offrono prove concordi sul fatto che il consumo di cannabinoidi può scatenare psicosi e depressione, in particolar modo tra le persone che ne sono predisposte (14–18).

Metodi

Poiché l'uso di cannabinoidi non è frequente fra i bambini e nella prima adolescenza, è stato chiesto solo ai quindicenni di riportare la loro esperienza.

Ai giovani sono state rivolte due domande, vale a dire, se avevano mai fatto uso di cannabinoidi e, in caso affermativo, quanto spesso era successo nel corso dell'anno precedente.

- Qualche volta, nell'intero corso della tua vita, hai assunto cannabis (canne, spinelli...)?
- Qualche volta, negli ultimi 12 mesi, hai preso cannabis (canne, spinelli...)?

Le risposte possibili per entrambe le domande erano: Mai, Una o due volte, da 3 a 5 volte, da 6 a 9 volte, da 10 a 19 volte, da 20 a 39 volte, 40 volte o più.

Alcuni giovani provano i cannabinoidi una o qualche volta e poi smettono, mentre altri ne fanno un uso più regolare. Ci sono consumatori a scopo ricreativo e consumatori pesanti, quest'ultimi fanno parte di un gruppo più ristretto. Sono stati identificati quattro gruppi fra quelli che riferiscono di aver usato cannabinoidi almeno una volta nella vita, e che si basano sul numero di volte che i consumatori ne hanno fatto uso:

Gruppo	Uso negli ultimi 12 mesi
Ex-consumatori	0 volte
Consumatori "sperimentali"	1–2 volte
Consumatori a scopo ricreativo	3–39 volte
Consumatori pesanti	≥ 40 volte

Risultati

Giovani che hanno provato i cannabinoidi

Le differenze geografiche nelle percentuali di coloro che hanno provato i cannabinoidi sono considerevoli (Fig. 3.14), con livelli che variano da quasi il 10% in Grecia, Israele, Lituania, Malta, Svezia ed Ex-Repubblica jugoslava di Macedonia fino ad oltre il 40% in Canada, Inghilterra, Groenlandia e Svizzera. La maggior parte dei paesi nell'Europa del Nord e dell'Est si trova nel quartile più basso della Fig. 3.14. A eccezione della Spagna e, in misura minore, dell'Italia e del Portogallo, la maggior parte dei paesi del Sud nella Regione europea (come Grecia, Israele, Malta ed Ex-Repubblica jugoslava di Macedonia) tende ad avere cifre più basse. È interessante notare che la Svizzera si contraddistingue per avere una percentuale molto più alta di quelle dei suoi paesi vicini.

Nel complesso, più maschi che femmine riferiscono di aver provato i cannabinoidi, e le maggiori differenze tra i sessi si riscontrano nei paesi dell'est e del sud della Regione europea.

Consumo di cannabinoidi nei 12 mesi precedenti

Le percentuali per l'uso di cannabinoidi nei 12 mesi precedenti sono vicine a quelle di coloro che hanno provato a farne uso (Fig. 3.14). Ciò suggerisce che esistono due gruppi principali di consumatori: quelli che hanno provato la droga prima dei 14 anni e continuano a consumarla e quelli che hanno iniziato a consumare cannabinoidi nei 12 mesi precedenti.

In generale, abbiamo lo stesso modello geografico di quelli che hanno provato i cannabinoidi. Questo indica differenze geografiche sorprendenti, con percentuali che variano dal 3% nella Ex-Repubblica jugoslava di Macedonia al 40% in Canada. Più del 30% dei quindicenni dichiara di aver fatto uso di cannabinoidi nell'anno precedente in paesi come il Canada, l'Inghilterra, la Groenlandia, la Scozia, la Spagna, la Svizzera e gli Stati Uniti. Per contro, la diffusione in molti altri paesi, soprattutto nell'est della Regione, è relativamente bassa. Tra questi estremi si colloca un gruppo con diffusione moderata, principalmente nell'Europa centrale ed occidentale (come il Belgio (Fiandre), Belgio (francofono), la Repubblica Ceca, la Danimarca, la Francia, la Germania e l'Olanda).

Così come per il fatto di aver provato i cannabinoidi, anche il fatto di averne fatto uso nei 12 mesi precedenti è più diffuso tra i maschi che tra le femmine. Questa differenza tra i sessi è maggiore nei paesi orientali e meridionali della Regione europea, ad eccezione della Spagna.

Uso continuato di cannabinoidi e frequenza di consumo

Per confrontare i modelli fra i giovani che dichiarano di aver fatto uso di cannabinoidi, la Fig. 3.15 evidenzia le percentuali di ciascun campione nazionale complessivo che erano state assegnate ai quattro gruppi di consumatori. In generale, l'uso a scopo ricreativo e di sperimentazione è molto più comune dell'uso pesante. I consumatori pesanti comprendono il 5–10% dei campioni in Canada, Inghilterra, Scozia, Spagna, Svizzera e Stati Uniti; il 4–5% dei campioni in Belgio (francofono), Francia e Slovenia; e circa il 3% in Belgio (Fiandre), Repubblica Ceca, Germania, Groenlandia, Irlanda, Italia, Olanda, Portogallo e Galles. Nella maggior parte degli altri paesi e regioni, il gruppo dei consumatori pesanti è relativamente ridotto: meno del 2%. In tutti i paesi, più maschi che femmine dichiarano di essere consumatori pesanti.

Conclusioni

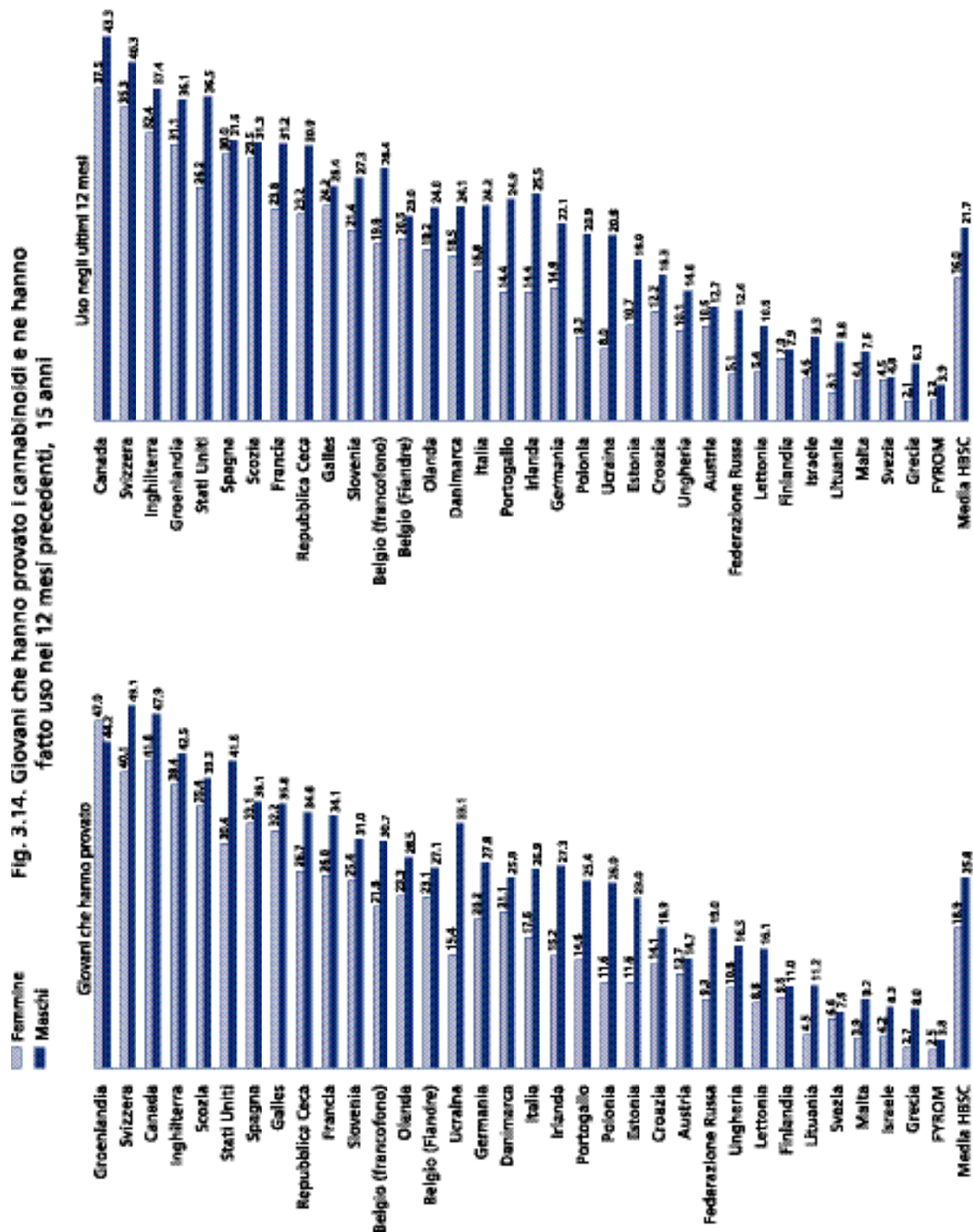
Provare i cannabinoidi e farne un uso regolare sono le pratiche più comuni in un gruppo di paesi di cui fanno parte il Canada, l'Inghilterra, la Groenlandia, la Svizzera e gli Stati Uniti, seguiti dalla maggior parte dei paesi occidentali della Regione europea. In generale, i paesi dell'est, del nord e del sud della Regione riportano cifre più basse. Sebbene ci possano essere delle differenze nel consumo di cannabinoidi nei singoli paesi, gli studi HBSC e ESPAD mostrano andamenti geografici abbastanza simili (1).

Parte della ricerca indica che nell'ambito della Regione o addirittura a livello mondiale queste cifre potranno ridursi in un prossimo futuro. Lo studio ESPAD (1) evidenzia che il consumo di cannabinoidi da parte dei giovani nella maggior parte dei paesi dell'est e del nord della Regione sta aumentando rapidamente e stanno diminuendo le differenze con le percentuali nei paesi occidentali dell'Europa e nel Nord America.

Le differenze tra i sessi potrebbero anche diventare meno marcate in un futuro prossimo. Nei paesi dell'est e del sud della Regione europea (tranne che in Spagna), le femmine riferiscono di consumare cannabinoidi meno frequentemente che i maschi. I modelli in fase di cambiamento per quanto riguarda il consumo di droga in Nord America e in Europa occidentale potrebbero indicare il modo in cui questi potrebbero mutare in altri paesi e regioni in futuro.

Mentre la ricerca indica che l'uso dei cannabinoidi a scopo ricreativo potrebbe non nuocere alle attività sociali (10, 11), il consumo pesante potrebbe essere un indicatore di un problema comportamentale, sia interiorizzato che esteriorizzato, come la depressione, il correre rischi e la devianza (12, 13). Sebbene la maggior parte dei consumatori in tutti i paesi e regioni appartenga ai gruppi che consumano cannabinoidi a scopo ricreativo o sperimentale e che sembrano in grado di controllarne il consumo, il campione dello studio HBSC include fasce d'età relativamente giovani. I numeri esigui che dichiarano di farne un uso

Fig. 3.14. Giovani che hanno provato i cannabinoidi e ne hanno fatto uso nei 12 mesi precedenti, 15 anni



Nota: Dati non disponibili per la Norvegia.

pesante in questa fase della loro vita potrebbero benessere a rischi di conseguenze sfavorevoli per la salute e a livello sociale e dovrebbero essere oggetto di interventi mirati.

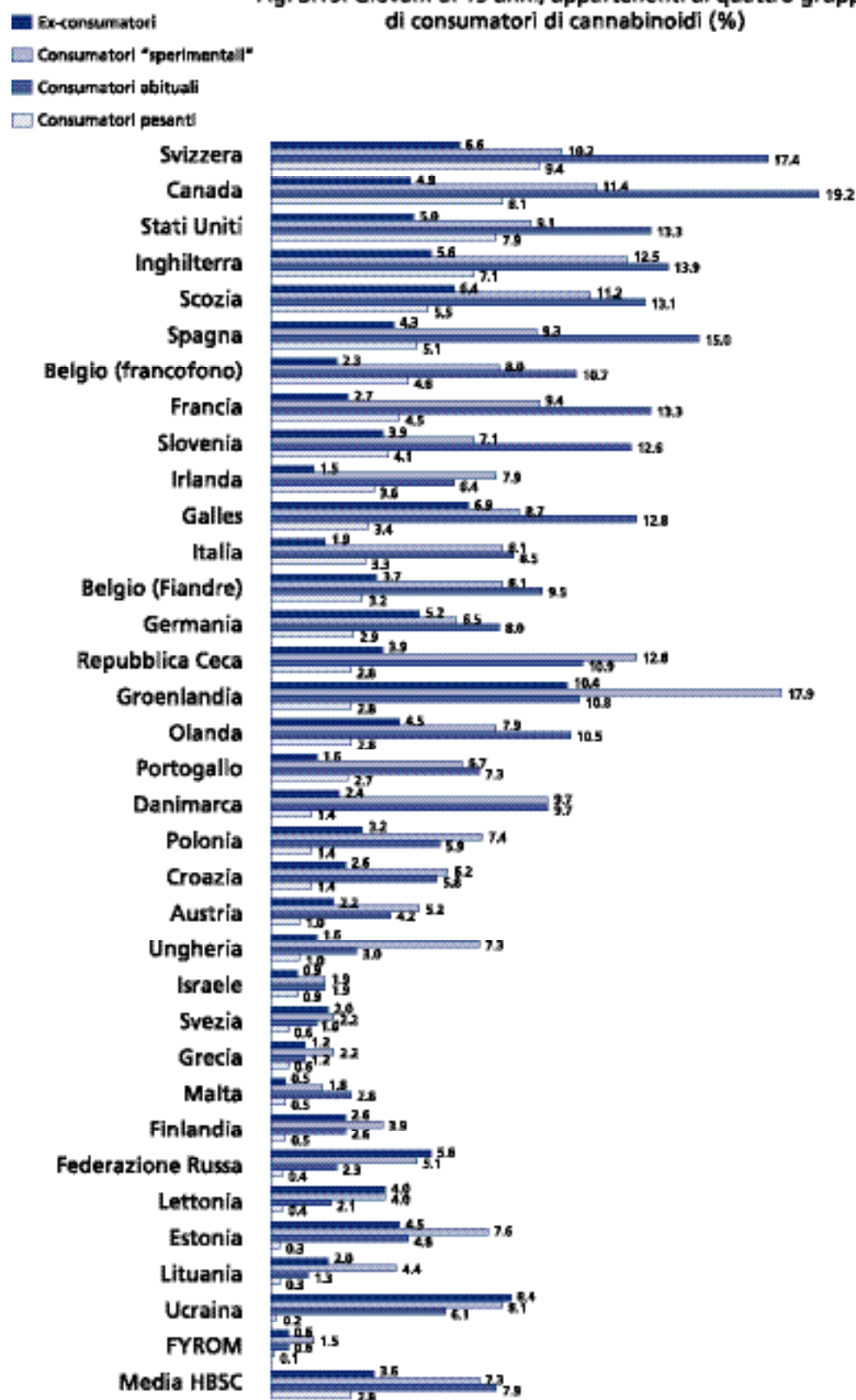
L'uso dei cannabinoidi continua ad essere illegale in quasi tutti i paesi che partecipano allo studio HBSC. Questo fatto sembra essere irrilevante per una percentuale in crescita di adolescenti che ne considerano l'uso come parte di un normale modello comportamentale e della cultura del gruppo dei pari. Le politiche sulle droghe e sul loro consumo varia molto nei paesi della Regione europea e in Nord America. Le politiche di Governo – comprese quelle per l'educazione alla salute, la promozione della salute e i programmi di orientamento nella scuola, nella famiglia e nella comunità – devono rivolgersi sia all'aumento del consumo di cannabinoidi sia al fatto che un vasto gruppo di giovani tratta le droghe allo stesso modo di altre sostanze psicoattive culturalmente legittimate, come per esempio l'alcol.

Molti studi hanno preso in esame l'efficacia degli interventi in quest'area, la maggior parte dei quali negli Stati Uniti. Pubblicazioni come quella di Cuijpers (19) suggeriscono che nelle scuole sono disponibili dei programmi efficaci che si avvalgono di un approccio interattivo, ma la cui divulgazione è ancora limitata nella Regione europea e negli Stati Uniti. Anche i programmi d'intervento e prevenzione nella famiglia e nella comunità potrebbero risultare efficaci. Le campagne dei mass-media hanno dimostrato di aver ottenuto un aumento della conoscenza delle droghe, ma sembra che abbiano avuto meno successo nel prevenire o ridurre il consumo. Tuttavia, queste iniziative potrebbero interagire in maniera positiva con altri programmi complementari (19). Se nel caso in cui le politiche nazionali siano liberali o restrittive, i paesi dovrebbero creare dei programmi di educazione e prevenzione che indichino chiaramente quali possono essere le conseguenze dannose per la salute dovute a un grande consumo di cannabinoidi.

Bibliografia

1. Hibell B et al. The ESPAD report – Alcohol and other drugs among students in 30 European countries. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Pompidou Group, Council of Europe, 2000.
2. Johnston L et al. Monitoring the future. Ann Arbor, Institute for Social Research, 1999.
3. Bachman J. Explaining recent increases in students' marijuana use: impact of perceived risks and disapproval, 1976 through 1996. *American Journal of Public Health*, 1998, 88(6):887–892.
4. Engels RCME. Forbidden fruits: social dynamics in smoking and drinking behavior of adolescents. Maastricht, University of Maastricht, 1998.
5. Arnett JD. Heavy metal music and reckless behaviour among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 1991, 20:573–592.
6. Shofield PE et al. The influence of group identification on the adoption of peer group smoking norms. *Psychology and Health*, 2001, 16:1–6.
7. Baumann KE, Ennett ST. On the importance of peer influence for adolescent drug use: commonly neglected considerations. *Addiction*, 1996, 91:185–198.
8. Hansen WB, O'Malley PM. Drug use. In: DiClemente RJ, Hanson WB, Ponton LE, eds. *Handbook of adolescent health-risk behaviour*. New York, Plenum Press, 1996:161–192.
9. Schmid H. Cannabis use in Switzerland: the role of attribution of drug use to friends, urbanization and repression. *Swiss Journal of Psychology*, 2001, 60:99–107.
10. Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal enquiry. *American Psychologist*, 1990, 45:612–630.
11. Engels RCME, ter Bogt T. Influences of risk behaviours on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 2001, 30:675–695.
12. Brook J et al. The risks for late adolescence of early marijuana use. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1549–1554.
13. Kandell D et al. Psychiatric disorders associated with substance use among children and adolescents: findings from the methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders (MECA) study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1997, 25:121–132.

Fig. 3.15. Giovani di 15 anni, appartenenti ai quattro gruppi di consumatori di cannabinoidi (%)



Nota: Dati non disponibili per la Norvegia.

14. Van Os J et al. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 156: 319–327 (2002).
15. Arseneault L et al. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*, 2002, 325: 1199–1201.
16. Zammit S et al. Self-reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ*, 2002, 325: 1199–1201.
17. Fergusson D M et al. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychological Medicine*, 2003, 33: 15–21.
18. Patton G C et al. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*, 2002, 325: 1195–1198.
19. Cuijpers P. Three decades of drug prevention research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2003, 10: 7–20.

Attività fisica – Chris Roberts, Jorma Tynjälä and Alexander Komkov

Introduzione

I vantaggi dell'attività fisica per la salute degli adulti sono ben documentati. Svolgere regolarmente un'attività fisica può contribuire a migliorare la qualità della vita, sia dal punto di vista fisico che psicologico (1,2). Tuttavia vi è una relazione complessa tra la funzione che hanno il tipo e la quantità di attività fisica. Una attività fisica regolare può ridurre il rischio di malattie cardiovascolari, di cancro del colon, di diabete mellito non-insulinodipendente e di osteoporosi. Può anche giovare alle persone con l'artrite, agli obesi e a chi soffre di problemi mentali come ansia e depressione. Un aumento dell'attività fisica è spesso associato anche a un aumento della forma fisica che, a sua volta, può influire sulla qualità del sonno (3). Il sonno è essenziale per godere di una buona salute e per la qualità della vita in generale.

I vantaggi dell'attività fisica per la salute dei giovani non sono così ben documentati, sebbene alcune pubblicazioni abbiano evidenziato dei discreti effetti positivi sulla salute, come una buona forma dal punto di vista aerobico, una pressione sanguigna nella norma, giusti valori di grasso nel sangue, salute delle ossa e benessere psicologico (4,5). Inoltre, i vantaggi di un'infanzia attiva possono ripercuotersi nell'età adulta poiché un bambino attivo è più probabile che diventi un adulto attivo (6). La probabilità di fratture alle ossa e lesioni ai muscoli, tuttavia, aumenta con l'aumentare dell'attività. Precedenti dati dello studio HBSC suggeriscono che più della metà degli infortuni che richiedono cure mediche avvengono durante attività sportive o di tempo libero (7). Tuttavia, in vista dei vantaggi per la salute dei giovani, aumentare i loro livelli di attività fisica è una sfida importante per la salute pubblica (8).

Si è lavorato molto per identificare i determinanti dell'attività fisica, allo scopo di affrontare i potenziali ostacoli e promuovere più opportunità per la partecipazione dei giovani. Per esempio, una precedente indagine HBSC ha dimostrato che le percentuali relative all'attività fisica diminuiscono con l'età, soprattutto fra le femmine (9). Numerosi studi recenti hanno documentato i fattori associati all'attività fisica dei giovani. Sallis et al. (8) offrono un'utile revisione del lavoro svolto in questo ambito, suggerendo che i determinanti chiave includono i fattori demografici (come la maggiore probabilità di attività nei giovani, soprattutto maschi), i fattori psicologici (come il divertimento e la competitività percepiti), i fattori sociali (come l'incoraggiamento che viene da genitori, fratelli e compagni) e l'ambiente fisico (come la disponibilità di strutture e corsi).

Livelli consigliati di attività fisica

Si è discusso molto negli ultimi anni sulle linee guida appropriate per l'attività fisica a livello di popolazione, per esempio in termini di intensità e durata. Gran parte del dibattito si è concentrato maggiormente sugli adulti che sui giovani, ma il consenso che emerge è simile per entrambi. Esso mette in risalto l'attività di moderato impegno fisico, basandosi su evidenze che dimostrano come il fatto di svolgere quest'attività per un periodo di tempo può dare risultati vantaggiosi per la salute (2).

Nel 1997, un gruppo internazionale di esperti ha esaminato le linee guida per i giovani e ha dato due consigli principali. Per prima cosa, i giovani inattivi dovrebbero fare attività di moderato impegno fisico per almeno 30 minuti al giorno. In secondo luogo, sarebbe ancora più importante che tutti i giovani facessero questo tipo di attività per 1 ora al giorno (10,11). Un'attività di moderato impegno fisico potrebbe essere camminare a passo veloce, attività che fa aumentare la temperatura corporea e lascia leggermentemente senza fiato. Le attività che migliorano la forza dei muscoli, la flessibilità e la salute del sistema osseo, dovrebbero essere svolte due o tre volte alla settimana.

Le attuali linee guida si differenziano molto da quelle stabilite nel 1994 (12). Svolgere attività strutturata da moderata a impegnativa per 20 minuti tre o più volte alla settimana non fa più parte delle raccomandazioni standard. Il passaggio da 30 a 60 minuti è dato dal fatto che la maggior parte dei giovani sono già attivi 30 minuti al giorno e che aumentare la preoccupazione riguardo i crescenti livelli di obesità.

Metodi

Come evidenziano Welk et al. (13), non è facile valutare l'attività fisica tra i giovani. Il compito diventa ancora più difficile quando si cerca di farlo in tutti i paesi. Guardando in particolare lo studio HBSC, esistono tre limiti importanti nel definire delle domande per un'indagine nella scuola che coprano un'ampia gamma di interessi relativi alla salute: il tempo messo a disposizione dalla scuola, lo spazio disponibile in un questionario e il bisogno di garantire la coerenza con le domande in altri ambiti. In pratica, ciò significa che le domande relative all'attività fisica hanno inevitabilmente un margine limitato e non possono fare uso di misurazioni fisiche, come dati sulla frequenza cardiaca. L'indagine HBSC del 1997/1998 comprendeva due domande sull'attività fisica, che chiedevano quante ore alla settimana e con quale frequenza i giovani svolgevano attività fisica (14). Queste domande avevano lo scopo di definire quanta attività fisica impegnativa veniva praticata dai giovani durante il tempo libero. Muovendosi in direzione delle attuali linee guida descritte sopra, l'indagine del 2001/2002 ha elaborato ed inserito delle domande che si concentrano sull'attività fisica che prevede per lo meno un impegno moderato, che viene svolta a scuola e/o nel tempo libero, negli ultimi 7 giorni e in una settimana normale.

La misura di screening dell'attività fisica da moderata a energica (MVPA) messa a punto da Prochaska et al. (15) consiste in due domande relative al numero di giorni in cui gli adolescenti svolgono dell'attività fisica per lo meno moderata per almeno 60 minuti. Le domande erano precedute dalla seguente definizione di attività fisica, che è stata modificata per l'indagine HBSC per poter comprendere anche l'attività svolta a scuola. Attività fisica è una qualsiasi attività che fa aumentare il battito del cuore e può lasciarsi senza fiato. Si può fare attività fisica facendo sport, nell'ambito di attività scolastiche, giocando con i amici, o andando a scuola a piedi. Altri esempi di attività fisica sono: correre, fare una camminata a passo veloce, andare su pattino o in bicicletta, ballare, andare in skate-board, nuotare, giocare a calcio, pallacanestro, football, andare in surf. Per rispondere alle prossime due domande, sommate tutto il tempo che impieghi per fare attività fisica ogni giorno. La prima domanda riguarda l'attività fisica svolta durante la settimana precedente, mentre la seconda, tiene conto di una settimana tipica.

- Negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?
- In una settimana normale, quanti giorni fai attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?

Le risposte possibili per entrambe le domande erano: 0 giorni, 1 giorno, 2 giorni, ... 7 giorni.

I punteggi sono stati calcolati sulla media dei risultati per le due domande. Un punteggio uguale o maggiore a 5, significa che l'intervistato risponde alla principale raccomandazione di fare più di un'ora di attività di moderato impegno fisico al giorno per la maggior parte dei giorni. La ricerca sulla misura di MVPA negli Stati Uniti suggerisce che essa offre una stima ragionevole di coloro che rispettano questa raccomandazione. Prochaska et al. (15) concludono che questa misura è un metodo ragionevole per valutare la partecipazione all'attività fisica in generale e l'efficacia delle attuali linee guida. Questa misura non è solo importante per l'indagine HBSC, ma è anche breve ed in notevole correlazione con una misura oggettiva dell'attività fisica.

Questa sezione presenta la media dei numeri di giorni nei quali i giovani sono stati attivi per una o più ore e le percentuali di quelli che hanno seguito le raccomandazioni contenute nelle attuali linee guida: 60 minuti o più di attività per 5 o più giorni alla settimana. L'indagine del 2001/2002 ha inserito anche delle misure complementari del comportamento sedentario: guardare la televisione, usare il computer e fare i compiti per casa. La parte che segue tratta questi aspetti.

Risultati

Livelli medi di attività fisica

L'attività fisica svolta in media negli ultimi 7 giorni durante una settimana normale sembra evidenziare che i giovani sono attivi per una o più ore per 3,8 giorni alla settimana. I livelli nei paesi e regioni variano molto, da 3,4 giorni in Belgio (Fiandre) a 4,9 in Irlanda per i maschi, e da 2,7 giorni in Francia a 4,1 in Canada per le femmine. Nonostante le differenze tra le fasce d'età, alcuni paesi e regioni rimangono

uniformemente nel quartile più alto (Canada, Inghilterra, Irlanda e Lituania) o nel quartile più basso (Belgio (Fiandre), Francia, Italia e Portogallo) (Fig. 3.16).

In tutti i paesi e in tutte le tre fasce d'età, i maschi dichiarano di fare attività fisica per almeno un'ora al giorno più spesso delle femmine: in media, 4,1 giorni e 3,5 giorni rispettivamente. La differenza fra i sessi varia comunque. Nei quindicenni, per esempio, la differenza è di almeno 1 giorno in Grecia e Ucraina e minima in Olanda.

La frequenza dell'attività fisica diminuisce con l'età, sebbene sia molto più evidente in alcuni paesi e regioni rispetto ad altri. Per esempio, il calo è di circa 1 giorno per le femmine in Austria, Scozia e Galles, ma le differenze sono minime in un piccolo gruppo formato da Francia, Olanda e Spagna. Mentre il calo con l'età può essere osservato chiaramente in entrambi i sessi, è più evidente tra le femmine che tra i maschi nella maggior parte dei paesi e delle regioni (Fig. 3.16).

Conformità alle attuali linee guida sull'attività fisica

Usando la misura MVPA, che fornisce la media tra gli ultimi 7 giorni e una settimana normale, circa un terzo di tutti i giovani (34%) riferisce di aver svolto attività fisica in conformità con le attuali linee guida: una o più ore di attività di moderato impegno fisico per cinque o più giorni la settimana. Tuttavia, c'è un'ampia variazione, con percentuali che vanno dal 12% in Francia al 44% negli Stati Uniti per le femmine. Nonostante le differenze tra le fasce d'età, alcuni paesi e regioni sono uniformemente nel quartile più alto (Canada, Inghilterra, Irlanda, Lituania e Stati Uniti) o nel quartile più basso (Belgio (Fiandre), Estonia, Francia, Italia, Norvegia e Portogallo) (Fig. 3.17).

In tutti i paesi e regioni e in tutte le tre fasce d'età, ci sono più maschi (40%) che femmine (27%) che rispettano le attuali linee guida. Le differenze fra i sessi vanno oltre il 10% in più della metà dei paesi e delle regioni, sebbene si possano osservare delle variazioni per fasce d'età. Fra i quindicenni, per esempio, la differenza tra maschi e femmine è del 24% a Malta e del 22% in Galles ma solo del 5% in Italia e dell'1% in Olanda.

Nella maggior parte dei paesi e delle regioni, le percentuali in conformità alle attuali linee guida diminuiscono con l'età, sebbene i modelli possano variare. Per esempio, Austria, Ungheria e Scozia mostrano un chiaro gradiente. In altri paesi, l'attività fisica diminuisce di più tra gli 11 e 13 anni rispetto che tra i 13 e 15 anni (Svezia) o viceversa (Grecia). Infine, un piccolo gruppo di paesi non evidenzia alcun calo in rapporto all'età, ossia: Francia, Olanda, Svizzera, Ex-Repubblica jugoslava di Macedonia e Stati Uniti.

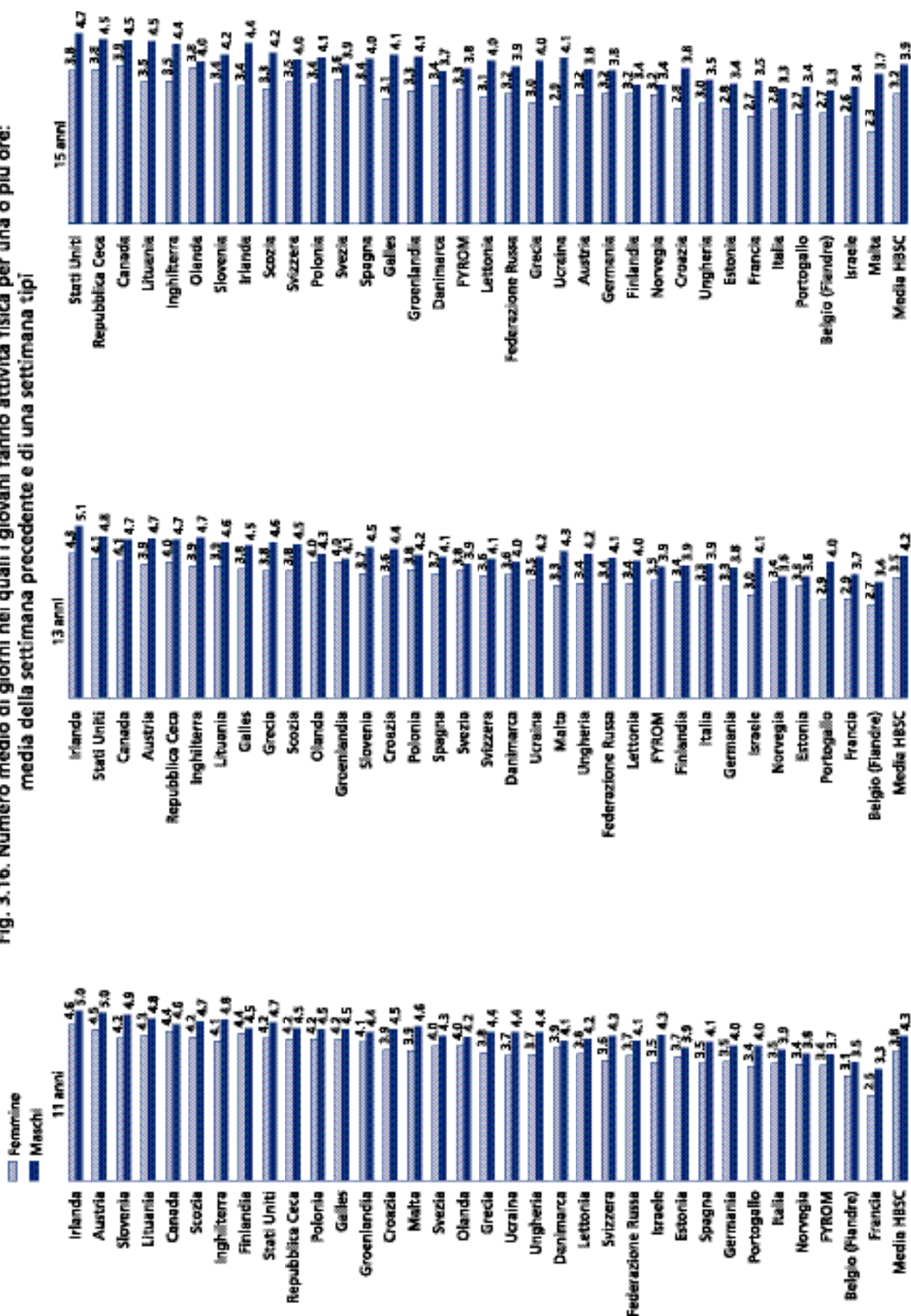
Conclusioni

Come avviene per tutti gli studi al livello internazionale, i confronti fatti in questa sede dovrebbero essere interpretati con cautela. Per esempio, i tempi per la raccolta dei dati si differenziano nei vari paesi e regioni, e le differenze stagionali possono influire sulle opportunità di svolgere attività all'aperto. Inoltre, si deve tener conto di aspetti come la traduzione (per esempio, la definizione di attività da moderata a impegnativa).

Detto questo, lo studio HBSC è unico nell'offrire una misura dell'attività fisica fra i giovani della Regione europea dell'OMS e in Nord America. I risultati qui presentati indicano che un gran numero di giovani in tutti i paesi e regioni non rispetta le attuali linee guida. Anche dove l'attività regolare è più diffusa, meno della metà dei giovani dichiara di svolgere il livello di attività fisica consigliato nella maggior parte dei casi. Inoltre, i modelli di attività fisica variano molto a seconda dell'area geografica, del sesso e della fascia d'età. Le percentuali di attività fisica sono più alte in Austria, Canada, Inghilterra, Irlanda, Lituania e Stati Uniti e più basse in Belgio (Fiandre), Francia, Italia e Portogallo. Alcuni studi pubblicati precedentemente, pur concentrandosi su gruppi più piccoli di paesi, hanno riscontrato variazioni simili per paese, età e sesso (16).

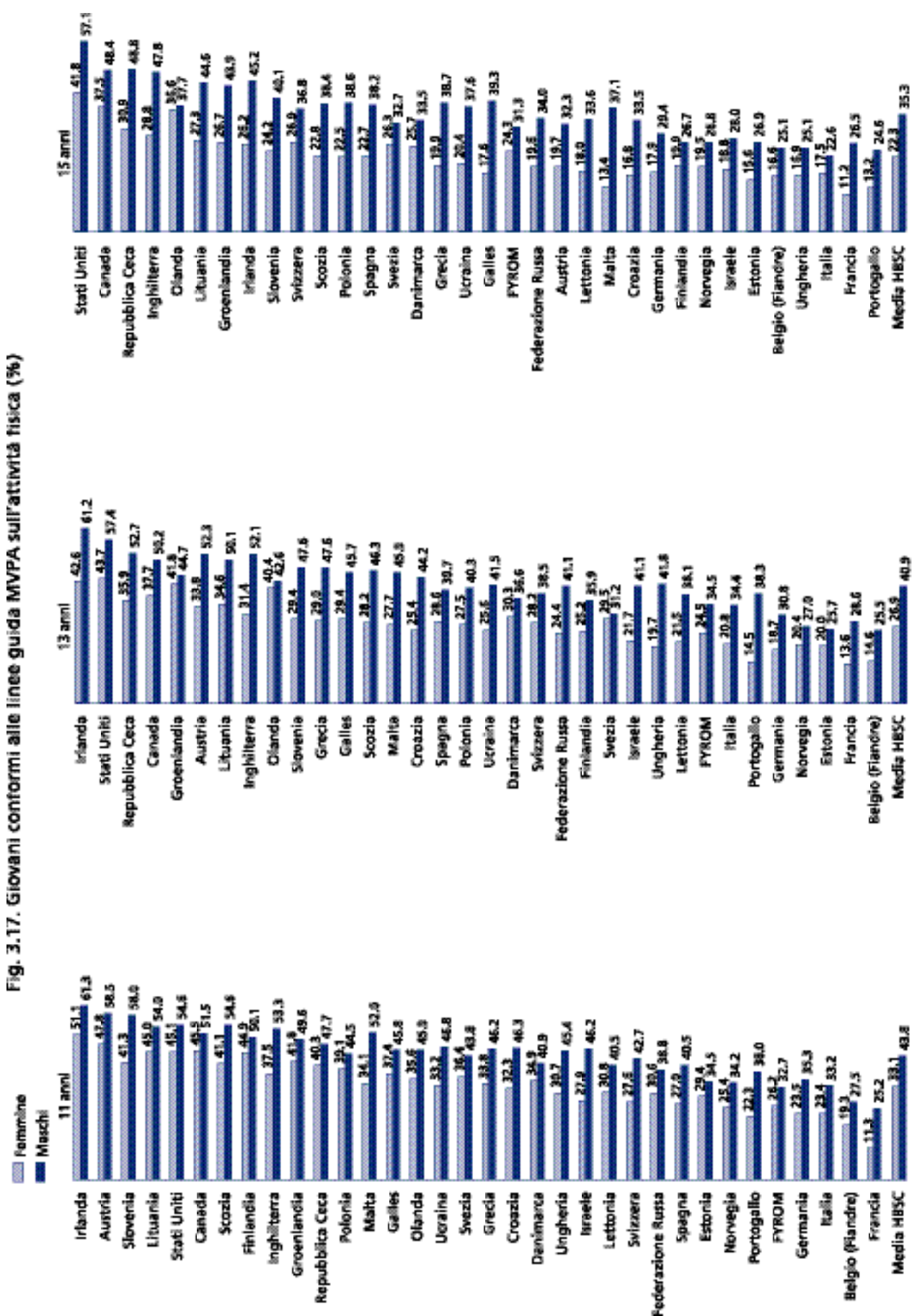
La scarsità di dati disponibili rende difficile il confronto fra adulti al livello internazionale, mal'indagine della UE del 1999 sui comportamenti del consumatore riguardo all'attività fisica, il peso corporeo e la

Fig. 3.16. Numero medio di giorni nei quali i giovani fanno attività fisica per una o più ore: media della settimana precedente e di una settimana tipi



Nota: Dati non disponibili per il Belgio (francofono).

Fig. 3.17. Giovani conformi alle linee guida MVPA sull'attività fisica (%)



Nota: Dati non disponibili per il Belgio (francofono).

salute (17) offre informazioni limitate sull'attività fisica.

Era più probabile che gli adulti dichiarassero di partecipare a diverse attività fisiche per più di 5 ore durante una settimana normale in Austria, Finlandia, Irlanda, Olanda e Svezia, e meno probabile che lo facessero in Belgio, Francia, Grecia, Italia e Portogallo. La coerenza fra questi risultati e quelli dello studio HBSC è del tutto sorprendente, particolarmente per quei paesi dove i livelli di attività fisica sono più bassi.

Come suggerito in precedenza, si devono considerare gli aspetti metodologici adottati per effettuare dei paragoni fra i livelli di attività dei giovani nei paesi, ma è molto probabile che questi non tengano conto di tutte le differenze che emergono. Prima sono stati osservati i determinanti chiave della salute dei giovani, ma poi si dovrebbe anche considerare se i fattori di rilevanza nazionale possono essere utili nell'interpretazione delle differenze transnazionali. Un chiaro esempio è il ruolo che ha l'educazione fisica a scuola, che potrebbe giovare ai giovani che hanno poco tempo a disposizione e sono stressati dal rendimento scolastico. Un rapporto della European Heart Health Initiative (18) sottolinea questo aspetto e mette in evidenza come l'aumento dell'attività fisica a scuola ed il modo in cui essa viene organizzata, varia da paese a paese. Inoltre, la quantità di tempo libero disponibile nei giorni di scuola per attività non organizzate può influire probabilmente sulla quantità di attività fisica. Sono disponibili delle linee guida basate su evidenze, che insegnano come sviluppare una buona pratica di educazione fisica nelle scuole, come quelle pubblicate dal CDC (Centers for Disease Control and Prevention) vale a dire i Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie negli Stati Uniti (19).

È interessante, inoltre, notare la presenza di paesi del sud Europa dove il clima è più caldo (come il Portogallo e le zone del sud della Francia e dell'Italia) fra quelli che dichiarano di fare meno attività fisica. Sebbene agli intervistati si sia richiesto di includere tutte le forme di attività fisica, quelli che tendono a passare il loro tempo libero in attività informali all'aria aperta potrebbero aver sottovalutato questa richiesta e si sono concentrati di più sulle attività formali svolte in un centro ricreativo o in piscina. In alcuni paesi selezionati, si richiede una ricerca qualitativa per esaminare più in dettaglio questo aspetto. I fattori ambientali possono giocare un ruolo importante al momento di spiegare le grandi differenze geografiche, in particolare per quanto riguarda le modalità adottate per recarsi a scuola (per esempio in macchina piuttosto che a piedi o in bicicletta) e la disponibilità e accessibilità delle strutture per il tempo libero. Inoltre, fattori individuali, come il grado di relazione tra la popolarità e il rendimento sportivo, possono essere diversi fra i paesi e avere un qualche impatto sui risultati qui presentati.

I risultati mostrano chiaramente che è più probabile che siano i maschi anziché le femmine ad essere in conformità con le attuali linee guida sulla frequenza consigliata, sebbene la dimensione di questa differenza fra i sessi possa variare nei paesi e regioni. Inoltre, i livelli di attività fisica crollano man mano che i giovani crescono, in particolare fra le femmine. Ancora una volta, questa relazione tra età e livelli di attività varia nei paesi e regioni. Con l'introduzione di diverse misure dell'attività fisica nello studio del 2001/2002, le informazioni riportate sono diverse da quelle presentate nei precedenti rapporti HBSC; pertanto, è difficile individuare le tendenze. Tuttavia, i risultati riportati per età e sesso sono in linea con quelli che emergono da studi precedenti (9,20,21).

I risultati confermano che c'è ancora tanto lavoro da fare per aumentare i livelli di attività fisica per ottenere il massimo risultato ai fini di potenziali vantaggi per la salute. I responsabili dello sviluppo dei programmi e delle politiche dovrebbero considerare gli ostacoli alla partecipazione e le evidenze disponibili sull'efficacia degli interventi. Una recente revisione sistematica effettuata dall'Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre ha stabilito che manca una ricerca affidabile sugli interventi per promuovere l'attività fisica, ma le seguenti indicazioni sono emerse dagli studi condotti (22). Qualsiasi sforzo per migliorare i livelli di attività fisica tra i giovani dovrebbe tener conto degli ostacoli degli incentivi alla partecipazione che gli stessi giovani hanno evidenziato (per esempio, migliorare la gamma di attività fisiche a scuola e dare importanza agli aspetti sociali dello sport) e degli aspetti legati al sesso, in particolare modalità e esigenze da parte delle femmine (come strutture adeguate per cambiarsi a scuola). Inoltre, i responsabili delle decisioni politiche dovrebbero dare più enfasi a più ampie

sfide nel contesto sociale, come la disponibilità di strutture. I dati dell'indagine HBSC qui presentati suggeriscono anche l'importanza di frenare il calo dell'attività fisica sia per i maschi che per le femmine quando diventano più grandi e di mettere a punto, perciò, delle iniziative su misura. Infine, l'intervento deve essere sensibile da un punto di vista culturale, data la grande varietà di livelli di attività nei 35 paesi e regioni per i quali sono disponibili i dati.

Bibliografia

1. Sallis J, Owen N. Physical activity and behavioural medicine. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
2. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996 (<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>, accessed 20 January 2004).
3. Shapiro CM et al. Fitness facilitates sleep. *European Journal of Applied Physiology*, 1984, 53:1–4.
4. Sallis JF, ed. Physical activity guidelines for adolescents (special issue). *Pediatric Exercise Science*, 1994, 6:299–463.
5. Riddoch C. Relationships between physical activity and health in young people. In: Biddle S, Sallis J, Cavill N, eds. *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – Evidence and implications*. London, Health Education Authority, 1998.
6. Malina R. Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 1996, 67(Suppl. 3):S1–S10.
7. Williams J Metal. Sports-related injuries among Scottish adolescents aged 11–15. *British Journal of Sports Medicine*, 1998, 32:291–296.
8. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1999, 32(5):963–975.
9. Hickman M, Roberts C, Gaspar de Matos M. Exercise and leisure time activities. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:73–82 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
10. Biddle S, Sallis J, Cavill N. Policy framework for young people and health-enhancing physical activity. In: Biddle S, Sallis J, Cavill N, eds. *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – Evidence and implications*. London, Health Education Authority, 1998.
11. Pate R, Trost S, Williams C. Critique of existing guidelines for physical activity in young people. In: Biddle S, Sallis J, Cavill N, eds. *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – Evidence and implications*. London, Health Education Authority, 1998.
12. Sallis JF, Patrick K. Physical activity guidelines for adolescents: consensus statement. *Pediatric Exercise Science*, 1994, 6:302–314.
13. Welk GJ, Corbin CB, Dale D. Measurement issues in the assessment of physical activity in children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 2000, 71(2):59–73.
14. Currie C et al. Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO cross-national survey (HBSC). Research protocol for the 1997/98 survey. Edinburgh, Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh, 1998.
15. Prochaska JJ, Sallis JF, Long B. A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine*, 2001, 155:554–559.
16. Telama R et al. Physical fitness, sporting lifestyles and Olympic ideals: cross-cultural studies on youth sport in Europe. Schorndorf, Hofmann, 2002 (Sports Science Studies, Vol. 11).
17. Institute of European Food Studies (Dublin). A pan-EU survey of consumer attitudes to physical activity, body-weight and health. Luxembourg, European Commission, 1999.
18. Logstrup S, ed. *Children and young people – the importance of physical activity*. Brussels, European Heart Health Initiative, 2001.

19. Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people. Mortality and Morbidity Weekly Report, 1997, 46(RR-6):1–36.
20. King A et al. The health of youth: a cross-national survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 69; http://www.euro.who.int/Information-Sources/Publications/Catalogue/20010911_53, accessed 28 January 2004).
21. King A, Coles B. The health of Canada's youth: views and behaviour of 11, 13 and 15 year-olds from 11 countries. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1992.
22. Young people and physical activity: a systematic review of research on barriers and facilitators. London, Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2001.

Comportamento sedentario – Joanna Todd and Dorothy Currie

Introduzione

Questa sezione prende in esame tre attività sedentarie in rapporto ai modelli dell'attività fisica dei giovani. Si è espressa grande preoccupazione per la quantità di tempo che i giovani trascorrono davanti alla televisione (1) e l'impatto che ciò ha sull'attività fisica. Allo stesso modo, l'utilizzo del computer, in rapido aumento durante l'ultimo decennio, è un'altra attività sedentaria molto popolare che potrebbe prendere il posto dell'attività fisica nel tempo libero. Alcuni studi dimostrano che usare troppo il computer produce effetti negativi sul benessere psicofisico delle persone (2). Inoltre, le ore passate a fare i compiti limitano ulteriormente il tempo a disposizione per le attività nel tempo libero.

La preoccupazione è che l'aumento del comportamento sedentario stia riducendo il consumo di energia, mentre il livello di assunzione di energia/calorie rimane inalterata, e da ciò deriva la sempre maggiore diffusione di problemi di sovrappeso e di obesità sia nei bambini che negli adolescenti (3-6). L'obesità nei bambini può essere causata da un piccolo squilibrio di energia per un certo periodo (7). Fra i problemi di salute che possono insorgere, rientrano il diabete mellito non-insulinodipendente, l'insorgere di fattori di rischio per malattie cardiovascolari, complicazioni polmonari e problemi psicosociali (8). Una sezione successiva di questo capitolo (pagg. 124-134) analizza il peso corporeo e il controllo del peso.

Sebbene la crescente popolarità della televisione e di altre attività sedentarie sia largamente percepita come qualcosa che contribuisce a formare una generazione sempre più inattiva, esistono delle evidenze che dimostrano come coloro che utilizzano molto gli apparecchi elettronici siano più attivi dal punto di vista fisico di coloro che li utilizzano poco (9,10). Inoltre, alcuni studi hanno riscontrato il rapporto positivo esistente tra l'uso appropriato del computer e il rendimento scolastico, la fiducia in se stessi e l'attività fisica di gruppo (9,11).

Metodi

Le domande sul comportamento sedentario sono complementari alla valutazione dell'attività fisica poiché valutano anche l'inattività fisica. Sono state utilizzate tre domande che riguardano: guardare la televisione e le videocassette, usare il computer e fare i compiti.

La distinzione delle attività sedentarie tra i giorni di scuola e il fine settimana si è rivelata importante per ottenere un quadro più accurato del tempo dedicato a svolgere le attività stesse. Vari fattori influenzano la quantità di partecipazione, a seconda che i giovani si trovino o no a scuola. Poiché la definizione di fine settimana varia tra paesi e anche all'interno, i dati sullo svolgimento di attività sedentarie nei giorni di scuola e nei fine settimana sono stati presentati separatamente.

Le domande sul tempo dedicato ad attività sedentarie sono state le seguenti:

- Di solito, nel tuo tempo libero, quante ore al giorno guardi la televisione (videocassette comprese)?
- Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno usi un computer (per giocare, scrivere o ricevere e-mail, chattare o navigare in Internet)?
- Di solito, al di fuori dell'orario scolastico, quante ore al giorno impieghi per fare i compiti?

Le risposte possibili, sia per i giorni di scuola che per i fine settimana, erano le stesse per tutte e tre le domande: Nessuna, Circa mezz'ora al giorno, Circa 1 ora al giorno, Circa 2 ore al giorno, Circa 3 ore al giorno, Circa 4 ore al giorno, Circa 5 ore al giorno, Circa 6 ore al giorno, Circa 7 ore o più al giorno. Le risposte sono state combinate per formare tre categorie:

- livelli alti di utilizzo della televisione (≥ 4 ore al giorno)

- livelli alti di utilizzo del computer (≥ 3 ore al giorno)
- tante ore passate a fare i compiti (≥ 3 ore al giorno).

Le categorie di tempo selezionate per l'analisi sono state definite per riflettere gli estremi di ciascuna attività, soprattutto nei giorni di scuola. Poiché i giovani possono prendere parte a più di un'attività sedentaria per volta – come fare i compiti al computer o mentre la televisione è accesa – non è appropriato sommare semplicemente il tempo impiegato per ciascuna attività.

Due domande hanno valutato i modelli di MVPA (attività fisica da moderata a impegnativa) come descritti nella sezione precedente. Sono state valutate la direzione e grandezza dell'associazione tra le tre attività secondarie e il MVPA. Le correlazioni di Spearman sono state calcolate mettendo in rapporto il numero di ore impiegate per ciascuna attività sedentaria ogni giorno di scuola e il numero medio di giorni con una o più ore di MVPA.

Risultati

Guardare la televisione e le videocassette

Più di un quarto di tutti gli intervistati (26%) riferisce percentuali alte di utilizzo della televisione tutti i giorni di scuola (Fig. 3.18). Questa percentuale sale fino al 45% nei fine settimana (Fig. 3.19). Le percentuali nei paesi e regioni, tranne Israele, i giovani guardano di più la televisione durante i fine settimana che nei giorni di scuola. I livelli nei paesi e regioni variano molto: tuttavia, dall'11% in Svizzera al 46% in Israele nei giorni di scuola e dal 28% in Italia al 70% in Ucraina nei fine settimana.

Nel complesso, la distribuzione delle percentuali nei paesi e nelle regioni evidenzia poca uniformità tra le percentuali che si riferiscono a guardare la televisione nei giorni di scuola e nei fine settimana o tra le percentuali delle fasce d'età. Tuttavia, alcuni paesi si trovano uniformemente nel quartile più alto (Estonia, Lettonia, Lituania e Ucraina) o in quello più basso (Austria e Svizzera) sia per le percentuali relative a guardare la televisione nei giorni di scuola e nei fine settimana sia per quelle in tutte le fasce d'età.

Non si possono fare confronti diretti con i dati dell'indagine HBSC del 1997/1998, poiché la domanda sull'utilizzo della televisione è leggermente cambiata (12).

Nella maggior parte dei paesi e delle regioni e in tutte le fasce d'età, le percentuali di maschi che guardano la televisione sono più elevate rispetto a quelle delle femmine (rispettivamente il 28% e il 24% nei giorni di scuola e il 48% e il 43% nei fine settimana). In alcuni paesi e regioni, le femmine di qualsiasi età riportano percentuali che sono simili o più alte di quelle dei maschi. La differenza assoluta fra i sessi superaramente il 10%. Nonostante visiano differenze geografiche nelle percentuali elevate di utilizzo della televisione, la differenza relativa fra i sessi non è grande. Le percentuali di maschi che guardano la televisione sono simili o fino a 1,5 volte più alte di quelle delle femmine.

Nella maggior parte dei paesi e delle regioni, le percentuali elevate di utilizzo della televisione nei fine settimana aumentano leggermente tra gli 11 e 13 anni. A 15 anni, le percentuali rimangono simili per quanto riguarda la visione nei fine settimana, per poi tornare allo stesso livello di quelle degli undicenni per quanto riguarda la visione nei giorni di scuola. Le differenze assolute tra le due età, di 11 e 15 anni, sono maggiori in Austria, Francia e Germania, dove l'uso nei fine settimana aumenta di circa il 20%. Questi tre paesi, tuttavia, sono tutti nel quartile più basso per le percentuali elevate di utilizzo della televisione nei fine settimana all'età di 11 anni.

Utilizzo del computer

In tutti i paesi e regioni, la percentuale di giovani che dichiara di usare molto il computer è più alta nei fine settimana che nei giorni di scuola (Fig. 3.20 e 3.21). Le cifre variano nei paesi e nelle regioni di oltre il 20%, passando dal 7% in Svizzera al 30% in Israele nei giorni di scuola e dall'11% in Italia al 35% in Israele nei fine settimana.

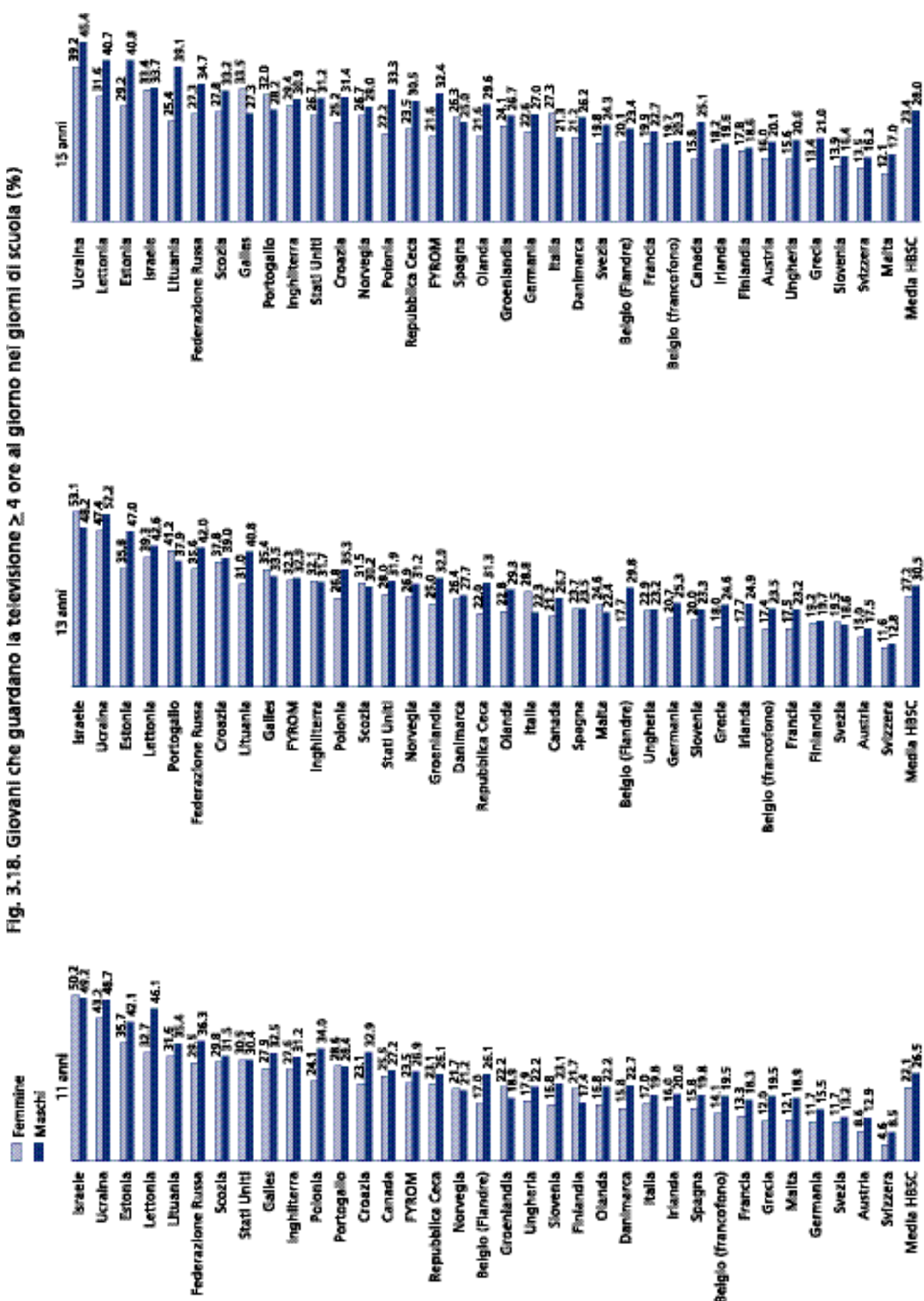
Fig. 3.18. Giovani che guardano la televisione ≥ 4 ore al giorno nei giorni di scuola (%)

Fig. 3.19. Giovani che guardano la televisione ≥ 4 ore al giorno nei fine settimana (%)

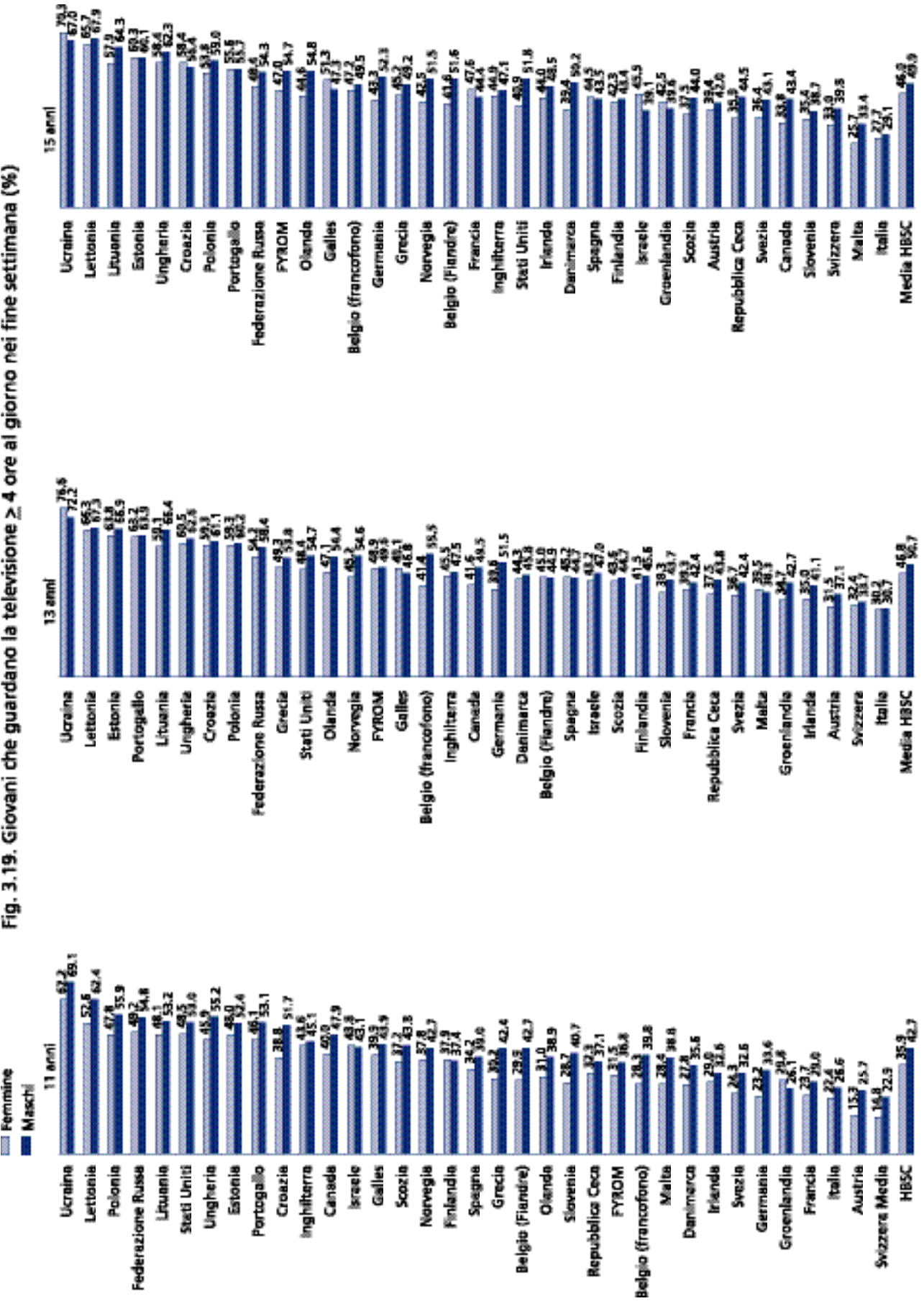
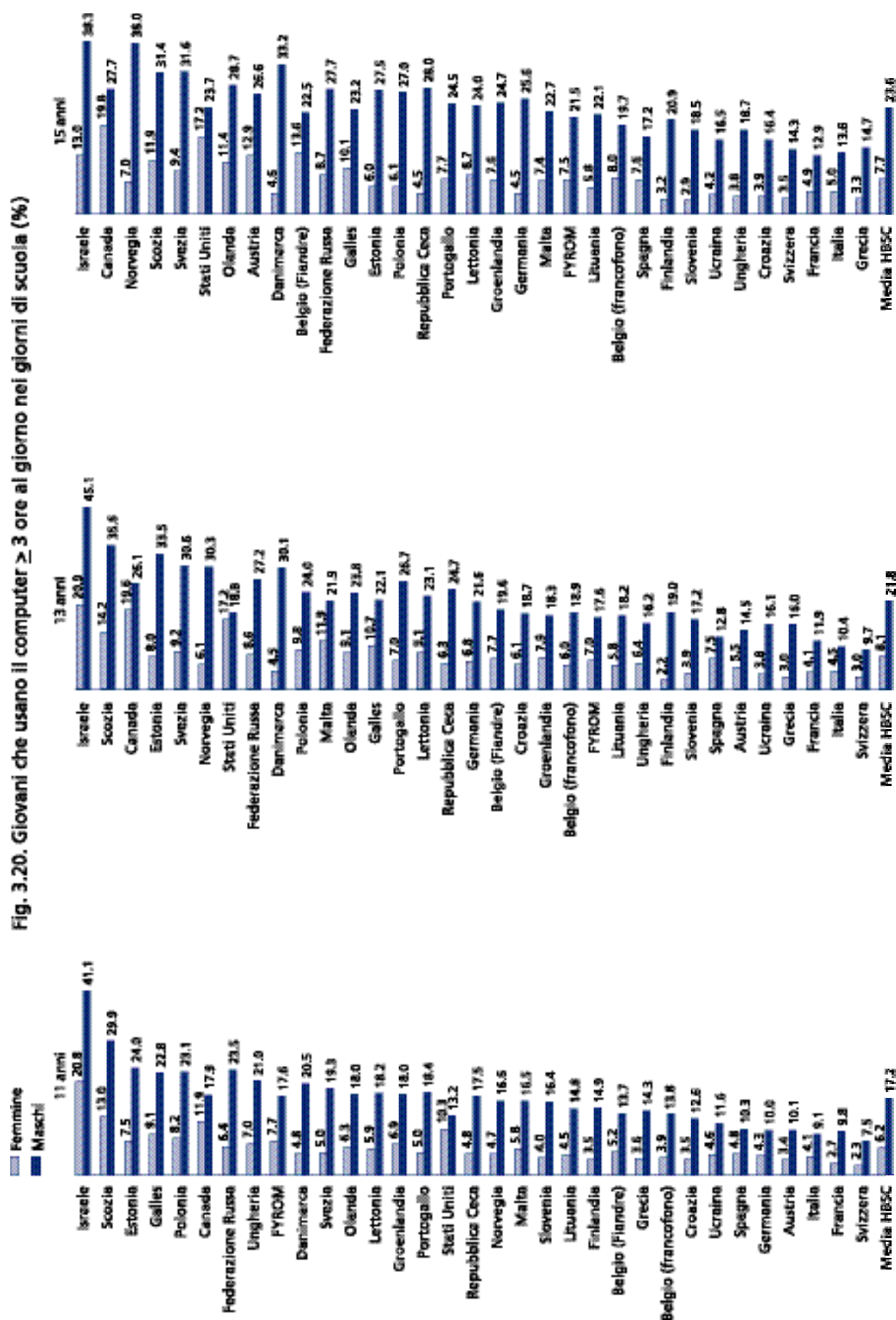
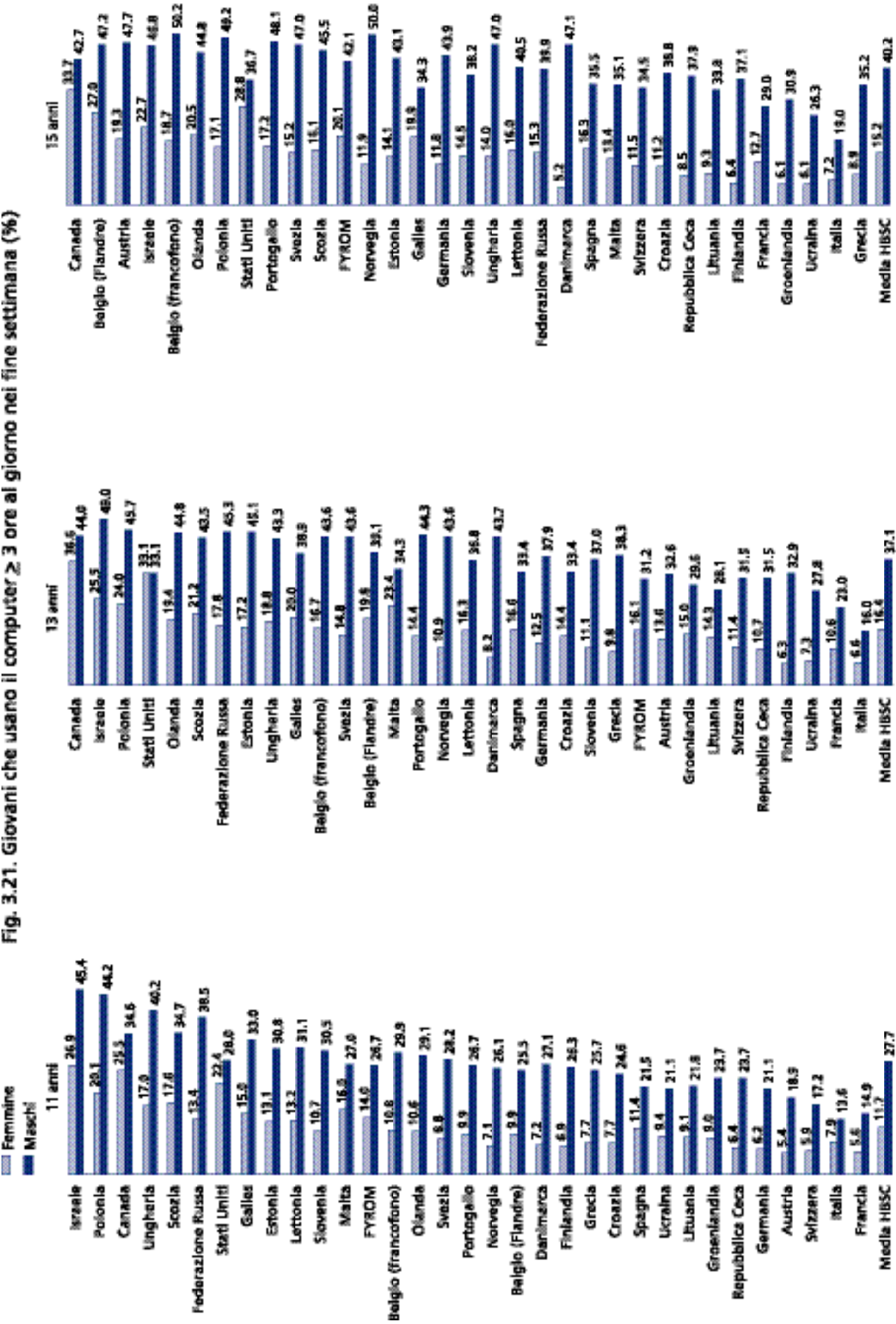


Fig. 3.20. Giovani che usano il computer ≥ 3 ore al giorno nei giorni di scuola (%)

Nota: Dati non disponibili per Inghilterra e Irlanda.

Fig. 3.21. Giovani che usano il computer ≥ 3 ore al giorno nel fine settimana (%)



La distribuzione delle percentuali nei paesi e nelle regioni varia tra l'utilizzo che si fa nei giorni di scuola e nel fine settimana e tra fasce d'età. Alcuni paesi sono in tutti i casi uniformemente nella fascia alta (Canada e Israele) o in quella bassa (Francia e Italia). In tutti i paesi e regioni, sono più i maschi rispetto alle femmine ad usare molto il computer sia nei giorni di scuola che nel fine settimana (rispettivamente il 21% e il 7% nei giorni di scuola e il 35% e il 15% nel fine settimana). Le differenze relative tra i sessi sono più basse in Canada, Stati Uniti e più alte in Danimarca e Finlandia, dove le percentuali dei maschi sono 6 volte maggiori di quelle delle femmine per l'uso del computer nei giorni di scuola e di circa cinque volte maggiori di quelle per l'uso durante il fine settimana. La netta differenza fra i sessi appare in tutte e tre le fasce d'età.

L'uso del computer aumenta con l'età nella maggior parte dei paesi, soprattutto tra gli 11 e i 13 anni. Di conseguenza, esistono delle differenze tra paesi e regioni: l'uso del computer continua ad aumentare in alcuni, mentre in altri paesi diminuisce o rimane stabile all'età di 13 anni. Maschi e femmine mostrano andamenti diversi in rapporto all'età. In quasi tutti i paesi e regioni, una più alta percentuale di maschi mostra un utilizzo elevato del computer all'età di 15 anni rispetto agli 11 anni. Il quadro è più complesso fra le femmine, con alcuni paesi e regioni che riportano aumenti nell'utilizzo del computer tra l'età di 11 e 15 anni, mentre un terzo riporta dei cali.

Compiti per casa

Le percentuali medie di giovani che impiegano diverse ore a fare i compiti nei giorni di scuola e nel fine settimana sono le stesse: il 19% (Figg. 3.22 e 3.23). C'è una netta differenza nei paesi e regioni, con percentuali che oscillano tra il 2% in Finlandia fino al 60% in Grecia nei giorni di scuola e dal 2% in Finlandia al 54% in Grecia nel fine settimana.

In circa la metà dei paesi e delle regioni, sono di più i giovani che dichiarano di trascorrere tre o più ore a fare i compiti nei giorni di scuola rispetto al fine settimana, mentre si verifica il contrario per l'altra metà. Il Belgio (Fiandre) riporta il maggiore incremento relativo, dal 14% nei giorni di scuola al 24% nel fine settimana. La Norvegia riporta il maggiore calo relativo, dal 12% nei giorni di scuola al 4% nel fine settimana. La distribuzione delle percentuali nei paesi e delle regioni è diversa tra i giorni di scuola e il fine settimana e tra le fasce d'età. Alcuni paesi, tuttavia, sono uniformemente nella fascia alta (Croazia, Grecia, Ungheria, Malta, e la Federazione Russa) o in quella bassa (Finlandia e Svezia) sia per quanto riguarda i giorni di scuola e i fine settimana che per tutte le fasce d'età.

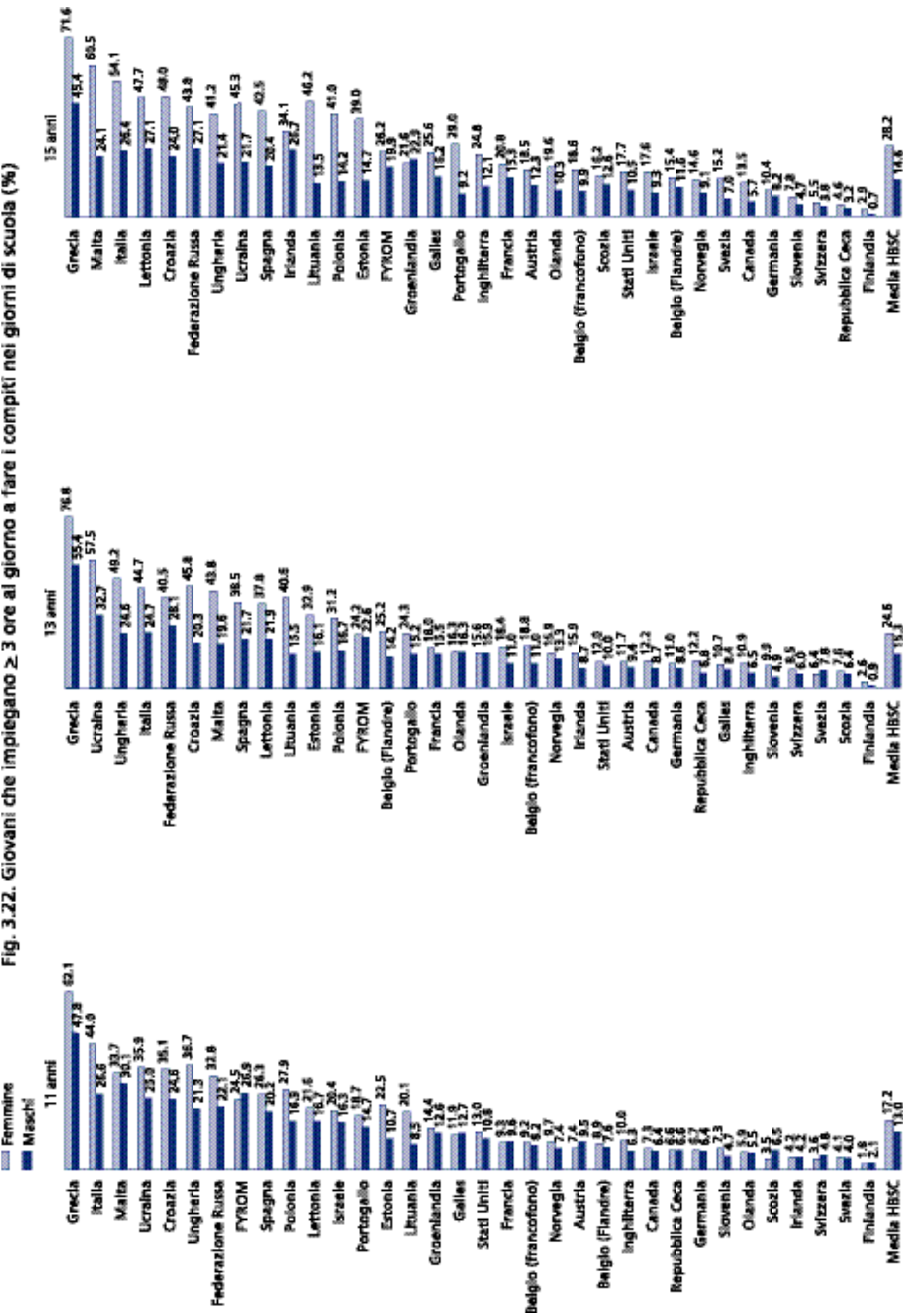
In tutti i paesi e regioni tranne uno, sono più le femmine rispetto ai maschi a dedicare diverse ore ai compiti sia nei giorni di scuola che nel fine settimana. La differenza tra i sessi è maggiore in Lituania: la percentuale è 2,5 volte maggiore di quella per i maschi. In generale, le percentuali per le femmine sono 1,2-2 volte maggiori di quelle per i maschi. Mentre la differenza tra i sessi è meno evidente all'età di 11 anni, nella maggior parte dei paesi e delle regioni questa è evidente sia nei giorni di scuola che nel fine settimana all'età di 13 e 15 anni.

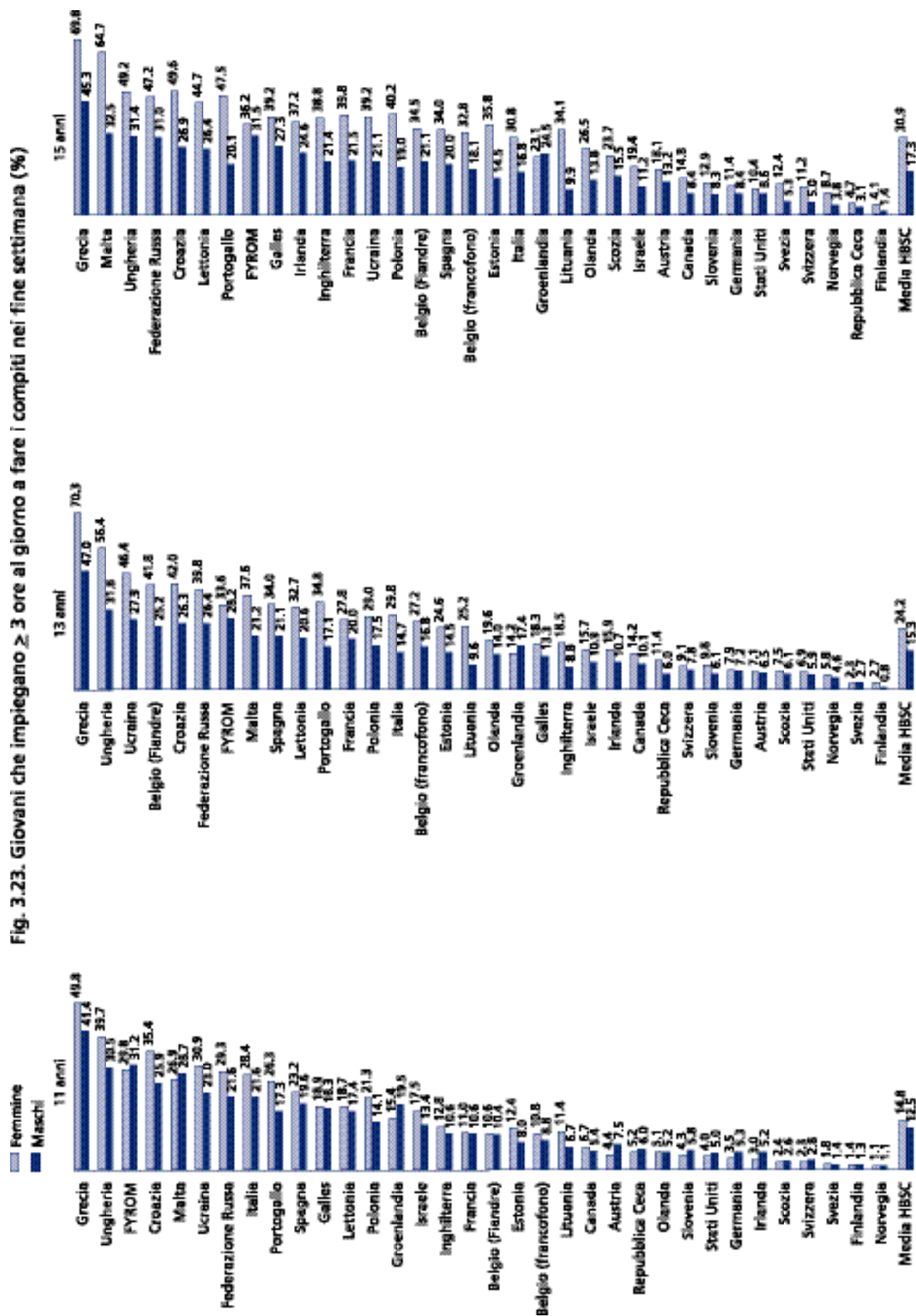
Le percentuali di giovani che impiegano tante ore a fare i compiti, sia nei giorni di scuola che nel fine settimana, aumenta con l'età, ed è maggiore fra gli 11 e i 13 anni che fra i 13 e i 15 anni.

Le femmine e i maschi mostrano andamenti diversi a seconda dell'età. Fra le femmine, solo la Repubblica Ceca e Israele mostrano un calo nelle percentuali tra gli 11 e i 15 anni sia nei giorni di scuola che nel fine settimana. Fra i maschi, tuttavia, si riscontra un calo tra gli 11 e i 15 anni in circa la metà dei paesi e delle regioni, ma solo in quattro per quanto riguarda i compiti nel fine settimana.

Associazioni tra comportamento sedentario e attività fisica

L'analisi delle associazioni tra i modelli dichiarati di comportamento sedentario e attività fisica ha mostrato delle differenze fra le diverse aree geografiche e fra i sessi, con la più alta correlazione significativa pari allo 0,17. Nonostante non sia stata riscontrata in tutti i paesi una uniformità di valori della direzione della relazione tra comportamento sedentario e attività fisica, è comunque possibile delineare alcune tendenze.





Per le femmine, si è riscontrata un'associazione negativa significativa tra l'uso della televisione e l'attività fisica nella maggior parte dei paesi e delle regioni: vale a dire, l'attività fisica diminuisce mentre aumenta l'uso della televisione. Solo la metà dei paesi e delle regioni ha mostrato un'associazione positiva significativa tra uso del computer/ore trascorse a fare i compiti e l'attività fisica.

Nella maggior parte dei paesi e delle regioni, non esistono associazioni significative tra l'attività fisica e il comportamento sedentario per i maschi. Laddove si riscontra un'associazione significativa, la si ha tra l'uso della televisione e l'attività fisica ed è per lo più negativa, così come quella tra l'uso del computer e l'attività fisica. Si verifica il contrario rispetto al modello osservato per le femmine. Nei pochi paesi con una relazione significativa tra le ore trascorse a fare i compiti e l'attività fisica per i maschi, la direzione della relazione varia e non rivela un modello chiaro.

Conclusioni

Le percentuali di giovani che guardano molto la televisione, usano il computer e dedicano tante ore ai compiti, mostrano grandi differenze tra aree geografiche, ma la prima di queste attività sedentarie è la più diffusa. Sono di più i giovani che dichiarano di guardare molto la televisione piuttosto che di usare il computer o di dedicare tante ore ai compiti nei giorni di scuola in 29 paesi e regioni su 35 e nei fine settimana in 33 paesi e regioni su 35. Oltre il 25% dichiara di guardare la televisione o le videocassette per 4 ore al giorno nei giorni di scuola e quasi il 50% lo fa nei fine settimana.

Quindi, guardare la televisione occupa una buona parte del tempo libero dei giovani in molti paesi e regioni. Questo dato è fonte di preoccupazione dal momento che sono state riscontrate delle associazioni tra il fatto di guardare la televisione da una parte e l'obesità e il consumo di cibi altamente calorici (7) dall'altra, oltre al fatto che il tempo passato davanti alla televisione riduce il tempo disponibile per passare tempo attivi. La Società Americana di Pediatria (American Academy of Paediatrics) ha raccomandato di non lasciare i bambini davanti alla televisione per più di 2 ore al giorno (1). Una grande percentuale di giovani intervistati non rispetta questa raccomandazione.

Com'è da aspettarsi, in tutti i paesi e regioni, sono di più i giovani che dichiarano di guardare molto la televisione (tranne Israele) e usare il computer nei fine settimana quando hanno più tempo libero. In Israele, le pratiche religiose possono ridurre di molto l'uso dei media nei fine settimana.

Una serie di fattori potrebbe spiegare l'uso elevato che i giovani fanno di televisione e computer. La varietà e la qualità dei programmi televisivi si differenzia molto nei paesi e questo, insieme alle abitudini culturali e/o genitoriali, potrebbe influire sul tempo che i giovani passano davanti alla televisione. L'uso elevato dei media dipende dall'accessibilità alle apparecchiature, e gli andamenti delle percentuali relative all'uso elevato del computer potrebbero in qualche misura riflettere tutto questo. In alcuni dei paesi e delle regioni più ricche con un elevato numero di persone che possiedono un computer, la percentuale di giovani che dichiarano di usarlo molto è bassa in confronto, e ciò indica che l'accessibilità è solo in parte una spiegazione. Inoltre, il costo di accesso a Internet potrebbe incidere sul tempo passato al computer e l'introduzione di videogame e playstation in molti paesi potrebbe averlo ridotto. Il modo in cui i giovani usano il computer sta cambiando in molti paesi. Scaricare musica e chattare sono pratiche sempre più diffuse e offrono un potenziale maggiore di aggiungere un elemento di socializzazione a questa attività sedentaria.

Un uso elevato della televisione o del computer potrebbe essere percepito come positivo o negativo, a seconda del contenuto dei programmi televisivi e dello scopo per il quale si usa il computer. Le variazioni geografiche nelle percentuali di coloro che dichiarano di trascorrere tante ore a fare i compiti ai giorni di scuola che nei fine settimana potrebbero riflettere le differenze nei sistemi scolastici e/o nell'orario scolastico. Nelle scuole con il tempo normale, gli studenti potrebbero di solito avere una certa quantità di compiti da fare a casa. Tuttavia, nelle scuole che offrono il tempo pieno o prolungato, di norma non vi dovrebbero essere compiti per casa. Frequentare le lezioni private potrebbe aumentare la mole di compiti, così come avviene in Grecia. In alcuni paesi, il programma scolastico può essere così fitto e/o impegnativo che i giovani sono costretti a fare altri compiti a casa, senza tener conto della lunghezza

dell'orario scolastico. Anche l'atteggiamento nei confronti dei compiti e il valore che si dà al rendimento scolastico possono variare a seconda dei diversi sistemi scolastici e paesi.

Anche se le percentuali di giovani che dichiarano di partecipare molto a tutte e tre le attività cambiano con l'età, le variazioni non mostrano un andamento chiaro e si differenziano tra femmine e maschi. Le percentuali di maschi che dichiarano di usare molto il computer nei giorni di scuola e nei fine settimana, e quelle di coloro che dicono di guardare molto la televisione e di dedicare tante ore ai compiti nei fine settimana, aumentano tra gli 11 e i 15 anni in quasi tutti i paesi e regioni. Nei maschi i cambiamenti relativi all'uso della televisione e al tempo passato a fare i compiti nei giorni di scuola variano a seconda dell'età. Per le femmine, in quasi tutti i paesi e regioni, le molte ore impiegate a fare i compiti nei giorni di scuola e nei fine settimana e il tempo passato davanti alla televisione nei fine settimana aumentano tra gli 11 e i 15 anni. Nelle femmine i cambiamenti relativi all'uso della televisione nei giorni di scuola e nei fine settimana variano a seconda dell'età. Sia nei vari paesi che all'interno di ciascun paese, è probabile che maschi e femmine gestiscano in modi diversi, da un lato il bisogno di socializzare che aumenta con l'età e dall'altro quello di raggiungere un buon rendimento scolastico. Queste pressioni dipendono dalle priorità di ciascun individuo e sono a loro volta influenzate dalle regole sociali di ogni paese.

Tutte e tre le attività sedentarie mostrano delle differenze costanti tra i sessi che possono variare. La differenza più grande riguarda l'uso del computer: nella maggior parte dei paesi e delle regioni, la percentuale complessiva di maschi che dichiara di farne un uso elevato è almeno il doppio di quella delle femmine. Riguardo ai compiti, la differenza tra i sessi è meno evidente e va nella direzione opposta, con 1,2-2 volte più femmine rispetto ai maschi che dichiarano di impiegare tante ore a fare i compiti. La differenza per quanto riguarda guardare la televisione è minima in confronto alle altre due attività, con un po' più di maschi che riferiscono di guardarla di più rispetto alle femmine.

Le associazioni riscontrate tra le tre attività sedentarie e l'attività fisica sono tutte molto deboli. Esse rivelano delle differenze tra i sessi, età e aree geografiche e non fanno emergere un modello chiaro. L'immagine contraddittoria dell'associazione tra uso del computer/compiti e attività fisica potrebbe essere in parte attribuita alle grandi differenze tra i sessi riscontrate in queste attività secondarie. D'altra parte, la differenza tra i sessi relativamente minima nell'uso della televisione, potrebbe contribuire a un andamento più consistente, vale a dire di un'associazione negativa debole tra uso della televisione e attività fisica nei paesi e nelle regioni.

I dati non dimostrano che alte percentuali di comportamento sedentario sono direttamente collegate a percentuali basse di attività fisica; inoltre implicano che ridurre le ore davanti alla televisione potrebbe non avere un impatto significativo sul consumo di energie. Guardare la televisione e le videocassette potrebbe influire, tuttavia, sull'equilibrio energetico in generale, attraverso la sua associazione con un aumentato apporto energetico e perciò contribuire all'obesità infantile.

Riassumendo, sebbene la partecipazione a queste attività sedentarie vari in maniera considerevole, non esiste un chiaro modello dei paesi e nelle regioni nei quartili più alti e più bassi. Paesi e regioni mostrano somiglianze più chiare nella differenza tra i sessi che è consistente nelle percentuali elevate di uso del computer e di ore impiegate a fare i compiti. Mentre il fatto di guardare la televisione e le videocassette è diffuso ugualmente sia tra maschi che tra femmine, le percentuali elevate di uso del computer sono più diffuse tra i maschi mentre quelle che si riferiscono alle molte ore impiegate a fare i compiti lo sono tra le femmine. La prima affermazione può spiegarsi con il fatto che maschi e femmine usano il computer in modo diverso. Tuttavia, non si possono trarre delle conclusioni in questa sede, dal momento che l'indagine HBSC del 2001/2002 non ha esaminato i diversi tipi di attività al computer.

Tuttavia, ci lascia più disorientati la persistente differenza tra i sessi riguardo alle ore impiegate a fare i compiti, dal momento che si suppone che sia i maschi che le femmine ricevano la stessa quantità di compiti. I maschi lavorano più velocemente delle femmine e perciò finiscono i compiti in meno tempo? Le femmine sono più scrupolose dei maschi e per questo ci mettono più tempo e impegno a fare i compiti? Le femmine sono più motivate dal punto di vista scolastico? Questa differenza tra i sessi diminuirà con il raggiungimento di una maggiore uguaglianza tra i sessi nella Regione europea dell'OMS e

nel Nord America? Queste domande suscitano delle curiosità che forse solo una ricerca qualitativa potrà soddisfare.

Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics. Children, adolescents, and television. *Pediatrics*, 2001, 107(2):423–426.
2. Kraut R et al. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychology*, 1998, 53:1017–1031.
3. Dietz WH, Gortmaker SL. Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics*, 1985, 75(5):807–812.
4. Andersen RE et al. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children. *JAMA*, 1998, 279(12):938–942.
5. Hernandez B et al. Association of obesity with physical activity, television programs and other forms of video viewing among children in Mexico City. *International Journal of Obesity*, 1999, 23:845–854.
6. Guan-Sheng MA et al. Effect of television viewing on pediatric obesity. *Biomedical and Environmental Sciences*, 2002, 15:291–297.
7. Dietz W. Factors associated with childhood obesity. *Nutrition*, 1991, 7(4):290–291.
8. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public health crisis, common sense cure. *Lancet*, 2002, 360:473–482.
9. Ho SMY, Lee TMC. Computer use and its relationship with adolescent lifestyle in Hong Kong. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 29:259–266.
10. Marshall SJ et al. Clustering of sedentary behaviours and physical activity among youth: a cross-national study. *Pediatric Exercise Science*, 2002, 14(4):401–417.
11. Rocheleau B. Computer use by school-age children: trends, patterns, and predictors. *Journal of Educational Computing Research*, 1995, 12(1):1–17.
12. Hickman M, Roberts C, Gaspar de Matos M. Exercise and leisure time activities. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:73–82 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).

Abitudini alimentari – Carine Vereecken, Kristiina Ojala and Marina Delgrande Jordan

Introduzione

L'adolescenza è un periodo in cui aumenta il bisogno fisiologico di nutrienti ed è particolarmente importante seguire una dieta di alta qualità dal punto di vista nutrizionale (1). L'OMS afferma che i giovani che sviluppano abitudini alimentari sane da piccoli hanno più probabilità di mantenerle da adulti e che tutti ciò che riduce il rischio di malattie croniche, come quelle cardiovascolari, il cancro, il diabete mellito non-insulino dipendente e l'osteoporosi (2,3).

È probabile che una dieta appropriata e bilanciata durante l'infanzia e l'adolescenza riduca il rischio di immediati problemi di salute, come la carie dentale, l'anemia, il ritardo nella crescita, il sovrappeso e l'obesità. Anche i modelli di alimentazione sono importanti. Per esempio, saltare la colazione porta a un affaticamento a metà mattina e interferisce con l'apprendimento e le capacità cognitive, effetti che sono più evidenti nei giovani a rischio dal punto di vista nutrizionale rispetto a quelli che si nutrono bene (4). Quelli che saltano la colazione sembrano più propensi a consumare merendine ad alto contenuto di grassi e con poche fibre durante il resto della giornata (5). Inoltre, il fatto di fare colazione, soprattutto se questa comprende cereali con minerali aggiunti, è stato associato con una condizione nutrizionale (6) complessivamente migliore e i giovani che fanno almeno due pasti al giorno, con o senza merendine, hanno una dieta più ricca di nutrienti (7).

I fattori sociali influenzano molto ciò che si mangia, soprattutto durante l'adolescenza. Le abitudini alimentari dei giovani riflettono la sempre minor influenza della famiglia e l'aumento dell'influenza degli amici sulle scelte alimentari e sullo schema dei pasti. I cambiamenti delle abitudini alimentari a quest'età possono essere associati con il bisogno di esprimere l'indipendenza dai genitori e la formazione della propria identità (8,9). Questa crescente autonomia si può riscontrare nell'aumento dei pasti consumati fuori casa o fuori dalla scuola che spesso comprendono cibi pronti d'asporto (10). I bambini e gli adolescenti sono influenzati anche dal commercio e dalla pubblicità a loro rivolta.

Un altro condizionamento delle abitudini alimentari è la pressione esercitata dai modelli culturali, predominanti nei paesi industrializzati, dalla ricerca di un corpo cosiddetto ideale. Il desiderio di essere snelli e il rifiuto dell'obesità potrebbero essere una delle principali preoccupazioni per i giovani, e questo potrebbe avere un effetto significativo sull'immagine di sé, sull'apprezzamento del proprio corpo e sull'autostima.

Certe abitudini alimentari potrebbero compromettere i contenuti dietetici durante l'adolescenza, poiché potrebbero ridurre il consumo di frutta e verdura, fonti importanti di carboidrati, vitamine e minerali. Un abbondante e regolare consumo di frutta e verdura può diminuire il rischio di sviluppare malattie degenerative croniche. Il consumo di bibite e dolci, che contengono calorie vuote, cioè cibi che non hanno nutrienti ma solo calorie, impedisce l'assunzione di cibi più nutrienti e l'osservanza degli attuali principi dietetici (11). Inoltre, si è evidenziato che il consumo di bibite con aggiunta di zucchero è collegato all'aumento dell'obesità (12).

Metodi

Risultato difficile valutare le abitudini alimentari nei bambini e negli adolescenti. Questa sfida è resa ancor più difficile dalle differenze culturali e climatiche nei vari paesi e regioni dell'indagine HBSC. Gli strumenti di valutazione standard, come i diari alimentari con i ripetuti riferimenti al periodo di 24 ore, sono costosi, richiedono tempo e rimangono al di fuori del campo d'indagine di questo studio. Questionari dettagliati sulla frequenza dell'assunzione di cibo non sono adatti a causa dei limiti di spazio nel questionario standard internazionale e dell'ampia variazione nei modelli dietetici. L'indagine del 2001/2002 utilizza quindi una serie di domande che interessano la maggior parte dei paesi e delle regioni e che riflettono

abitudini alimentari generali a livello transnazionale: gli schemi dei pasti e il consumo di frutta, verdura, dolci e bibite. Le domande sulla frequenza della colazione, pranzo (pasto di mezzogiorno) e cena (pasto della sera) valutano lo schema dei pasti. Ai giovani è stato chiesto di rispondere separatamente per i giorni di scuola e la domenica.

Disolito, quante volte fai colazione (si intende qualcosa di più che una tazza di latte o tè o un succo di frutta)? Le risposte possibili per i giorni di scuola erano: Non facciamo colazione nei giorni di scuola, Un giorno alla settimana, Due giorni alla settimana, Tre giorni alla settimana, Quattro giorni alla settimana, Cinque giorni alla settimana. Le risposte possibili per la domenica erano: Non facciamo colazione di domenica, Disolito faccio colazione di domenica.

Lo stesso tipo di domanda è stata rivolta per tutti e tre i pasti, ma i dati presentati si riferiscono solo alla colazione, poiché è il pasto che i giovani saltano con più frequenza.

La domanda sul consumo di cibo è stata: Disolito, quante volte alla settimana mangi o bevi... Frutta/Verdura/Dolci (caramelle o cioccolato)/Coccola o altre bibite con zucchero? Le risposte possibili erano: Mai; Meno di una volta alla settimana; Una volta alla settimana; 2–4 giorni alla settimana; 5–6 giorni alla settimana; Una volta al giorno, tutti i giorni; Più di una volta al giorno, tutti i giorni.

Le risposte possibili per l'indagine del 2001/2002 sono state rielaborate e rese più esaurienti, e pertanto non è possibile per queste variabili fare i confronti con i dati di precedenti indagini HBSC.

Risultati

I confronti fra i paesi devono essere fatti con cautela. Come abbiamo notato, i fattori culturali richiedono una particolare considerazione quando si osservano le differenze transnazionali nelle abitudini alimentari. Per esempio, i piatti regionali potrebbero contenere molte verdure nascoste (per esempio in piatti combination nelle mense) e questo potrebbe influenzare l'andamento delle percentuali dei paesi e delle regioni. Le differenze stagionali al momento della somministrazione del questionario potrebbero influire sul consumo di frutta, verdura e bibite. Anche la disponibilità e il prezzo dei prodotti alimentari nei vari paesi potrebbe influire sulle differenze geografiche.

Colazione al mattino

La Fig. 3.24 evidenzia le percentuali dei giovani che fanno colazione ogni mattina nei giorni di scuola: in media il 69% dei maschi e il 60% delle femmine. Le cifre indicano grandi differenze geografiche, tuttavia, con variazioni del 44–90% per gli undicenni, del 36–79% per i tredicenni e del 34–75% per i quindicenni.

I maschi fanno colazione più spesso delle femmine. Questa differenza fra i sessi diventa più marcata con l'età: fra gli 11 e 15 anni, il consumo della colazione crolla del 9% fra i maschi e del 17% fra le femmine. In Inghilterra, Scozia e Galles, questa differenza raggiunge il 20% all'età di 15 anni. La diminuzione con l'avanzare dell'età è più marcata nelle femmine in Olanda: 29%.

Consumo di frutta

In media solo il 30% dei maschi e il 37% delle femmine dichiara di mangiare frutta ogni giorno. Il consumo è più alto in Israele (il 49% dei maschi e il 54% delle femmine) e più basso in Estonia (il 17% dei maschi e il 23% delle femmine) (Fig. 3.25).

Le percentuali complessive di giovani che consumano frutta cinque o più giorni alla settimana sono del 45% per i maschi e del 51% per le femmine, con risposte che variano dal 30% al 67%. In 16 paesi e regioni più del 25% dei giovani consumano raramente frutta (una volta alla settimana o meno). In quasi tutti i paesi e regioni, sono più le femmine che dichiarano di consumare frutta ogni giorno, sebbene vi sia una notevole variazione geografica.

In tutti i paesi e regioni tranne che in Italia, la percentuale di giovani che consuma frutta ogni giorno diminuisce con l'età. Questo calo è maggiore nei maschi: più del 10% in due terzi dei paesi e delle regioni. Le femmine mostrano una percentuale simile soltanto in un terzo dei paesi.

Fig. 3.24. Giovani che fanno colazione tutti i giorni prima di andare a scuola (%)

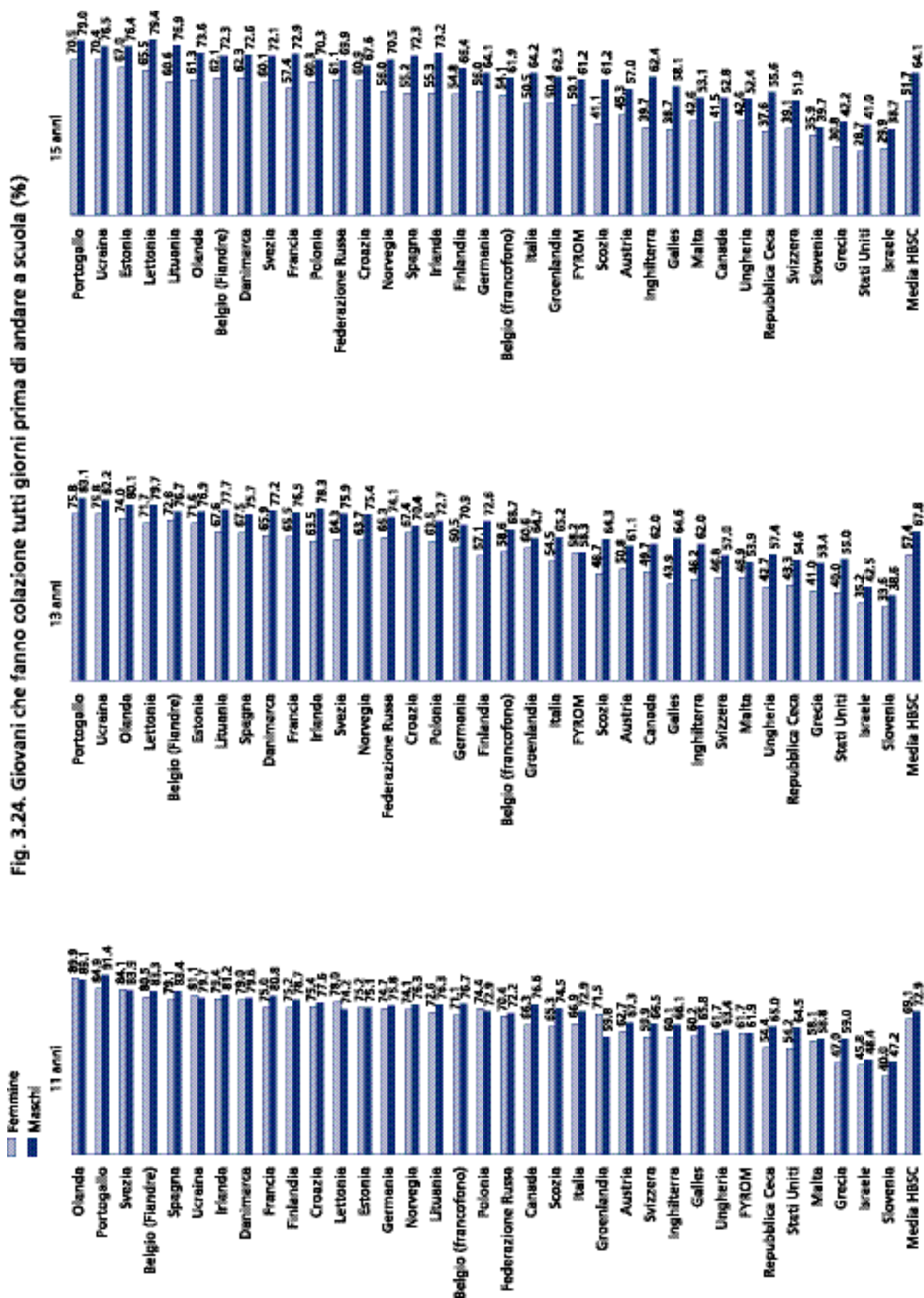


Fig. 3.25. Giovani che mangiano frutta tutti i giorni (%)

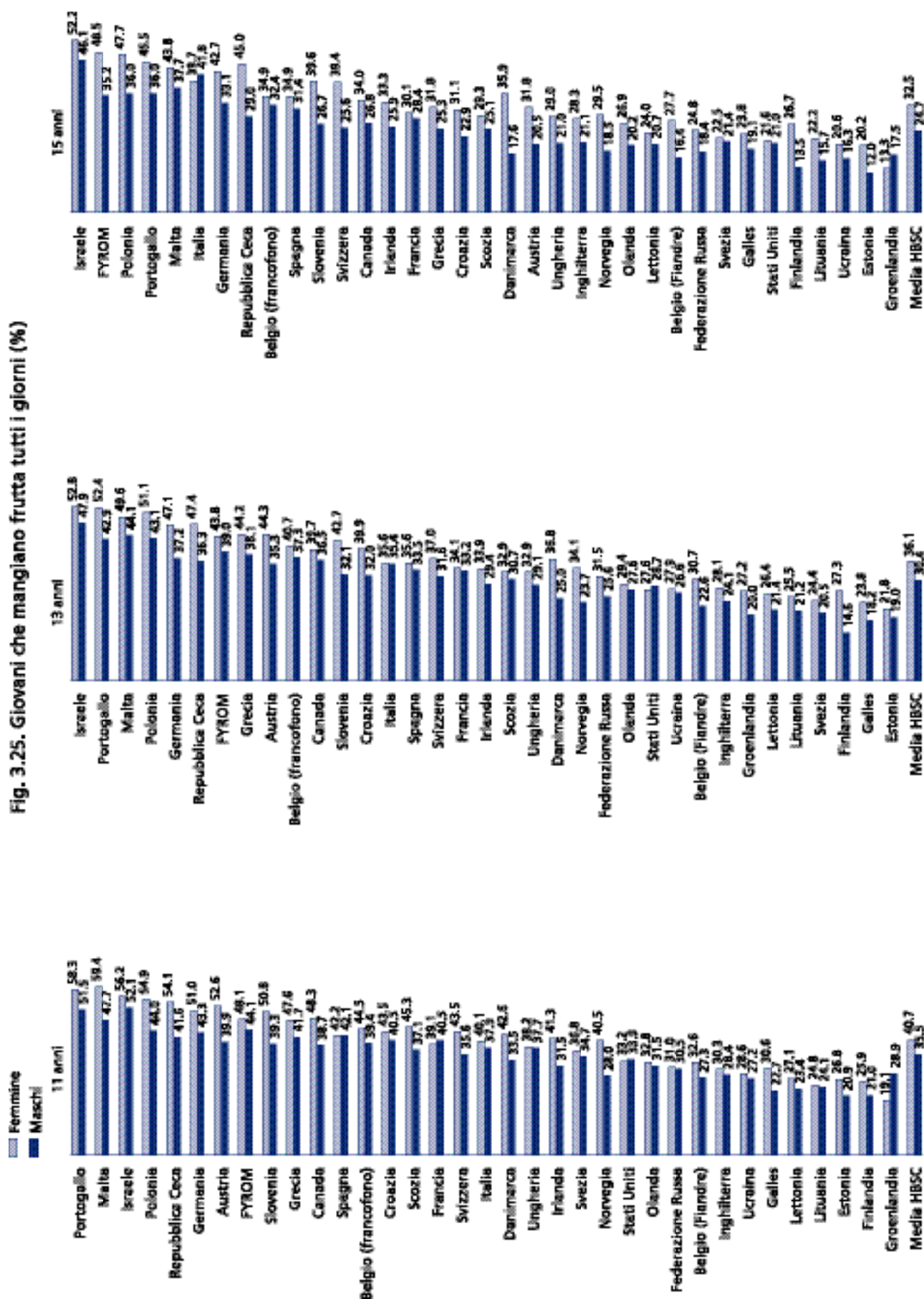
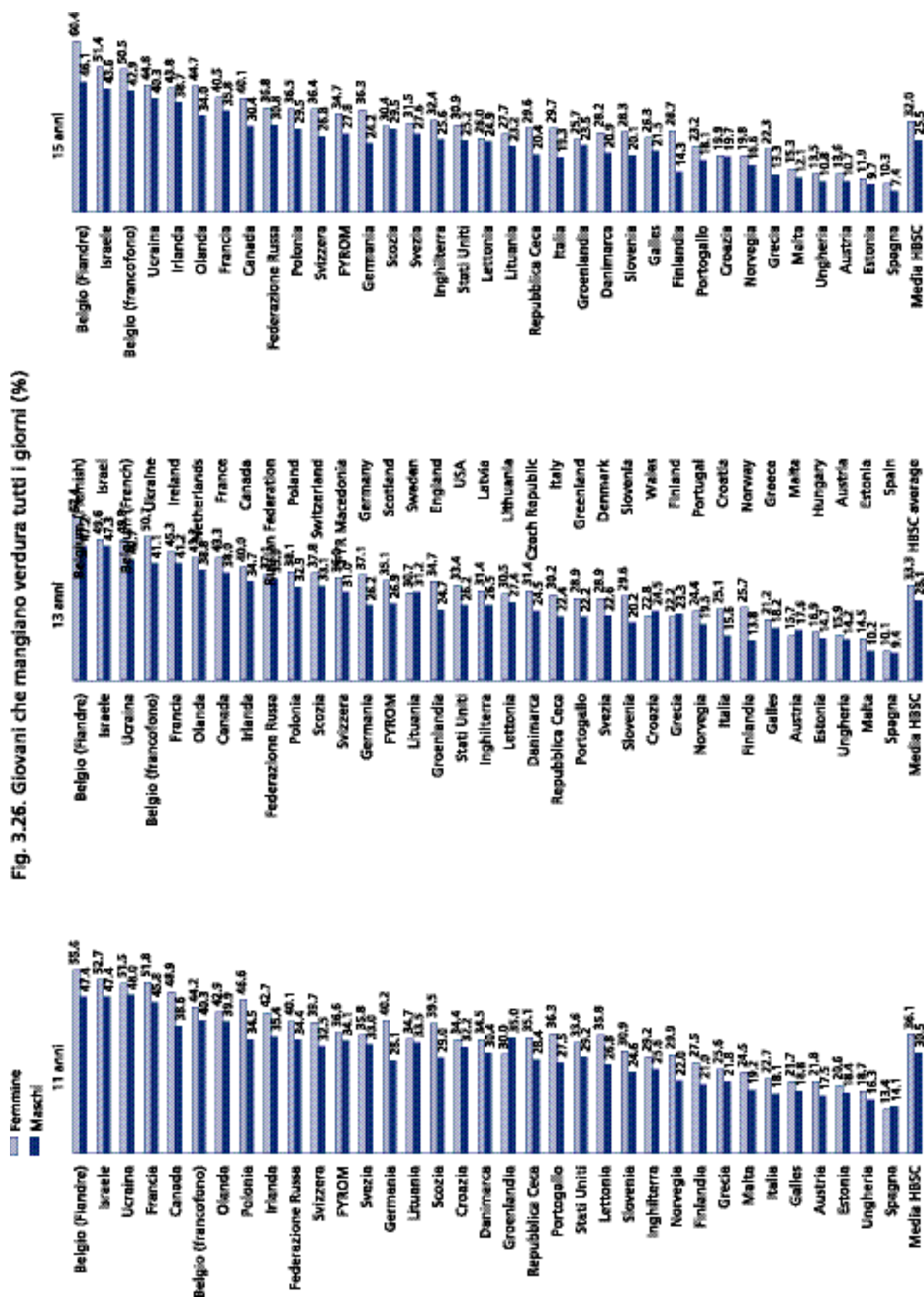


Fig. 3.26. Giovani che mangiano verdura tutti i giorni (%)



Consumo di verdura

In tutti i paesi e regioni tranne che in Belgio (Fiandre), meno del 50% dei giovani riferisce di consumare verdura tutti i giorni (Fig. 3.26).

Come avviene per il consumo di frutta, le femmine generalmente consumano verdura più spesso dei maschi (rispettivamente il 34% e il 28%). Questa differenza supera il 10% in tre paesi e regioni (Belgio (Fiandre), Finlandia e Germania) e supera il 5% in altri 17.

Il confronto fra le tre fasce d'età indica un lieve calo complessivo di circa il 4-5% tra gli 11 e i 15 anni. Il calo nel consumo quotidiano di verdura tra gli 11 e 15 anni è maggiore del 10% per entrambi i sessi in Croazia e Francia, per i maschi in Groenlandia e Lituania e per le femmine in Norvegia e Portogallo.

Bibite

In Israele, Malta, Olanda, Slovenia, Scozia e Stati Uniti, il consumo quotidiano di bibite è del 40% o più (Fig. 3.27). Il consumo è più basso in tutte le fasce d'età in alcuni paesi Scandinavi (Danimarca, Finlandia e Svezia), nei paesi Baltici (Estonia, Lettonia e Lituania), e in Grecia e Ucraina, dove meno del 20% riferisce di bere bibite ogni giorno.

Mentre il 32% dei maschi e il 25% delle femmine beve ogni giorno bibite zuccherate, il 32% dei maschi e il 43% delle femmine non le bevono più di una volta alla settimana. Ancora una volta vi sono grandi differenze nei paesi e nelle regioni: per esempio, dal 18% per la Scozia, al 60% per la Lituania.

Al contrario del consumo di frutta e verdura, sono più i maschi delle femmine a bere bibite ogni giorno nella maggior parte dei paesi e delle regioni e in tutte le fasce d'età, con pochissime eccezioni. Sebbene questa differenza tra i sessi sia abbastanza esigua per gli undicenni (il 29% dei maschi e il 23% delle femmine), aumenta entro i 15 anni (il 35% nei maschi e il 26% nelle femmine).

In Portogallo, i maschi e le femmine quindicenni consumano meno bibite rispetto agli undicenni. In tutti gli altri paesi e regioni, le differenze sono lievi o mostrano un leggero aumento con l'età. Le differenze fra le fasce d'età superano il 10% per i maschi, in nove paesi e regioni, ma raggiungono il 10% per le femmine solo in due.

Dolci

Circa un terzo dei giovani consuma dolci o cioccolata una o più volte al giorno (Fig. 3.28) e una percentuale simile (29%) li consuma una volta alla settimana o meno. I giovani dichiarano di consumare dolci meno frequentemente in Danimarca, Finlandia, Norvegia e Svezia. Malta ha la più alta percentuale di consumatori quotidiani 54%, seguita da Scozia e Irlanda (rispettivamente con il 45% e 49%).

Complessivamente le differenze nel consumo di dolci e cioccolata tra le fasce d'età e tra i sessi sono trascurabili, se confrontate con quelle di altri tipi di cibo e bibite.

Conclusioni

I risultati riflettono delle differenze notevoli nel consumo di cibo nei paesi e nelle regioni. Una serie di fattori giocano un ruolo in queste differenze: norme e abitudini culturali, disponibilità (soprattutto nel caso di frutta e verdura), prezzi, pubblicità e politiche nazionali che regolano o sostengono tematiche relative al cibo, come le politiche alimentari a scuola e i programmi di educazione per la salute.

I risultati indicano che l'elevato consumo di dolci e bibite è diffuso tra gli adolescenti. Inoltre, un numero significativo di giovani salta la colazione e consuma poca frutta e verdura. Solo il 30% circa dei giovani consuma frutta ogni giorno, nonostante in molti paesi nell'ultimo decennio si sia data una crescente attenzione a promuovere il consumo di frutta e verdura per ridurre il rischio di malattie croniche legate all'alimentazione. Anche i giovani che consumano verdura tutti i giorni sono di meno. Il consumo di bibite invece è aumentato drasticamente negli ultimi decenni: circa il 30% dei giovani le beve tutti i giorni in molti paesi e regioni.

Notevoli sono anche le differenze tra età e tra i sessi per quanto riguarda il fatto di saltare la colazione, consumare frutta e verdura e bere bibite. L'elevata percentuale di femmine che ha riferito di non fare

Fig. 3.27. Giovani che bevono bibite tutti i giorni (%)

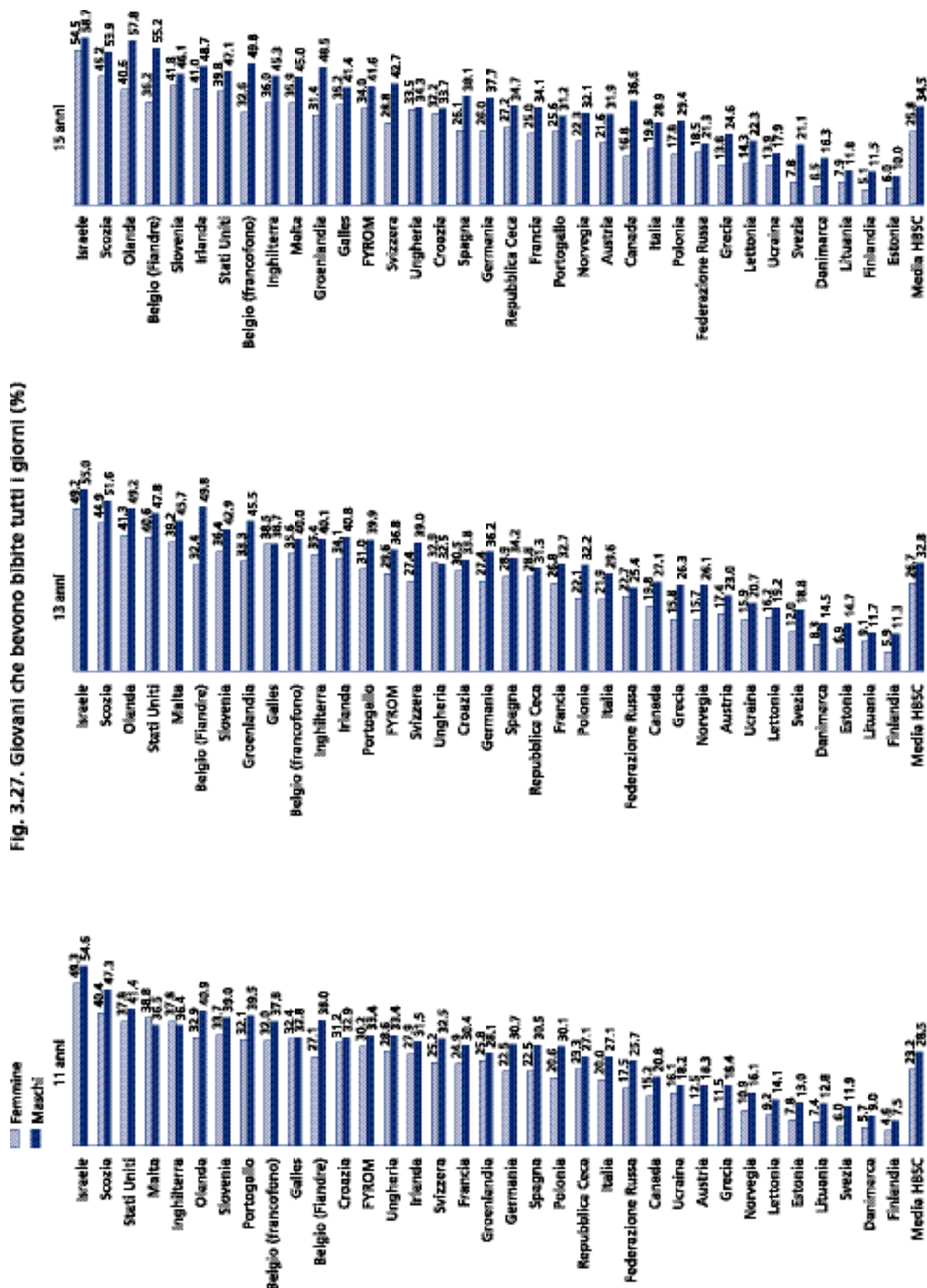
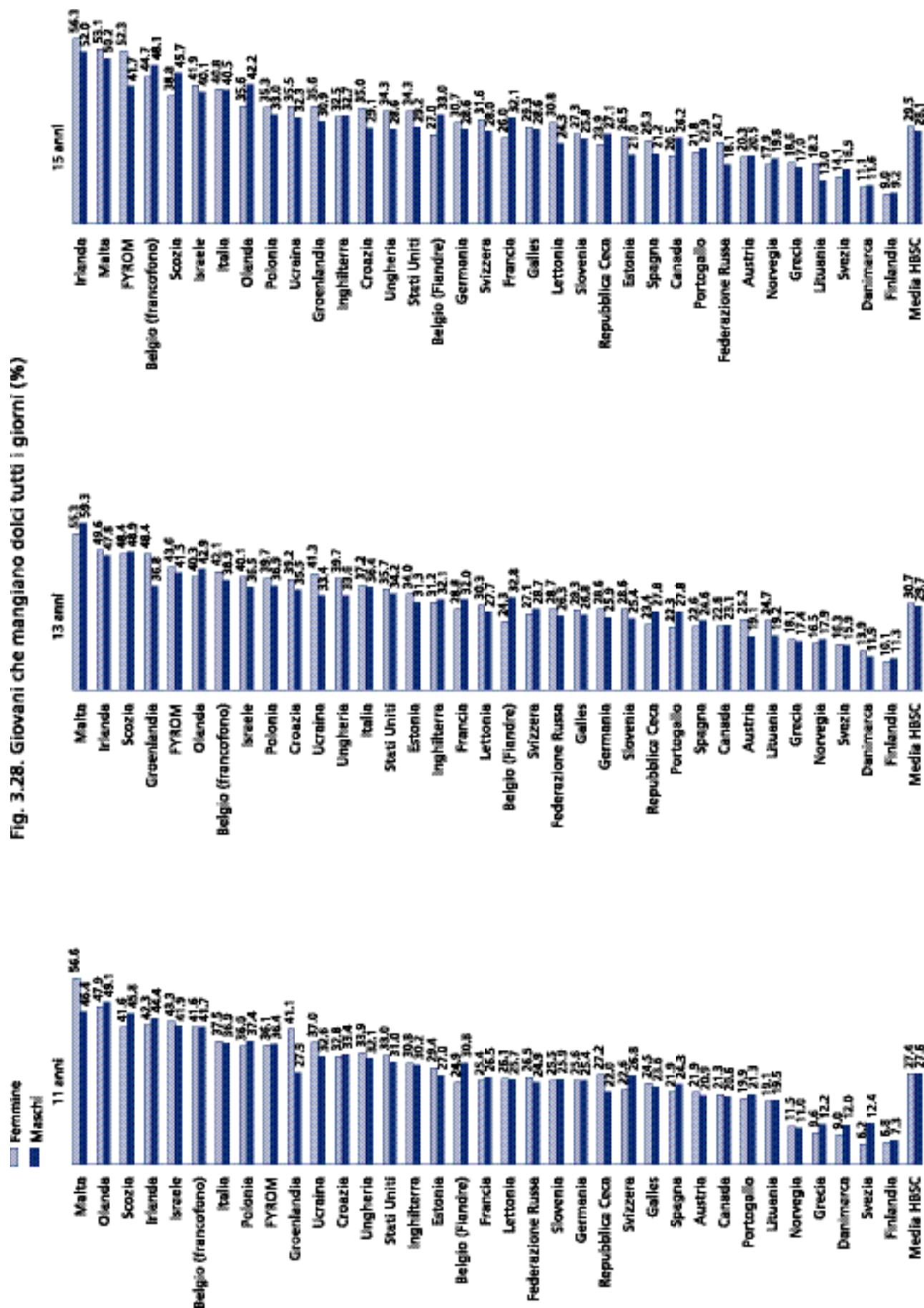


Fig. 3.28. Giovani che mangiano dolci tutti i giorni (%)



colazione potrebbe essere spiegata dalla percentuale relativamente alta di quelle che cercano di cambiare o mantenere il loro peso (vedere sezione successiva). Saltare i pasti, soprattutto la colazione, può essere un metodo comune di controllo del peso, ma spesso ne deriva un maggiore consumo di merendine che tendono ad avere più alti contenuti di zucchero e grassi (13). Inoltre, l'aumento delle preoccupazioni per il peso e per il fisico potrebbe spiegare la maggiore frequenza nel consumo di frutta e verdura nelle femmine e la minore frequenza nel consumo di bibite.

Fra le altre ragioni vi è un minor fabbisogno energetico (14), la consapevolezza delle tematiche sulla salute e le influenze culturali e legate al sesso per quanto riguarda la socializzazione (15,16).

Un altro aspetto che influenza le abitudini alimentari potrebbe essere la progressiva indipendenza e autonomia. Durante l'infanzia i genitori possono influenzare i modelli di alimentazione, limitando la disponibilità e l'accessibilità, così come fornendo modelli, esempi positivi di disciplina. Tuttavia, quando i bambini crescono, essi possono usare le scelte alimentari come parte del processo di affermazione individuale. I giovani di solito cercano di avere più controllo sui modelli alimentari, per esempio saltando i pasti o preparandosi da mangiare da soli (17). Il processo di affermazione individuale spesso implica il rifiuto dei valori familiari ed è accompagnato dall'acrescente influenza dei compagni e dalla partecipazione alla vita sociale fuori dalla famiglia. Allo stesso modo, gli annunci pubblicitari delle bibite persuadono i giovani a placare la loro sete in un modo moderno, giovanile, gradevole e popolare (18), mentre la pubblicità di frutta e verdura non è rivolta a loro.

I dati transnazionali puntano alla conclusione che i programmi devono migliorare le abitudini alimentari della popolazione adolescente. Tuttavia, lo sviluppo di strategie efficaci richiede di comprendere meglio i comportamenti alimentari degli adolescenti e i fattori che li condizionano. Un recente rapporto (19) ha stabilito un modello che concettualizza il comportamento alimentare dell'adolescente come una funzione complessa di influenze che interagiscono a vari livelli: individuale (come biologico e psicologico), sociale (come la famiglia e i compagni), ambiente fisico (come la scuola e i fast-food) e del macrosistema o sociale (come i mass media e le regole culturali e sociali). Se questo modello venisse utilizzato come struttura per definire gli interventi, i giovani dovrebbero ricevere messaggi coerenti relativi a una sana alimentazione nelle diverse strutture e da una varietà di fonti che comprendono la casa, la scuola, le strutture di assistenza sanitaria, le organizzazioni nella comunità, i mass media e le agenzie di governo. Inoltre, si potrebbe migliorare l'immagine relativa alle sane abitudini alimentari e si potrebbero rendere più accessibili cibi gustosi, pratici e meno costosi. Questo aiuterebbe senz'altro i giovani a migliorare le loro scelte alimentari.

Si devono considerare altri fattori legati allo stile di vita in rapporto alle abitudini alimentari dei giovani. Diete ad alto contenuto di grassi e ricche di elementi energetici, così come modelli di vita sedentari, sono la causa di un aumento dell'obesità fra gli adolescenti in tutto il mondo. D'altra parte, le pressioni sociali per raggiungere un'immagine corporea distorta stanno creando ciò che è stata definita la "malnutrizione del benessere" (18). La sezione che segue approfondisce queste tematiche.

Le abitudini alimentari devono essere considerate in un contesto più ampio. Ad esempio, le scelte di cibo e bibite sono strettamente collegate alla condizione socioeconomica. I giovani appartenenti a classi socioeconomiche più basse, consumano merendine e dolci e saltano la colazione più spesso e mangiano meno frutta e verdura rispetto ai giovani appartenenti a classi socioeconomiche più alte (2,20). È pertanto necessaria un'analisi più profonda delle influenze sociali sulle abitudini alimentari.

Bibliografia

1. Dwyer JT. Childhood, youth and old age. In: Garrow JS, James WPT, eds. *Human nutrition and dietetics*. Edinburgh, Churchill-Livingstone, 1993:394–408.
2. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf, accessed 10 February 2004).

3. Pirouznia M. The influence of nutrition knowledge on eating behaviour – The role of grade level. *Nutrition & Food Science*, 2001, 31:62–66.
4. Pollitt E, Mathews R. Breakfast and cognition: an integrative summary. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 67:804S–813S.
5. Resnicow K. The relationship between breakfast habits and plasma cholesterol levels in school children. *Journal of School Health*, 1991, 61:81–85.
6. Ruxton CH, Kirk TR. Breakfast: a review of associations with measures of dietary intake, physiology and biochemistry. *British Journal of Nutrition*, 1997, 78:199–213.
7. Siega-Riz AM, Carson T, Popkin B. Three squares or mostly snacks – What do teens really eat? A sociodemographic study of meal patterns. *Journal of Adolescent Health*, 1998, 22:29–36.
8. Truswell AS, Darnton-Hill I. Food habits of adolescents. *Nutrition Reviews*, 1991, 39:73–99.
9. Thomas J. Food choices and preferences of school children. *Proceedings of the Nutrition Society*, 1990, 50:49–57.
10. Greenwood CT, Richardson DP. Nutrition during adolescence. *World Review of Nutrition & Dietetics*, 1979, 33:1–41.
11. Harnack L, Stang J, Story M. Soft drink consumption among US children and adolescents: nutritional consequences. *Journal of the American Dietetic Association*, 1999, 99:436–441.
12. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*, 2001, 357:505–508.
13. Anderson AS, MacIntyre S, West P. Adolescent meal patterns: grazing habits in the west of Scotland. *Health Bulletin*, 1993, 51:158–165.
14. Rolls BJ, Fedoroff IC, Guthrie JF. Gender differences in eating behavior and body weight regulation. *Health Psychology*, 1991, 10:133–142.
15. Karisto A, Prättälä R, Berg MA. The good, the bad, and the ugly. Differences and changes in health related lifestyles. In: Kjaernes U et al., eds. *Regulating markets regulating people. On food and nutrition policy*. Oslo, Novus Press, 1993:185–204.
16. Nathanson CA. Sex roles as variables in preventive health behavior. *Journal of Community Health*, 1977, 3:142–155.
17. Quandt SA. Social and cultural influences on food consumption and nutritional status. In: Shils ME et al., eds. *Modern nutrition in health and disease*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1999:1783–1792.
18. Schneider D. International trends in adolescent nutrition. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:955–967.
19. Story M, Neumark-Sztainer D, French SA. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102:40–51.
20. Höglund D, Samuelson G, Mark A. Food habits in Swedish adolescents in relation to socioeconomic conditions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52:784–789.

Immagine di sé, controllo del peso e peso corporeo

– Caroline Mulvihill, Ágnes Németh and Carine Vereecken

Introduzione

Pochi dubitano del fatto che fra gli eventi più importanti ai quali i giovani si devono adattare vi è il gran numero di cambiamenti fisici e psicologici che avvengono durante l'adolescenza, fra cui il continuo sviluppo dell'autostima. I cambiamenti fisici possono creare un'alterazione dell'immagine di sé e quindi della coscienza di sé. Lo sviluppo intellettuale e l'indipendenza emotiva rendono possibile una concezione di sé più complessa e sofisticata.

L'adolescenza come momento di passaggio e di cambiamenti di ruolo, è associata ad alcune modifiche della concezione di sé (1). La relazione tra l'immagine di sé e la propria autostima viene consolidata in questo periodo (2,3) ed è più forte nelle femmine (4,5). Le differenze tra i sessi sono visibili anche dal modo con cui gli adolescenti maschi e femmine valorizzano il loro corpo. Le femmine tendono a considerare il proprio corpo principalmente come mezzo per attrarre gli altri, mentre i maschi percepiscono il loro corpo come mezzo per agire efficacemente sull'ambiente esterno (6).

La ricerca effettuata negli ultimi 30 anni ha dimostrato che le influenze culturali che esaltano la magrezza e la dieta e che predominano nella società moderna si sono infiltrate tra la popolazione degli adolescenti. Perciò i giovani, e in particolare modo le ragazze, spesso si sentono grassi ed insoddisfatti del loro corpo. Nel comportamento adolescenziale, il fatto di seguire una dieta e adottare altri metodi per controllare il peso sono diventati dei mezzi diffusi per raggiungere la forma perfetta. È spesso difficile per gli adolescenti valutare il proprio peso in modo appropriato e pertanto sembra che si abbia la percezione del sovrappeso, piuttosto che quella del peso effettivo, a nascondersi dietro le preoccupazioni per il peso e le diete. Per molte ragazze, l'obiettivo da raggiungere non è quello di avere un peso normale, ma di essere sottopeso (7). I maschi invece sono più propensi a considerarsi sottopeso e a impegnarsi in attività per aumentare la massa corporea (8).

L'utilizzo da parte dei giovani di diete e altri metodi per il controllo del peso desta preoccupazione, visto che ad essi si associano disturbi fisici e psicologici. Chi segue una dieta è più soggetto a irritabilità, problemi di concentrazione, disturbi del sonno, irregolarità del ciclo mestruale, ritardo della crescita, sviluppo sessuale ritardato e carenze nutrizionali (9). Seguire una dieta può influire notevolmente sul benessere psicologico (10), visto il suo stretto rapporto con la depressione (11) e con la mancanza di autostima (12). Polivy et al. concludono che "le persone con una scarsa autostima che iniziano una dieta – spesso, per ironia della sorte, nel tentativo di aumentare l'autostima – potrebbero ritrovarsi star peggio come se non avessero cercato di migliorare se stessi" (12). Inoltre, seguire una dieta può significare adottare metodi meno accettabili, come saltare i pasti (in particolare la colazione) e digiunare (13), e pratiche estreme, come il vomito indotto o l'abuso di lassativi (14). Tutto questo succede di più tra le femmine. Le pressioni culturali sui giovani, specialmente sulle femmine, per far loro raggiungere un peso corporeo irrealistico, potrebbero portare all'utilizzo di diete estreme e a un profilo psicologico negativo (14). Infine, desta preoccupazione la relazione esistente tra il fatto di seguire una dieta e l'insorgere dei disordini alimentari (15), tenuto conto anche delle possibili conseguenze fatali.

Fra i cambiamenti fisici che avvengono durante l'adolescenza ce n'è uno che può rivelarsi dannoso per la salute: l'eccessivo accumulo di peso che può condurre all'obesità. L'obesità costituisce una delle principali preoccupazioni in ambito di salute pubblica e viene descritta dall'OMS come "un'epidemia mondiale" (16) vista la sua diffusione elevata e in costante aumento. Si è dimostrato che il sovrappeso e l'obesità nei giovani sono associati in maniera significativa alla morbidità e alla mortalità a lungo termine. La conseguenza dell'obesità infantile più importante a lungo termine è che essa potrebbe protrarsi fino all'età adulta. Evidenze scientifiche confermano l'esistenza di questa relazione (17,18) e sostengono che il

sovrappeso nell'adolescenza compromette la salute a lungo termine, essendo associato all'aumento della mortalità, dovuta in particolare alle malattie coronariche, all'arteriosclerosi e al cancro colorettale (17). Inoltre, gli atteggiamenti stereotipati negativi nei confronti dell'obesità si sviluppano fin dalla più giovane età (19,20) e le persone obese potrebbero essere discriminate negli ambienti scolastici e lavorativi (21,22). Infine, si è lasciato intendere che senza un'energia appropriata alla prevenzione e alla cura, l'obesità porterebbe a delle conseguenze importanti e durature sulla vita sociale e sulla salute (23).

Sembra esistere una dicotomia nelle preoccupazioni che riguardano l'immagine di sé, il controllo del peso e il peso corporeo tra i giovani. Questi ultimi sono spesso insoddisfatti del loro peso corporeo e lo tengono sotto controllo con pratiche alle quali sono associati cambiamenti negativi dal punto di vista fisico e psicologico. Per contro, il sovrappeso e l'obesità si stanno diffondendo con pesanti conseguenze a lungo termine sulla salute.

Metodi

Il questionario HBSC ha valutato la percezione di sé in termini di peso corporeo, di dieta e di comportamenti per controllare il peso.

Una sola domanda valuta l'immagine di sé. Pensi che il tuo corpo sia ...? Le risposte possibili erano: Decisamente troppo magro / Un po' troppo magro / Più o meno della taglia giusta / Un po' troppo grasso / Decisamente troppo grasso.

Le ultime due risposte insieme fungono da indicatore dell'insoddisfazione percepita nei confronti del peso corporeo.

La domanda sul comportamento per controllare il peso era: In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire? Le risposte possibili erano: No, il mio peso è quello giusto; No, ma dovrei perdere qualche chilo; No, perché dovrei metter su qualche chilo; Sì. I dati relativi all'ultima risposta sono qui riportati come un indicatore della dieta e del comportamento per controllare il peso.

Altre domande raccolgono informazioni sulla statura e sul peso di ogni studente:

- Quanto pesi senza vestiti?
- Quanto sei alto senza scarpe?

I dati sono stati utilizzati per calcolare l'indice di massa corporea (BMI)² dei soggetti intervistati. Ad alcuni paesi è stato concesso di esprimere i risultati in "stones", libbre, piedi e pollici, che sono stati poi convertiti in chilogrammi e centimetri.

Utilizzare esclusivamente il BMI – che è il criterio con cui si valutano il sovrappeso (BMI 25,0–29,9) e l'obesità (BMI $\geq$ 30,0) – non è il metodo appropriato per classificare i giovani, viste le questioni metodologiche dovute alla crescita rapida, normale in questa fascia d'età, e in particolare nella pubertà. I valori estrapolati relativi al BMI internazionale specifico per età e sesso sono stati quindi utilizzati per calcolare la diffusione del sovrappeso (24). Questi risultati sono stati calcolati sulla base di un pool di dati internazionali derivati da circa 200.000 misurazioni del BMI e sono stati utilizzati per confrontare il sovrappeso e l'obesità al livello internazionale. In seguito a questi risultati, i soggetti sono stati ulteriormente suddivisi in due gruppi, quello del sovrappeso e quello dell'obesità, che corrispondono ai valori di BMI usati per gli adulti, ovvero di 25,0–29,9 e $\geq$ 30,0.

I risultati qui presentati mostrano le percentuali dei giovani in sovrappeso e di quelli obesi. Il termine sovrappeso viene utilizzato per entrambi i gruppi.

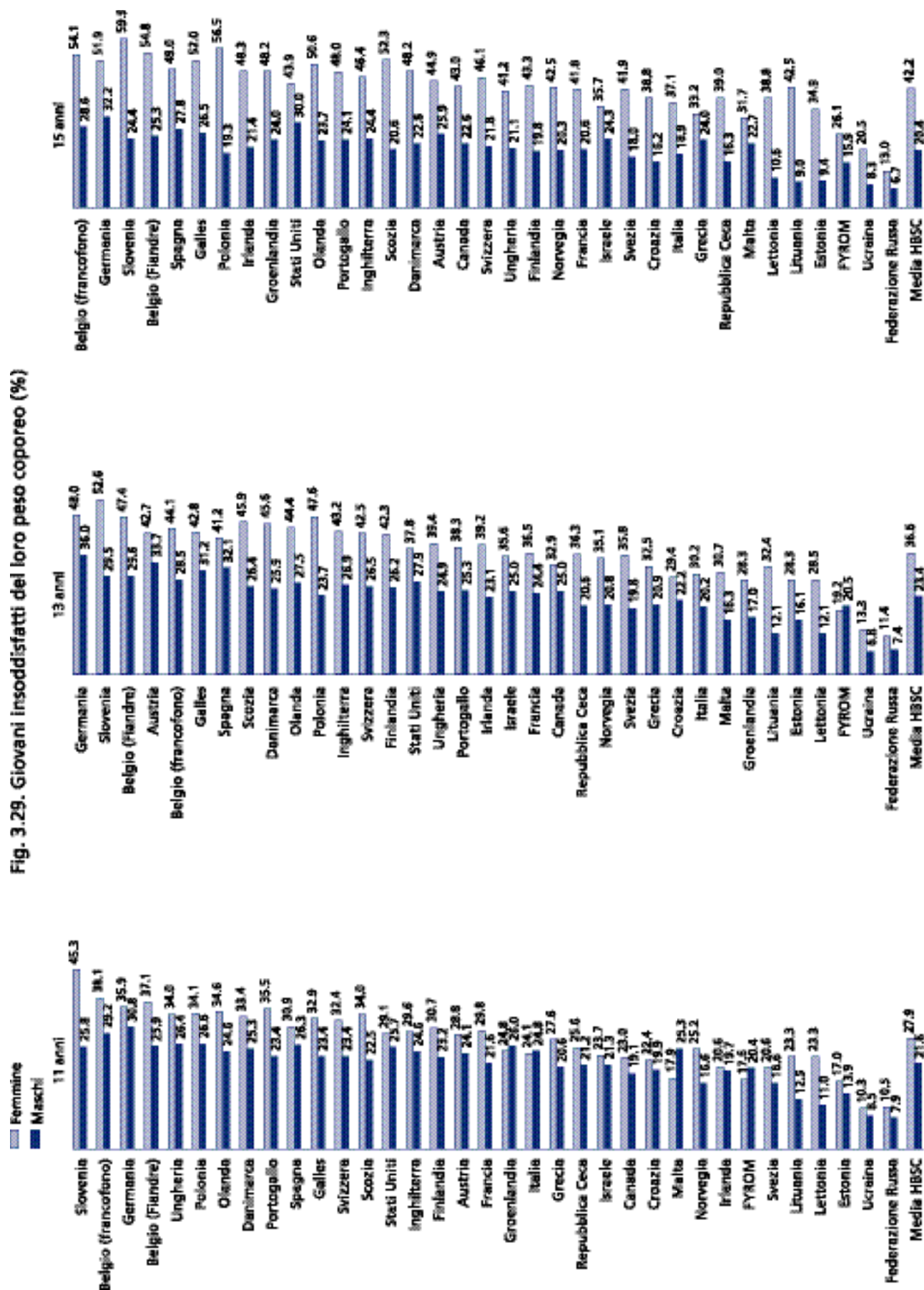
Risultati

Immagine di sé

La Fig. 3.29 evidenzia le percentuali dei giovani che affermano di essere insoddisfatti del loro corpo (cioè

² BMI = peso (kg)/altezza (m)².

Fig. 3.29. Giovani insoddisfatti del loro peso corporeo (%)



si sentono leggermente o decisamente troppo grassi). Le differenze tra i sessi sono chiare: le femmine (36%) più dei maschi (22%) affermano di essere insoddisfatte del loro peso corporeo. La percentuale delle femmine insoddisfatte aumenta con l'età, dal 28% tra le undicenni al 42% tra le quindicenni. Quella dei maschi invece rimane del 20–24%.

Tra gli undicenni, i livelli sono simili sia per i maschi che per le femmine di circa la metà dei paesi e regioni, entro un range del 5%. Nei rimanenti paesi, il livello delle femmine che affermano di sentirsi insoddisfatte del loro peso corporeo è dell'8–12% più alto di quello dei maschi, ad eccezione della Slovenia, dove la percentuale supera il 20%.

La differenza tra i sessi è più pronunciata nelle fasce d'età degli 11 e dei 15 anni. Nella maggior parte dei paesi e delle regioni, il livello d'insoddisfazione del proprio peso corporeo aumenta per le femmine, ma rimane stabile per i maschi. Tra i tredicenni, solo la Federazione Russa e l'ex-Repubblica jugoslava di Macedonia riportano risultati simili con un range del 5%; non ci sono paesi e regioni che riportino tali somiglianze nella fascia d'età dei 15 anni. La percentuale d'insoddisfazione è tra il 10–20% nelle femmine tredicenni rispetto ai maschi, ma supera il 20% in Polonia e in Slovenia e il 30% in Lituania e in Scozia.

Per i maschi si sono riscontrate le percentuali più alte d'insoddisfazione del proprio peso corporeo nelle tre fasce d'età in Austria, Belgio (Fiandre), Belgio (francofono), Germania, Spagna, Stati Uniti e Galles. Le percentuali più alte per le ragazze si sono riscontrate in Belgio (Fiandre), Belgio (francofono), Germania, Polonia, Scozia e Slovenia. Federazione Russa e Ucraina riscontrano livelli decisamente inferiori alla media in entrambi i sessi e in tutte le fasce d'età.

Diete e comportamenti per il controllo del peso

Come avviene per l'insoddisfazione rispetto al proprio peso corporeo, anche le diete e i comportamenti per controllarlo mostrano nette differenze tra i sessi (Fig. 3.30), con percentuali d'insoddisfazione maggiorate per le femmine (18%) rispetto ai maschi (8%). Le percentuali per le femmine aumentano anche con l'avanzare dell'età, dal 12% per le undicenni al 23% per le quindicenni. Al contrario, le percentuali per i maschi rimangono stabili, tra il 7% e il 9%.

La differenza tra i sessi è meno pronunciata negli undicenni, ma verso i 15 anni, in tutti i paesi e le regioni, le femmine dichiarano tre volte più dei maschi di adottare comportamenti per il controllo del peso. Non ci sono paesi che riportino risultati simili per i maschi e per le femmine, né tra i tredicenni né tra i quindicenni. Le percentuali sono in media più alte del 15–30% per le tredicenni rispetto alla controparte maschile, raggiungendo il 20–40% per le quindicenni.

I maschi in Danimarca, Ungheria, Israele, Malta e Stati Uniti, sono tra quelli con le percentuali più alte per quanto riguarda la dieta e i comportamenti per il controllo del peso. Le percentuali più alte per le ragazze si sono riscontrate in un gruppo di paesi fra cui la Danimarca, l'Ungheria, Israele, la Scozia, gli Stati Uniti e il Galles. Anche Israele e Stati Uniti hanno riportato percentuali più alte nei comportamenti relativi alle diete nell'indagine HBSC del 1997/1998, confermando il fatto che sono rimaste costanti in questi paesi negli ultimi quattro anni.

Confronto tra l'insoddisfazione per la propria taglia e i comportamenti per controllare il proprio peso corporeo.

I risultati sembrano mostrare differenze tra i sessi simili a quelle riscontrate per quanto riguardava l'insoddisfazione per il peso corporeo e i comportamenti legati alle diete e al controllo del peso: le percentuali nelle femmine sono più elevate e aumentano con l'età, mentre quelle nei maschi rimangono stabili.

Tuttavia, nelle femmine non esiste un'esatta corrispondenza tra l'insoddisfazione per il proprio peso corporeo e i comportamenti legati alle diete e al controllo del peso. Le femmine che cercano di controllare il proprio peso (18%) sono meno di quelle che ne sono insoddisfatte (36%). Questo è anche il caso in cui i dati sono analizzati per età: il 12% contro il 28% delle undicenni, il 18% contro il 37% delle tredicenni e il 23% contro il 42% delle quindicenni. Esistono anche differenze notevoli tra i paesi e le regioni; per

Fig. 3.30. Giovani che seguono diete e adottano comportamenti per controllare il peso(%)

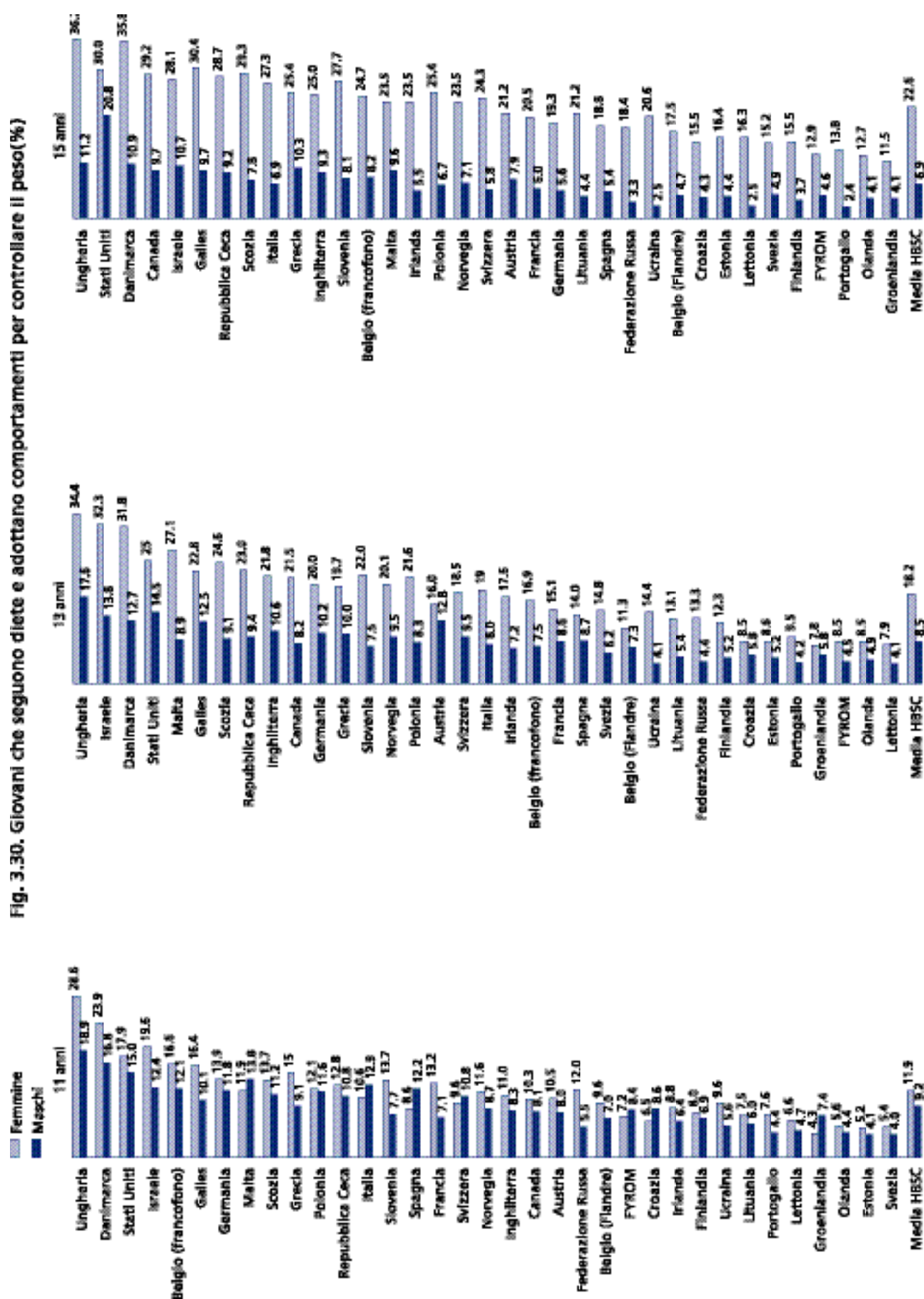
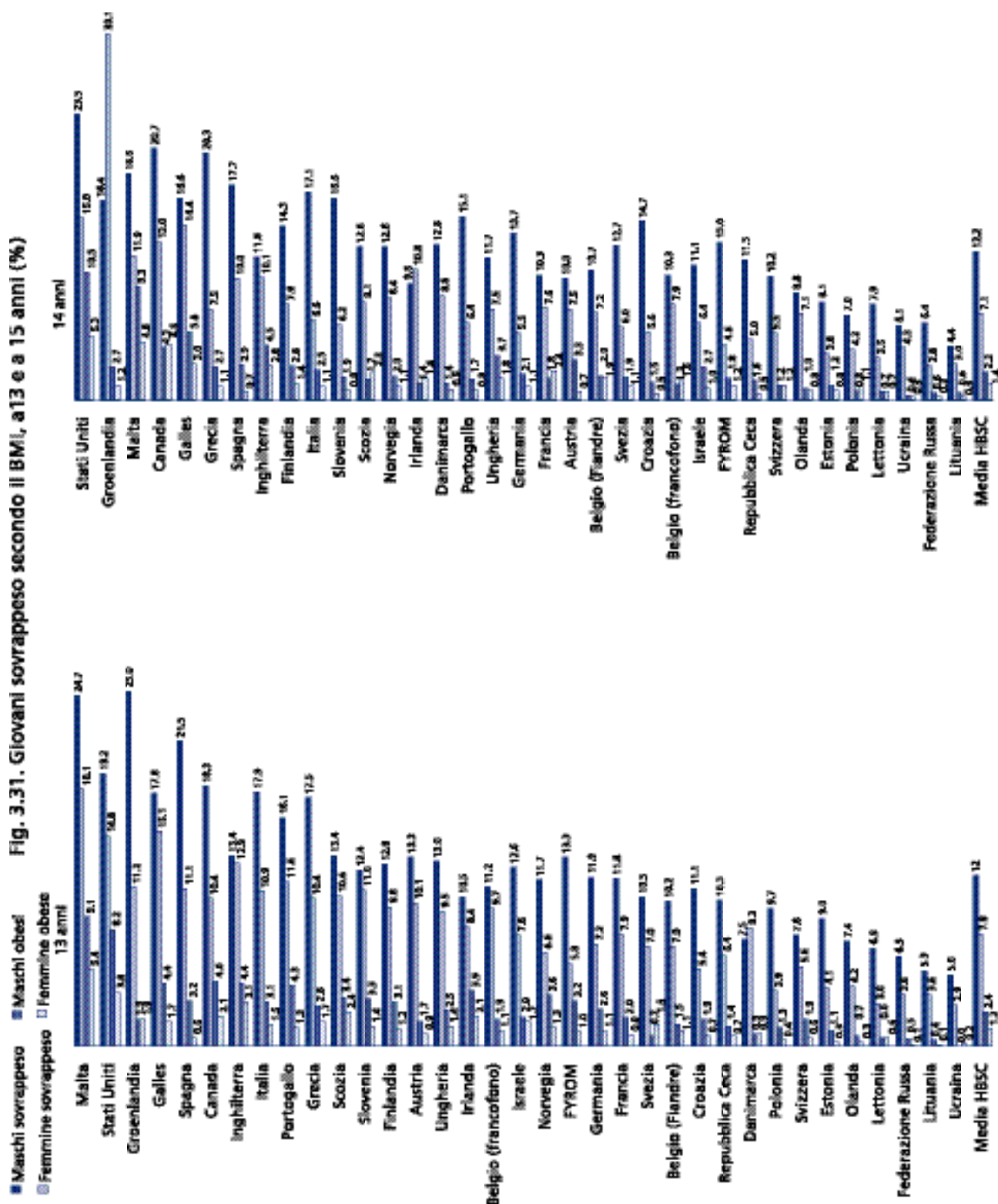


Fig. 3.31. Giovani sovrappeso secondo il BMI, a 13 e a 15 anni (%)



esempio, Belgio (Fiandre), Germania, Grecia, Olanda, Polonia, Portogallo, Slovenia, e Spagna mostrano differenze superiori al 30% nelle tredicenni tra le percentuali relative ai due indicatori.

Sovrappeso e obesità

La Fig. 3.31 presenta le percentuali dei giovani in sovrappeso a 13 e a 15 anni in tutti i paesi e le regioni che hanno partecipato allo studio HBSC.

Non vengono presentate le informazioni relative ai giovani di 11 anni, vista l'alta percentuale dei dati mancanti (il 19% per gli undicenni se confrontato con il 14% e il 9% rispettivamente per i tredicenni e i quindicenni). Inoltre mancava una percentuale consistente di dati BMI (superiore al 25%) nel caso del Belgio (francofono), Inghilterra, Grecia, Irlanda, Lituania, Malta e Scozia. La Tabella 3.5 classifica i dati mancanti per età, sesso e paese o regione. Si dovrebbe prestare attenzione ad interpretare i risultati

Tabella 3.5. Dati BMI mancanti nell'indagine HBSC del 2001/2002 HBSC per età e sesso (%)

Paese o regione	13 anni (%)		15 anni (%)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Austria	7.8	5.5	7.4	6.9
Belgio (Fiandre)	8.7	7.5	5.9	4.1
Belgio (francofono)	25.2	29.1	25.8	23.7
Canada	14.2	16.5	6.6	10.6
Croazia	4.0	4.3	4.6	2.3
Repubblica Ceca	0.4	0.5	0.7	0.0
Danimarca	12.3	11.7	8.0	8.7
Inghilterra	37.5	42.1	23.0	25.2
Estonia	6.4	3.4	4.8	1.7
Finlandia	4.0	3.4	2.1	1.6
Francia	7.6	6.4	3.6	3.1
Germania	11.8	11.3	9.1	9.6
Grecia	5.0	5.4	3.3	3.8
Groenlandia	33.5	43.9	21.8	36.7
Ungheria	7.1	4.7	2.7	2.1
Irlanda	59.9	61.3	36.5	51.6
Israele	22.4	24.1	14.0	15.7
Italia	5.7	4.9	4.0	3.8
Lettonia	13.1	9.5	8.7	5.7
Lituania	28.2	21.9	18.1	13.8
Malta	52.6	54.5	24.0	35.0
Olanda	10.7	9.9	9.4	7.4
Norvegia	11.0	11.1	6.9	7.5
Polonia	6.0	6.1	3.7	3.9
Portogallo	7.5	11.2	6.1	6.1
Federazione Russa	8.4	7.5	4.5	4.0
Scozia	52.1	56.2	39.6	46.1
Slovenia	2.7	2.2	3.4	2.0
Spagna	23.8	20.1	15.5	10.8
Svezia	10.7	10.1	5.9	6.4
Svizzera	9.8	8.1	4.9	5.6
Ex-Repubblica Iugoslava di Macedonia	7.5	11.8	7.4	7.5
Ucraina	12.2	10.5	4.5	4.5
Stati Uniti	11.9	13.0	7.6	4.8
Galles	17.2	20.7	10.9	9.4

provenienti da questi paesi, visto il possibile errore sistematico presente nelle relative risposte (cfr. sotto).

La percentuale dei maschi e delle femmine sovrappeso, sia tredicenni che quindicenni, (totale ottenuto dalla combinazione dei giovani sovrappeso e di quelli obesi) varia enormemente tra i paesi e le regioni (3–34%). Canada, Groenlandia, Malta, Stati Uniti e Galles mostrano le percentuali più alte di sovrappeso in entrambi i sessi e in tutte le fasce d'età. Esiste una chiara relazione tra la larghezza di diffusione del sovrappeso e l'aumento dell'obesità: i paesi che registrano percentuali di sovrappeso più alte riportano anche una maggior diffusione dell'obesità.

Nella fascia d'età dei 13 e dei 15 anni, il sovrappeso sembra mostrare un modello geografico. La sua diffusione è ai livelli più alti in Canada, Groenlandia e Stati Uniti, seguiti da Inghilterra, Scozia e Galles e da alcuni paesi del Sud d'Europa: Grecia, Italia, Malta, Portogallo e Spagna. I paesi Scandinavi e i paesi dell'Europa centrale rilevano una percentuale di sovrappeso minore tra i giovani, e la sua diffusione è fra quelle più basse dell'area orientale della Regione europea dell'OMS.

Tra i tredicenni, i maschi mostrano percentuali più alte delle femmine in molti paesi: Canada, Malta e Spagna risultano essere quelli con le differenze più alte tra i sessi. Tra i quindicenni, sono ancora i maschi a mostrare percentuali più alte rispetto alle femmine in 10 paesi, tra i quali la Croazia, la Grecia, l'Italia, Malta, Slovenia e gli Stati Uniti con le differenze più alte tra i sessi.

Un confronto tra fasce d'età non rivela alcuna relazione esistente tra le percentuali di sovrappeso a 13 e a 15 anni. Il numero di paesi e di regioni dove la diffusione aumenta o diminuisce tra i 13 e i 15 anni è simile per entrambi i sessi e non si riscontra alcuna differenza geografica.

Tra i tredicenni, le percentuali più elevate di obesità si riscontrano nei maschi (4–9%) in Canada, Inghilterra, Malta, Portogallo, Stati Uniti e Galles, e nelle femmine (2–6%) in Canada, Inghilterra, Irlanda, Malta, Scozia e Stati Uniti. Fanno eccezione Svezia e Ucraina, dove la diffusione dell'obesità è molto più alta fra i maschi: cinque volte superiore a quella delle femmine. In Danimarca, Groenlandia e Lettonia, tuttavia, i risultati sull'obesità sono identici per maschi e femmine.

Tra i quindicenni, i risultati sono simili. Canada, Inghilterra, Malta, Stati Uniti e Galles riportano la più alta percentuale di obesità: il 4–11% nei maschi e il 3–5% nelle femmine. Come riscontrato nei risultati per le fasce d'età più giovani, la maggior parte dei paesi – ad eccezione del Belgio (francofono), Canada, Francia, Irlanda, Polonia e Scozia – registra una percentuale più alta di obesità nei maschi. La differenza tra i sessi non è elevata, tuttavia, le percentuali nei maschi sono in media due o tre volte più alte. Infine, Lettonia e Svizzera registrano risultati sull'obesità identici tra maschi e femmine.

Anche in questo caso, come per i risultati sul sovrappeso, non vi è alcuna relazione tra i livelli di obesità a 13 e a 15 anni. In tutti i paesi e le regioni, la percentuale della diffusione non aumenta o diminuisce di molto tra le due età.

Dati BMI mancanti

Come già accennato, la percentuale dei dati BMI mancanti è particolarmente alta in Belgio (francofono), Inghilterra, Groenlandia, Irlanda, Lituania, Malta e Scozia. Ad eccezione del Belgio (francofono), Irlanda e Lituania, questi paesi e regioni registrano anche una percentuale più alta di sovrappeso e di obesità.

Un'analisi delle caratteristiche dei giovani che non hanno riportato l'altezza e il peso, in confronto a quelli che invece le hanno riportate, rivela risultati interessanti. I giovani che non hanno riportato l'altezza e il peso:

- è meno probabile che provengano da gruppi socioeconomici elevati;
- è meno probabile che pratichino attività fisica;
- è più probabile che seguano una dieta o che sentano il bisogno di perdere peso (con alcune eccezioni, come i maschi in Inghilterra, Scozia, Spagna e Galles, e le femmine a Malta);
- è più probabile che non mangino frutta, verdura e, forse sorprenderà, dolci (solo i tredicenni).

Questi risultati portano a pensare che è più probabile che i giovani che non hanno riportato l'altezza e il peso siano sovrappeso o obesi e insoddisfatti della propria taglia e del peso corporeo. Queste preoccupazioni potrebbero averli influenzati al momento di rispondere al questionario. Inoltre, è certo che molti giovani nei paesi e nelle regioni con alte percentuali di dati mancanti potrebbero non conoscere la loro altezza e il loro peso e pertanto non essere in grado di rispondere con sufficiente accuratezza. Le differenze tra i paesi nelle pratiche di misurazione dell'altezza e del peso nelle scuole giocano indubbiamente un ruolo in questo contesto.

Conclusioni

I risultati dell'indagine HBSC confermano che l'insoddisfazione per il proprio peso corporeo, le diete e i comportamenti adottati per il controllo del peso sono diffusi tra i giovani e in particolare tra le femmine (14). Queste preoccupazioni aumentano per le femmine con l'età. Inoltre, i cambiamenti fisici tipici della pubertà che avvengono in questo periodo potrebbero essere un fattore casuale importante che le porta a preoccuparsi ancora di più (14).

La valutazione del sovrappeso e l'insoddisfazione per la propria taglia, piuttosto che per il peso vero e proprio, sembrano stare alla base delle diete e dei comportamenti adottati dalle femmine per il controllo del peso. Tali comportamenti in questa fascia d'età sono associati a cambiamenti fisici e psicologici negativi e possono portare a diverse patologie, fra cui i disordini alimentari, che potrebbero mettere in pericolo la loro vita (9–15). Un'analisi dei dati dell'indagine HBSC provenienti dagli Stati Uniti ha dimostrato che l'età dello sviluppo nella pubertà è associata alla taglia che gli adolescenti portano e alla loro massa grassa (25). Questo potrebbe spiegare la mancanza di relazioni tra le percentuali di diffusione del sovrappeso tra i 13 e i 15 anni, visto che l'età dei cambiamenti durante la pubertà può variare. La percentuale di diffusione aumenta o diminuisce tra le due fasce d'età in quantità simili per paese e regione. Il Capitolo 4 (pagg. 200–208) approfondisce l'influenza dei cambiamenti durante la pubertà.

Altri fattori incidono sulle preoccupazioni dei giovani per la propria taglia e per il proprio peso corporeo. Si è dimostrato che l'ambiente socioeconomico di nascita influisce sull'aumento del sovrappeso, la mancanza di apprezzamento del proprio corpo e le preoccupazioni per il proprio peso (26). Si dovrebbero esaminare anche le relazioni tra i comportamenti alimentari, l'attività fisica e i comportamenti sedentari. Seguire una dieta è un comportamento associato a pratiche alimentari negative (9, 13) e si consiglia ai giovani di fare più attività fisica e ridurre il comportamento sedentario. L'esercizio quotidiano potrebbe essere un metodo migliore per il controllo del peso rispetto alle diete che potrebbero causare dei disordini alimentari (15). Infine, bisogna prendere in considerazione il modo con cui il peso corporeo e l'insoddisfazione che ne deriva influenzano la salute e il benessere psicofisico.

L'elevata diffusione del sovrappeso in alcuni paesi è indicativa di una tendenza al livello mondiale (16). Evitare un aumento eccessivo di peso nei giovani potrebbe prevenire l'aumento dell'obesità, che ha delle implicazioni per la salute futura (17). È quindi di vitale importanza sviluppare programmi coerenti e appropriati avvalendosi di evidenze scientifiche e di strategie per prevenire e curare il sovrappeso e l'obesità tra i giovani.

Alcune ricerche effettuate su giovani, come la National Health and Nutritional Examination Survey, Cycle III (27) e la National Longitudinal Study of Adolescent Health (28) negli Stati Uniti, hanno raccolto dati relativi ad accurate autovalutazioni dell'altezza e del peso. Sebbene i valori assoluti del BMI potrebbero essere sottovalutati attraverso l'autovalutazione, si è stimato che il 94% dei giovani dai 12 ai 16 anni si è classificato correttamente sia per aver un peso giusto o per essere obeso (27). Questo fa pensare che le percentuali di giovani in sovrappeso e obesi ottenute dall'autovalutazione sono piuttosto accurate. Inoltre, l'associazione tra sovrappeso e stili di vita nei giovani (per esempio, le abitudini alimentari e l'attività fisica) basate sulla misurazione dell'altezza e del peso non si discosta da quella basata sull'autovalutazione dell'altezza e del peso (27). Altri ricercatori affermano invece che queste misure dovrebbero essere utilizzate con cautela (29–31).

I responsabili delle decisioni politiche e tutti coloro che sono coinvolti nella prevenzione delle malattie e nella promozione della salute dovrebbero prendere in considerazione l'ambiente nel quale i giovani vivono e che potrebbe favorire l'obesità: per esempio, in che modo i fattori della vita quotidiana, come l'uso dei mezzi di

trasporto al posto di camminare o andare in bicicletta e il mancato accesso ai cibi più sani, possano contribuire al sovrappeso e all'obesità. Allo stesso modo, si dovrebbe pensare a come affrontare le conseguenze del sovrappeso e dell'obesità sull'immagine di sé e sull'apprezzamento che si ha del proprio corpo. È richiesto molto equilibrio per assicurarsi che i giovani mantengano un peso corporeo sano e che siano protetti dalle pressioni negative relative all'immagine di sé e al controllo del proprio peso.

Bibliografia

1. Coleman JC, Henry L. The nature of adolescence. London, Routledge, 1990.
2. Mendelson BK, White DR. Relation between body-esteem and self-esteem of obese and normal children. *Perceptual and Motor Skills*, 1982, 54:899–905.
3. Mendelson BK, White DR. Development of self-body-esteem in overweight youngsters. *Developmental Psychology*, 1985, 21:90–96.
4. Tobin-Richards MH, Boxer AM, Petersen AC. The psychological significance of pubertal change: sex differences in perceptions of self during early adolescence. In: Brooks-Gunn J, Petersen AC, eds. *Girls at puberty: biological and psychosocial perceptives*. New York, Plenum Press, 1983.
5. Mintz LB, Betz NE. Sex differences in the nature, realism and correlates of body image. *Sex Roles*, 1986, 15:185–195.
6. Lerner RM, Orlos JB, Knapp JR. Physical attractiveness, physical effectiveness and self-concept in late adolescents. *Adolescence*, 1976, 11:313–326.
7. Koff E, Rierdan J. Perceptions of weight and attitude toward eating in early adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 1991, 12:307–312.
8. Kilpatrick M, Ohannessian C, Bartholomew JB. Adolescent weight management and perceptions: an analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of School Health*, 1999, 69:148–152.
9. Pesa J. Psychosocial factors associated with dieting behaviors among female adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 1999, 69:196–201.
10. Mann A H et al. Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old schoolgirls. *Psychological Medicine*, 1983, 13:573–580.
11. Casper RC, Offer D. Weight and dieting concerns in adolescents, fashion or symptom? *Pediatrics*, 1990, 86:384–390.
12. Polivy J, Heatherton TF, Herman CP. Self-esteem, restraint and eating behaviour. *Journal of Abnormal Psychology*, 1988, 97:354–356.
13. Edmunds H, Hill AJ. Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 1999, 25:435–440.
14. Hill AJ. Causes and consequences of dieting and anorexia. *Proceedings of the Nutrition Society*, 1993, 52:211–218.
15. Patton GC et al. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*, 1999, 318:765–768.
16. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894).
17. Power C, Lake JK, Cole TJ. Measurement and long-term health risks of child and adolescent fatness. *International Journal of Obesity*, 1997, 21:507–526.
18. Parsons TJ et al. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 1999, 23(Suppl. 8):S1–S107.
19. Richardson SA et al. Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *American Sociological Review*, 1961, 26:241–247.
20. Wardle J, Volz C, Golding C. Social variation in attitudes to obesity in children. *International Journal of Obesity*, 1995, 19:562–569.
21. Canning, H, Mayer J. Obesity – Its possible effect on college acceptance. *New England Journal of Medicine*, 1996, 275:1172–1174.

22. Gortmaker SL et al. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:1008–1112.
23. Must A, Strauss RS. Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity*, 1999, 23(Suppl. 2):S2–S11.
24. Cole TJ et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 2000, 320:1–6.
25. Hediger ML et al. Body size and risk behaviors in relation to pubertal status for US adolescents: findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey. Bethesda, National Institute of Child and Health Development, 2003.
26. Drewnowski A, Kurth CL, Krahn DD. Body weight and dieting in adolescence: impact of socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 1994, 16:61–65.
27. Strauss RS. Comparison of measured and self-reported weight and height in a cross-sectional sample of young adolescents. *International Journal of Obesity*, 1999, 23:904–908.
28. Goodman E, Hinden BR, Kandelwal S. Accuracy of teen and parental reports of obesity and body mass index. *Pediatrics*, 2000, 106:52–58.
29. Tienboon P, Wahlqvist ML, Rutishauser IHE. Self-reported weight and height in adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 13:528–532.
30. Crawley HF, Portides G. Self-reported versus measured height, weight and body mass index amongst 16–17 year old British teenagers. *International Journal of Obesity*, 1995, 19:579–584.
31. Brener NC et al. Reliability and validity of self-reported height and weight among high school students. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:281–287.

Igiene orale – Lea Maes, Mai Maser and Sisko Honkala

Introduzione

Le malattie della bocca sono fra le più diffuse nelle società industrializzate (1). Igiene orale, tuttavia, non vuol dire solo avere denti sani, ma comporta ulteriori conseguenze. I disturbi ai denti sono una causa comune di dolore (2) e sono all'origine di disabilità e handicap. Una scarsa igiene orale limita le scelte personali e le opportunità di socializzazione e diminuisce il grado di soddisfazione per la propria vita così come succede nel caso di altre malattie in altre parti del corpo (3, 4).

Le principali malattie della bocca, la carie dentale e le malattie periodontali, possono derivare principalmente da problemi comportamentali e si possono prevenire limitando l'assunzione di dolci, mantenendo un'accurata igiene orale e usando dentifricio al fluoro per lavarsi i denti (1). Negli ultimi decenni, la carie dentale è diminuita in molti paesi Europei e nel Nord America (5–9), ma rimangono grandi differenze socioeconomiche riguardo alla capacità di capire gli interventi di prevenzione e la diffusione del problema (10). Lavarsi i denti rimane la principale forma di prevenzione per tutti e in genere si consiglia di farlo due volte al giorno, al mattino e alla sera (11, 12).

Metodi

Tutte le indagini HBSC hanno valutato le abitudini riguardo all'igiene orale ponendo la seguente domanda: Quante volte ti lavi i denti? Le risposte possibili erano: Più di una volta al giorno, Una volta al giorno, Almeno una volta alla settimana, ma non ogni giorno, Meno di una volta alla settimana, Mai.

Risultati

Ci sono grandi differenze geografiche nella frequenza con cui gli intervistati dichiarano di lavarsi i denti (Fig. 3.32). Nei quindici anni, la percentuale è più alta (> 80%) in Danimarca, Norvegia, Svizzera e Svezia e più bassa (> 50%) in Belgio (Fiandre), Finlandia, Grecia, Lituania, Malta, Spagna e Ucraina. Nella maggior parte dei paesi e delle regioni, le percentuali si differenziano solo leggermente per fasce d'età. In tutti i paesi e le regioni e in tutte le fasce d'età, le femmine dichiarano di lavarsi i denti più spesso dei maschi; in molti casi, la differenza supera il 20%.

Quando si osservano i dati relativi al lavarsi i denti una sola volta al giorno, più del 10% degli undicenni dichiara di non aver raggiunto nemmeno questa soglia in Groenlandia, Lettonia, Lituania e Malta. Nei quindici anni, questa cifra supera il 10% solo per Malta.

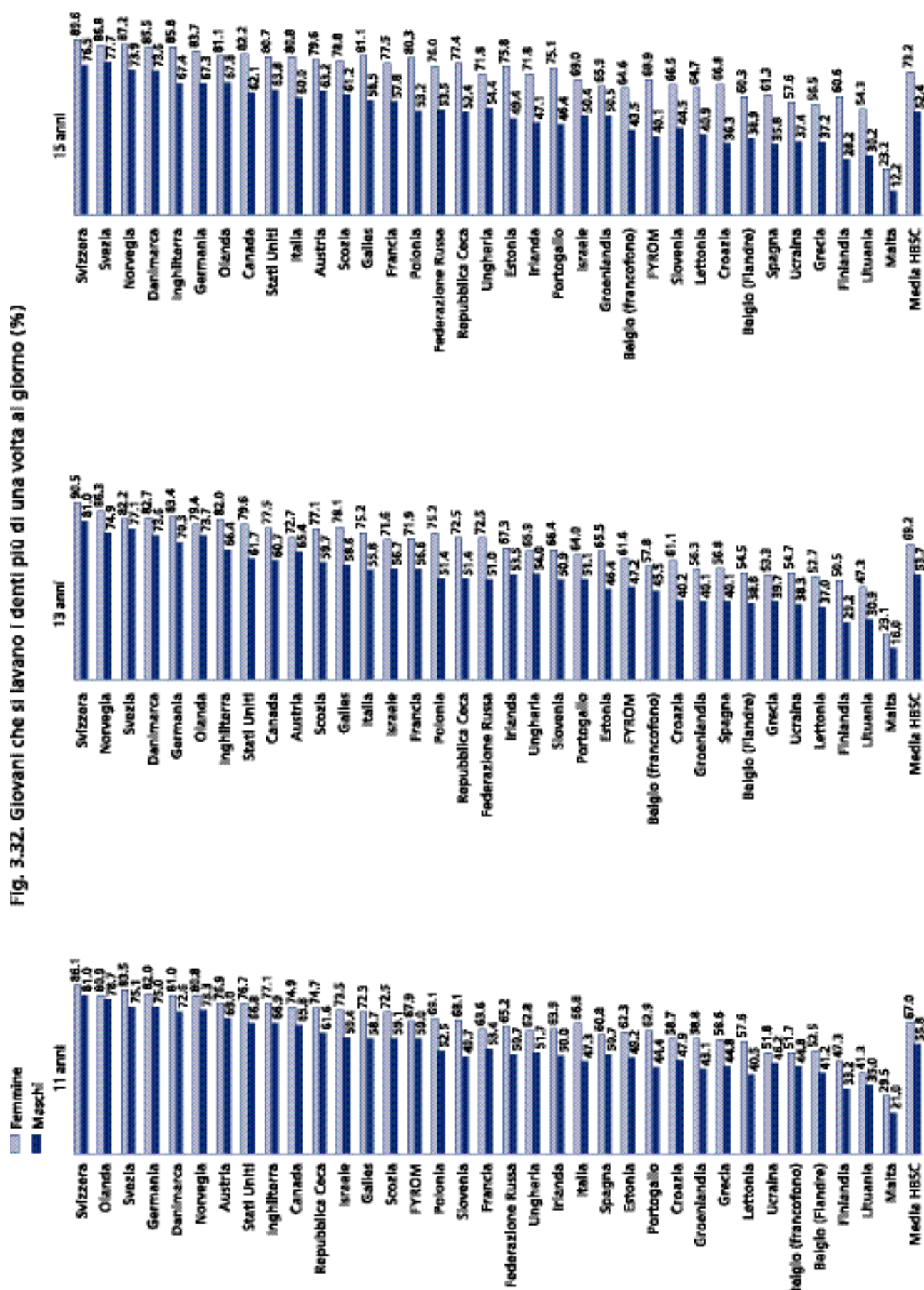
Conclusioni

Precedenti ricerche, alcune delle quali basate sui dati dell'indagine HBSC, hanno evidenziato che le femmine si lavano i denti più spesso dei maschi (13, 14) e che ci sono notevoli differenze tra le aree geografiche per quanto riguarda la frequenza con cui gli intervistati si lavano i denti nella Regione europea (13, 15–17). Queste tendenze sembrano persistere.

Risultati precedenti hanno anche evidenziato che i bambini più grandi si lavano i denti più regolarmente di quelli più piccoli, ma secondo l'indagine del 2001/2002 ciò è vero solo in alcuni paesi e regioni e non è una tendenza generale. L'abitudine di lavarsi i denti sembra rimanere piuttosto stabile durante l'adolescenza, un fatto molto importante al momento di puntare sull'educazione alla salute.

Le grandi differenze tra le aree geografiche per quanto riguarda l'abitudine di lavarsi i denti costituiscono una sfida per la promozione dell'igiene orale in molti paesi. Sebbene l'abitudine di lavarsi i denti almeno due volte al giorno prevalga in alcuni paesi della Regione europea, la maggior parte di essi presenta ancora margini di miglioramento. Le strategie per promuovere un'efficace igiene orale hanno bisogno di essere attuate in particolar modo tra i maschi e gli alunni più giovani.

Fig. 3.32. Giovani che si lavano i denti più di una volta al giorno (%)



Bibliografia

1. Honkala E et al. A case study in oral health promotion. In: The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels and Luxemburg, International Union for Health Promotion and Education, 2000.
2. Reisine S. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. *American Journal of Public Health*, 1985, 75:27–30.
3. Shaw W, Meek S, Jones D. Nicknames, teasing, harassment and the salience of dental features among school children. *British Journal of Orthodontics*, 1980, 7:75–80.
4. Smith J, Sheiham A. How dental conditions handicap the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1979, 7:305–310.
5. Truin G J et al. Caries prevalence amongst school children in The Hague between 1969 and 1993. *Caries Research*, 1994, 28:176–80.
6. Vargas CM, Cral JJ, Schneider DA. Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHA-NESS III, 1988–1994. *Journal of the American Dental Association*, 1998, 129:1229–1238.
7. Marthaler TM. Caries status in Europe and prediction of future trends. *Caries Research*, 1990, 24:381–396.
8. Von der Fehr FR, Haugejorden O. The start of caries decline and related fluoride use in Norway. *European Journal of Oral Science*, 1997, 105:21–26.
9. Brown LJ. Trends in total caries experience: permanent and primary teeth. *Journal of the American Dental Association*, 2000, 131(1):93–100.
10. Truin G J et al. Time trends in caries experience of 6- and 12-year-old children of different socioeconomic status in The Hague. *Caries Research*, 1998, 32:1–4.
11. Sheiham A. Prevention and control of periodontal disease. In: Klavan B et al., eds. *International conference on research in the biology of periodontal disease*. Chicago, University of Illinois, 1977:309–376.
12. Frandsen, A. Mechanical oral hygiene practices. State of the science review. In: Loe H, Kleinman DV, eds. *Dental plaque control measures and oral hygiene practices*. Oxford, IRL Press, 1986:93–116.
13. Kuusela S et al. Oral hygiene habits of 11-year-old school children in 22 European countries and Canada in 1993–1994. *Journal of Dental Research*, 1997, 76:1–9.
14. Addy M et al. The effect of tooth-brushing frequency, tooth-brushing hand, sex and social class on the incidence of plaque, gingivitis and pocketing in adolescents: a longitudinal cohort study. *Community Dental Health*, 1990, 7:237–247.
15. Honkala E, Kannas L, Rise J. Oral health habits of school children in 11 European countries. *International Dental Journal*, 1990, 40:211–217.
16. Schou L, Currie C, McQueen D. Using a “lifestyle” perspective to understand tooth brushing behaviour in Scottish school children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1990, 18:230–234.
17. Rise J et al. Distribution of dental behaviours in Nordic school children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1991, 19:9–13.

Bullismo, violenza fisica e vittimizzazione –

Wendy M. Craig and Yossi Harel

Introduzione

Gli atti di aggressione nelle scuole rappresentano un problema in molti paesi del mondo (1-5). Il bullismo, la vittimizzazione e la violenza fisica costituiscono diverse forme di contatto con la violenza nel corso dell'adolescenza. Il bullismo è un problema di relazione: è l'affermazione della forza interpersonale attraverso l'aggressione (5,6). Il bullismo implica un'azione verbale o fisica negativa che ha un intento ostile, causa angoscia alle vittime, si ripete nel tempo e implica una differenza di forza tra i bulli e le loro vittime (5). La vittimizzazione attraverso atti di bullismo avviene quando una persona subisce un comportamento aggressivo: la vittima è di solito meno forte di chi compie atti di bullismo che può essere qualcuno più grande, più forte o più vecchio. Ripetuti atti di bullismo rafforzano le relazioni di potere tra bulli e le loro vittime: i primi conquistano potere e i secondi lo perdono. In questa situazione i bambini vittime di atti di bullismo diventano via via incapaci di difendersi. Litigare o picchiarsi è un comportamento aggressivo e le persone coinvolte hanno di solito la stessa età e la stessa forza.

Accanto agli effetti immediati, il bullismo, la vittimizzazione e la violenza fisica hanno conseguenze negative a lungo termine su tutti quelli che ne sono coinvolti; i bulli (7), le vittime (8), i litiganti e coloro che osservano le dinamiche (9). In rapporti retrospettivi si è riscontrato che i bambini con atteggiamenti da bulli tendono ad essere bulli da adulti e ad avere bambini che sono a loro volta dei bulli; allo stesso modo, bambini che sono vittime tendono ad avere bambini che saranno a loro volta vittime (7).

Pepler e Craig (10) hanno esaminato il bullismo da una prospettiva evolutiva e sostengono che questo tipo di comportamento aggressivo merita attenzione perché è alla radice di molti problemi collegati alla violenza interpersonale. Il bullismo potrebbe essere un passo verso una serie ininterrotta di comportamenti aggressivi che combinano l'uso della forza e dell'aggressione. La stessa combinazione di forza e di aggressione riscontrata sul terreno di gioco del bullismo è una componente chiave delle molestie sessuali e del mobbing sul lavoro, dell'aggressione fra fidanzati e coniugi, e dell'abuso di bambini e persone anziane (10). La ricerca longitudinale indica che il bullismo nell'infanzia è associato ad un comportamento antisociale nell'età adulta, come la criminalità e ad opportunità limitate di raggiungere obiettivi socialmente desiderati come un impiego stabile e relazioni durature (7). Le vittime da bambini sono a rischio di una serie di conseguenze negative. Sono più ansiosi e insicuri (5), hanno una più bassa autostima e sono più solitari (3), ed è più probabile che siano rifiutati dai loro compagni e che siano più depressi (8) degli altri. Per i bambini l'inclinazione ad essere vittime si mantiene stabile nel tempo. Analizzando rapporti retrospettivi, Olweus (11) ha riscontrato che i maschi che erano vittime a 13 anni lo erano anche a 16. Anche i compagni possono soffrire a causa della pressione da parte del gruppo a farli partecipare ad atti di bullismo. Il semplice fatto di assistere ad atti di bullismo può causare angoscia (9).

I costi di ciò che il bullismo implica per gli individui, le famiglie, le scuole e la società sono elevati. I bambini che fanno o subiscono atti di bullismo generano costi diretti perché vengono coinvolti in svariate sistemazioni come il servizio di igiene mentale, la giustizia minorile, l'educazione per il reinserimento e i servizi sociali. Rompere questo schema di comportamento è una questione difficile. La diffusione e la gravità del bullismo e della vittimizzazione costringono i ricercatori ad esaminare i fattori di rischio e di protezione che si presentano all'inizio, nel corso e alla fine di questi comportamenti. Le conoscenze acquisite possono essere usate per dare direttive nel campo delle politiche sociali e per programmare interventi efficaci per eliminare o almeno limitare questo problema.

Metodi

Le domande sul bullismo usate in questa indagine erano quelle sviluppate da Olweus (11). Le domande sono precedute da una definizione di bullismo. Diciamo che uno studente è oggetto di bullismo quando un altro studente, o gruppo di studenti, gli fa o dice qualcosa di cattivo o spiacevole. Si tratta di bullismo anche quando uno studente

viene stuzzicato in un modo che non gli piace, oppure quando viene escluso apposta. NON è bullismo quando due studenti, che hanno più o meno la stessa forza e potenza, litigano o si picchiano. NON è nemmeno bullismo quando lo stuzzicare avviene in un modo amichevole per scherzo. Quest'ampia definizione include il concetto di esclusione intenzionale come forma di bullismo ed aiuta a ridurre per quanto possibile i problemi di traduzione, in particolare nelle lingue che non hanno un termine specifico per descrivere il bullismo.

Due domande seguivano la definizione, una relativa al fatto di essere vittime del bullismo e l'altra al fatto di commettere atti di bullismo nei confronti degli altri

- Quante volte hai subito atti di bullismo a scuola nell'ultimo paio di mesi?
- Quante volte hai partecipato ad atti di bullismo contro un altro studente a scuola nell'ultimo paio di mesi?

Le risposte possibili per entrambe le domande erano le stesse: Non sono stato oggetto di bullismo (o partecipato ad atti di bullismo contro un altro studente) a scuola nell'ultimo paio di mesi, Una volta o due, 2 o 3 volte al mese, Una volta alla settimana circa, Più volte alla settimana.

Si sono esaminati due livelli di coinvolgimento: essere vittima di bullismo o commettere atti di bullismo nei confronti degli altri almeno una volta negli ultimi due mesi, da una parte, e essere vittima di bullismo o commettere atti di bullismo almeno 2-3 volte al mese, dall'altra. Questo metodo di valutazione della diffusione del bullismo è ben consolidato nel campo della ricerca (5) ed è stato avallato da altri studi HBSC (12).

Una sola domanda valutava la violenza fisica. Negli ultimi 12 mesi, quante volte sei azzuffato o picchiato con qualcuno? Le risposte possibili erano: Non mi sono mai azzuffato o picchiato con qualcuno, una volta, due volte, tre volte, quattro o più volte.

I giovani che hanno dichiarato di essere stati coinvolti in qualche forma di violenza fisica nei 12 mesi precedenti sono stati identificati come litiganti. I dati relativi ai litiganti frequenti (quelli che sono comportati in questi termini tre o più volte nei dodici mesi precedenti) sono presentati in un modo simile a quelli per il bullismo. Questo metodo è stato valutato in precedenti indagini HBSC.

Risultati

C'è un'ampia variazione geografica nella percentuale di giovani che riferiscono atti di bullismo, vittimizzazione e risse. Le differenze nella diffusione di questi comportamenti sono sorprendenti, e questi atteggiamenti potrebbero essere condannati maggiormente dal punto di vista culturale in alcuni paesi rispetto ad altri. Inoltre, prove recenti indicano che il bullismo è difficile da definire in alcune lingue e che la traduzione potrebbe risultare difficile. In questo modo le variazioni in base al paese dovrebbero essere interpretate con cautela.

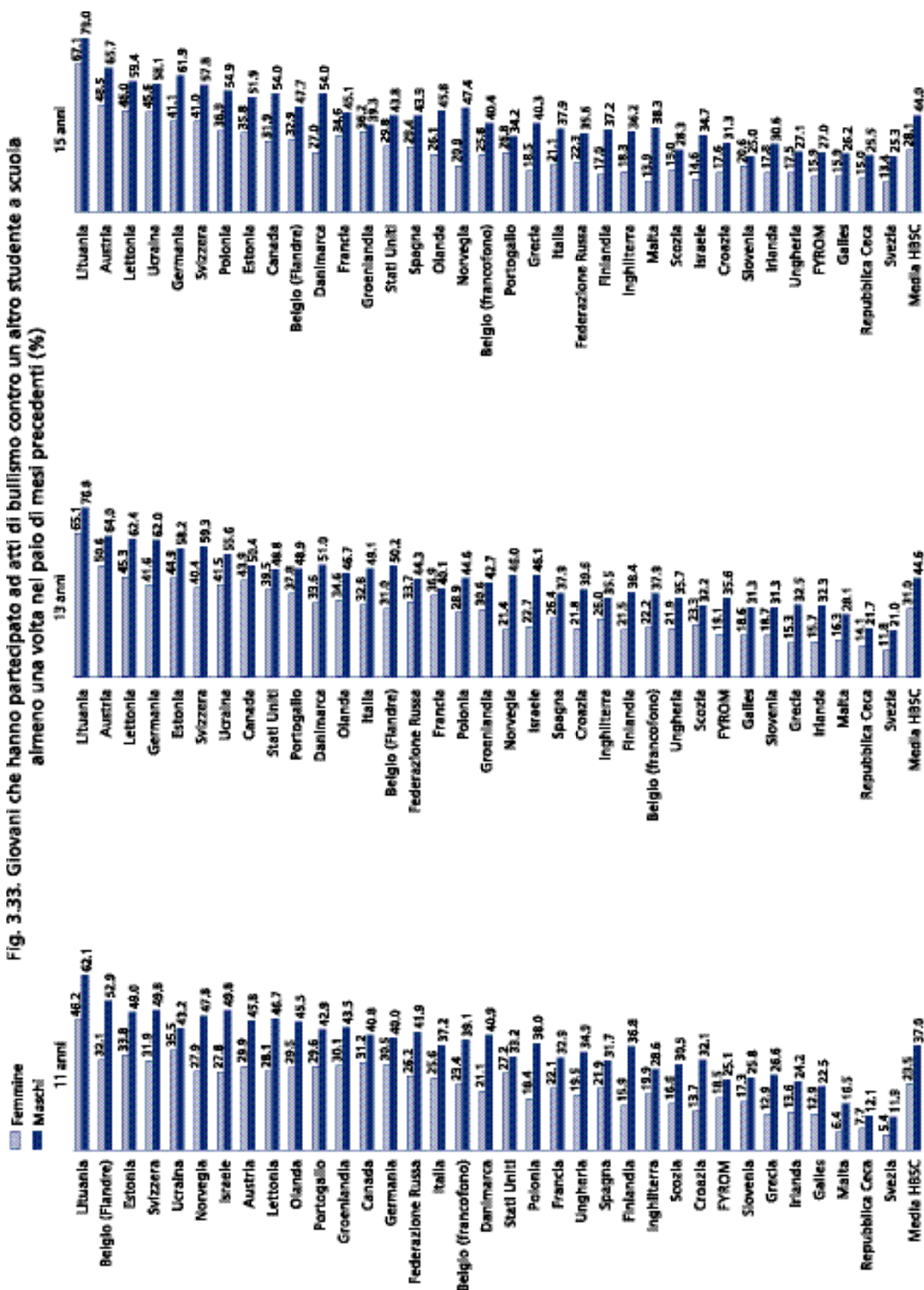
Bullismo nei confronti dei compagni di scuola

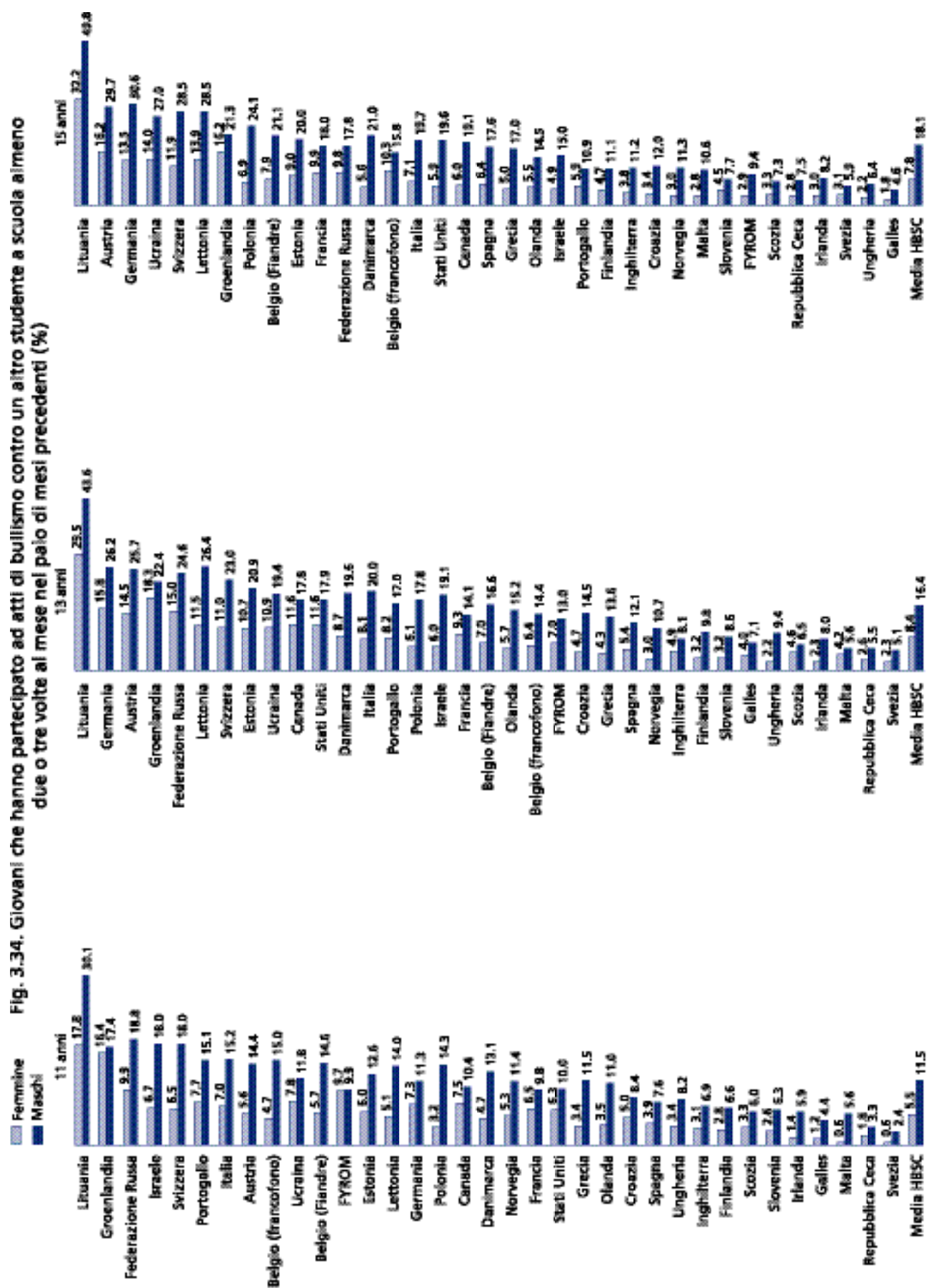
Circa il 35% dei giovani nello studio HBSC riferisce di essere stato coinvolto in atti di bullismo nei confronti di altre persone almeno una volta nei due mesi precedenti (Fig. 3.33). Questa percentuale varia sostanzialmente nei paesi e nelle regioni: 9-54% per gli undicenni, 17-71% per i tredicenni e 19-36% per i quindicenni. Le percentuali medie nelle tre fasce di età sono rispettivamente del 30%, 38% e 36%. Il bullismo è più diffuso fra i tredicenni che fra gli undicenni e fra i maschi piuttosto che fra le femmine.

Fig. 3.34 presenta la distribuzione dei giovani che dicono di aver compiuto atti di bullismo nei confronti degli altri più frequentemente. Come forse ci si aspetterebbe, la diffusione è inferiore rispetto a quella del bullismo meno frequente: 11%. Come nel caso del bullismo che si verifica almeno una volta nei due mesi precedenti, questa percentuale complessiva nasconde variazioni importanti nei paesi e regioni: 2-24% per gli undicenni, 4-37% per i tredicenni e 3-41% per i quindicenni. Le percentuali medie per il bullismo frequente nelle tre fasce d'età sono rispettivamente del 9%, 12% e 13%.

Ad entrambi i livelli di frequenza Austria, Estonia, Germania, Lettonia, Lituania, Svizzera e Ucraina sono uniformemente nel quartile più alto in tutte le fasce d'età, mentre la Repubblica Ceca, Irlanda, Scozia,

Fig. 3.33. Giovani che hanno partecipato ad atti di bullismo contro un altro studente a scuola almeno una volta nel paio di mesi precedenti (%)





Slovenia, Svezia, La ex-Repubblica Iugoslava di Macedonia e il Galles sono nel quartile più basso.

Differenze tra i sessi e le fasce d'età

In tutti i paesi e regioni e in tutte le fasce d'età, i maschi commettono atti di bullismo nei confronti degli altri più delle femmine. La differenza tra i sessi è particolarmente marcata nel caso di bullismo frequente in circa tre quarti dei paesi e delle regioni che mostrano percentuali molto più alte fra i maschi.

Nella maggior parte dei paesi e delle regioni un maggiore aumento degli atti di bullismo si riscontra tra gli 11 e 13 anni. Venti paesi indicano un picco all'età di tredici anni nel caso di bullismo almeno una volta nei due mesi precedenti.

In tutte le fasce di età, 10 paesi e regioni mostrano un aumento con l'età; tre mostrano percentuali simili (Belgio (Fiandre), Belgio (francofono) e Groenlandia) e due un calo con l'avanzare dell'età (Israele e Norvegia).

Vittime di bullismo a scuola

La Fig. 3.35 presenta modelli di vittimizzazione: circa il 34% di tutti i giovani dei 35 paesi e delle regioni partecipanti riferiscono di essere stati vittime di bullismo almeno una volta nei due mesi precedenti. Le percentuali variano in modo significativo per paese e regione: 14–63% negli undicenni, 17–69% nei tredicenni e 12–61% nei quindicenni. Le percentuali medie di vittimizzazione nei due mesi precedenti in tutte e tre le fasce di età sono rispettivamente del 38%, 36% e 27%.

Essere vittima di bullismo a scuola due o tre volte o anche di più nei due mesi precedenti all'intervista è indicativo di vittimizzazione ripetuta, indicativo di giovani a più alto rischio. In tutte le 35 paesi e regioni il 11% dei giovani ha riferito di essere stato vittima di bullismo con questa frequenza. Anche qui le percentuali variano notevolmente nei paesi e nelle regioni da una parte (circa 2–36%) e nelle fasce d'età dall'altra (4–36% negli undicenni, 6–36% nei tredicenni e 2–32% nei quindicenni) (Fig. 3.36). Le percentuali medie nelle tre fasce d'età sono del 15%, 14% e 10% riferite rispettivamente agli 11, 13 e 15 anni.

Per entrambi le percentuali di frequenza, Estonia, Groenlandia, Lettonia, Lituania, Portogallo e Ucraina sono nel quartile più alto in tutte le fasce d'età. Estonia e Lituania sono anche nel quartile più alto per il bullismo. Ciò suggerisce che un numero significativo di giovani in questi paesi compie atti di bullismo nei confronti degli altri o ne è vittima. Al contrario, Croazia, Repubblica Ceca, Slovenia e Svezia sono nel quartile più basso in tutte le età per quanto riguarda la vittimizzazione. Tre paesi, la Repubblica Ceca, la Slovenia e la Svezia riportano percentuali basse sia per il bullismo che per la vittimizzazione.

Differenze tra i sessi e fasce d'età

Al contrario delle percentuali sul bullismo, che sono più alte per i maschi, complessivamente le differenze tra i sessi per quanto riguarda la vittimizzazione sono relativamente minime. Sebbene più maschi che femmine riferiscano di essere stati vittime di bullismo in alcuni paesi e regioni come il Belgio (francofono) e Israele, la maggior parte riporta più somiglianze tra i sessi che differenze, e in alcuni casi è maggiore il numero delle vittime fra le femmine. In molti paesi e regioni le differenze tra i sessi variano tra fasce d'età e non si osserva alcun modello uniforme. Quando si analizza il dato relativo a coloro che sono stati vittime di bullismo almeno una volta nei due mesi precedenti, su ampia scala in tutti i paesi e regioni, le differenze tra i sessi sembrano diminuire con l'età. Le differenze sono minime o inesistenti in 21, 25 e 28 paesi e regioni rispettivamente per gli undicenni, i tredicenni e i quindicenni.

Per entrambi le percentuali di frequenza la maggior parte dei paesi e delle regioni riporta un calo significativo della vittimizzazione con l'avanzare dell'età. Calano più della metà tra gli 11 e 15 anni in alcuni paesi (come Ungheria, Italia, Israele, Norvegia e la Federazione Russa) e raggiunge il massimo a 13 anni in sette paesi e regioni.

Violenza fisica

In media il 39% di tutti i giovani riferiscono di essere stati coinvolti in almeno un episodio di violenza

Fig. 3.35. Giovani che hanno subito atti di bullismo a scuola almeno una volta nei mesi precedenti (%)

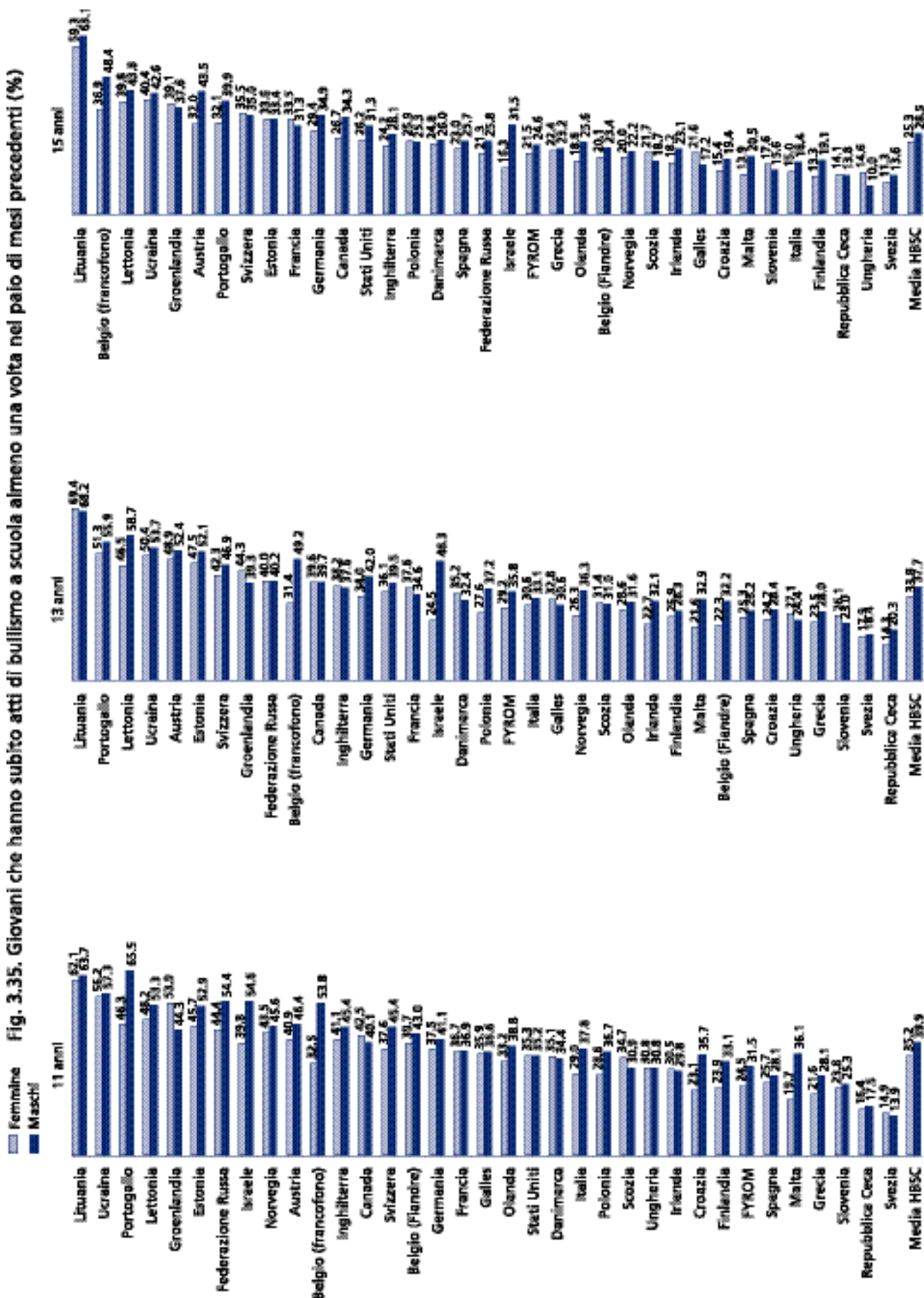


Fig. 3.36. Giovani che hanno subito atti di bullismo a scuola due o tre volte o più nel paio di mesi precedenti (%)

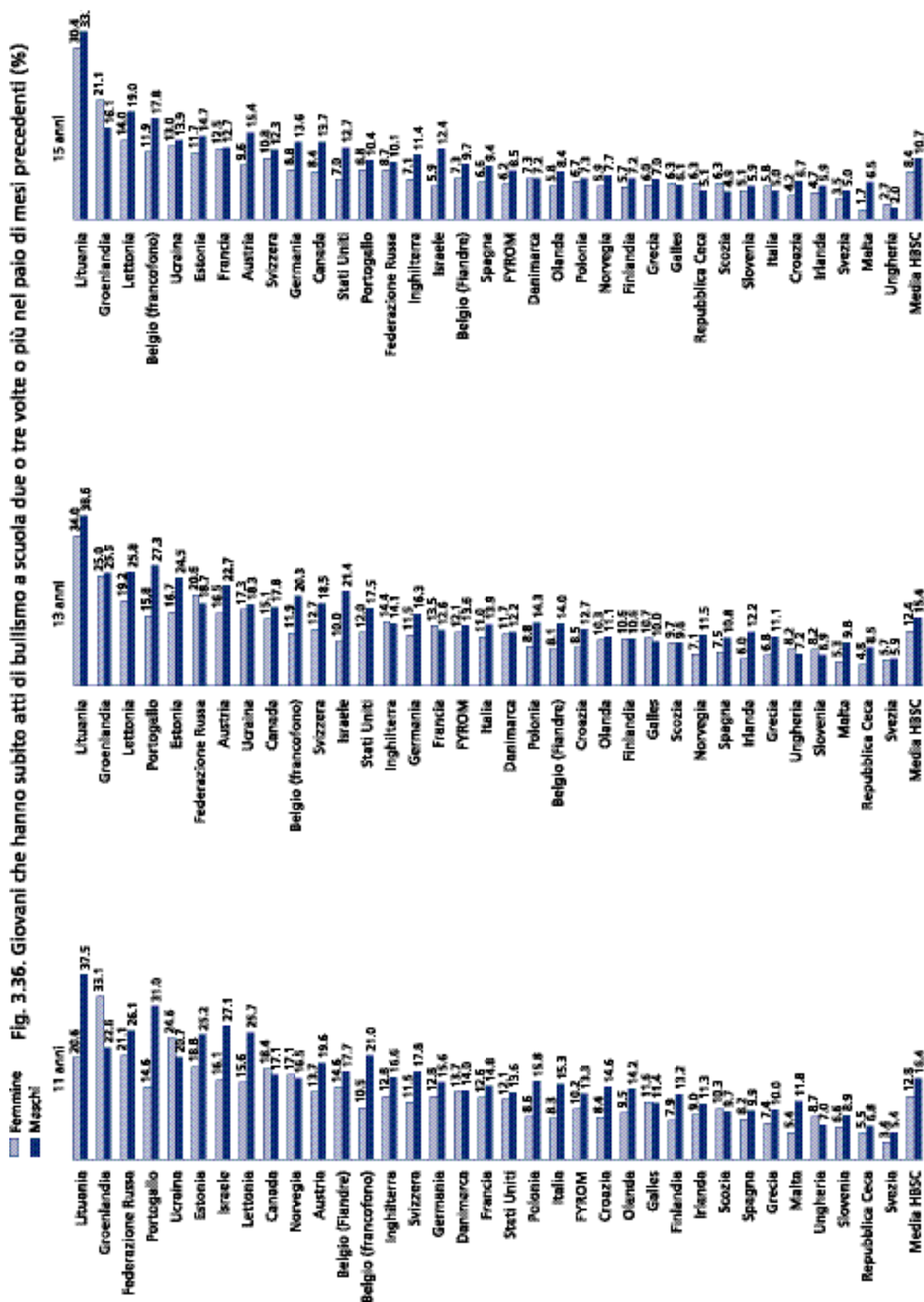


Fig. 3.37. Giovani che si sono azzuffati o picchiati con qualcuno almeno una volta nei 12 mesi precedenti (%)

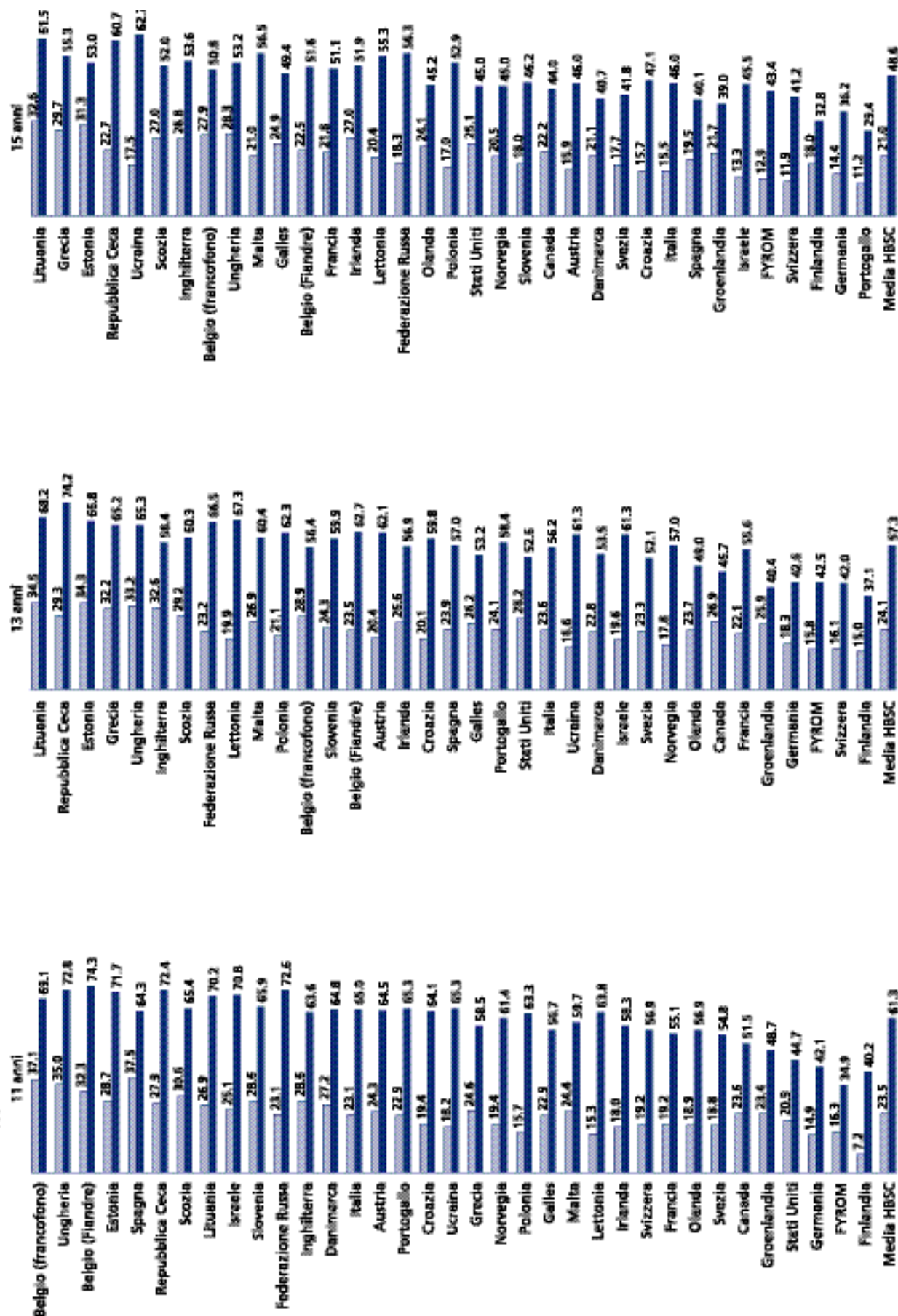
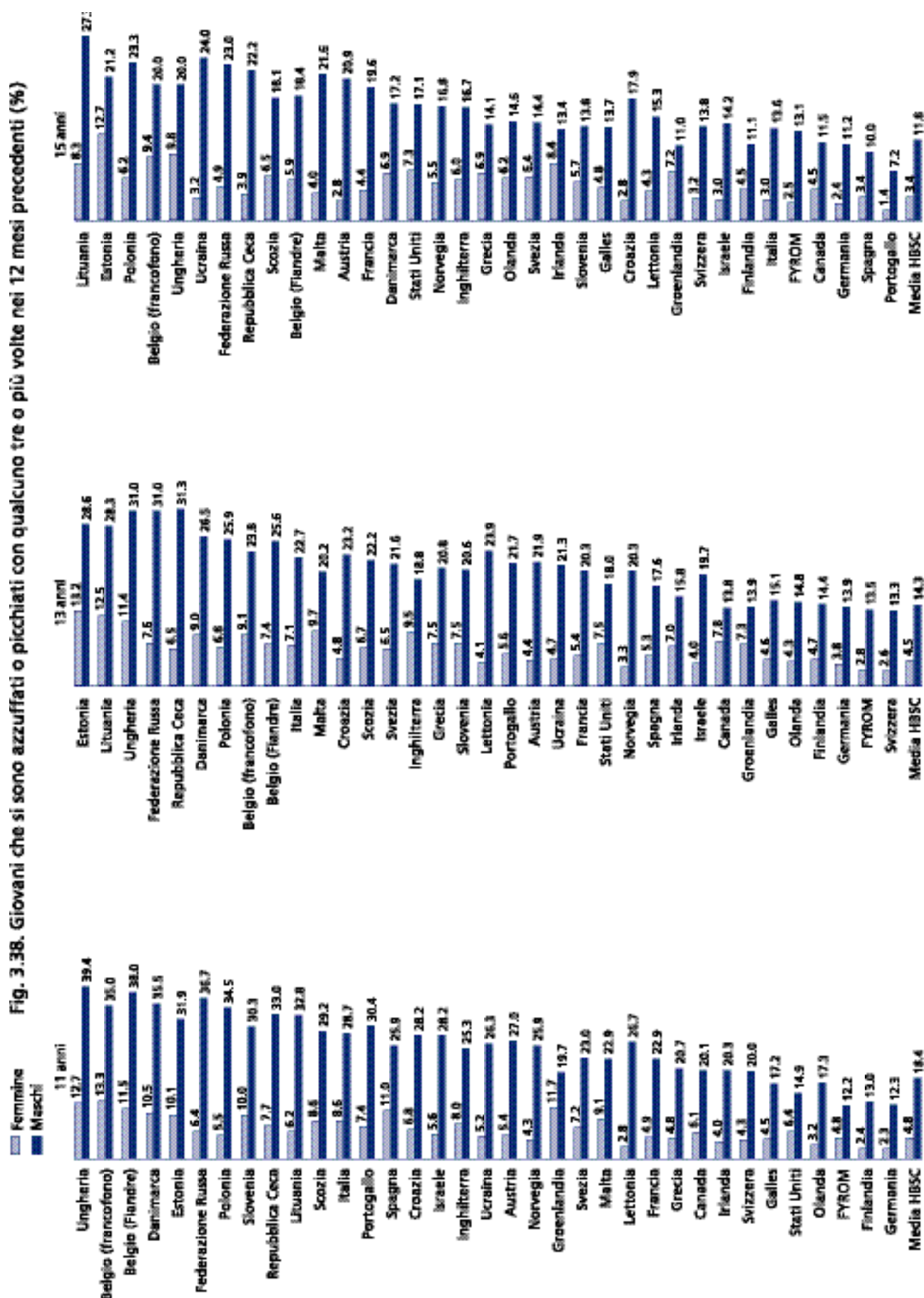


Fig. 3.38. Giovani che si sono azzuffati o picchiati con qualcuno tre o più volte nei 12 mesi precedenti (%)



fisica nell'anno precedente (Fig. 3.37). Le percentuali variano nei paesi e nelle regioni (24–53% negli undicenni, 26–52% nei tredicenni 20–48% nei quindicenni) ma un po' meno delle percentuali relative al bullismo e alla vittimizzazione. Le percentuali medie nelle tre fasce d'età sono rispettivamente il 42%, 40% e 34%.

Fra tutti i giovani, il 10% riferisce di azzuffarsi e picchiarsi più frequentemente: tre o più volte dell'anno precedente (Fig. 3.38). Queste percentuali variano nelle fasce d'età: 7–26% negli undicenni, 8–21% nei tredicenni e 4–18% nei quindicenni. Le percentuali medie per le tre fasce d'età sono rispettivamente il 12%, 9%, e 7%.

Per entrambe le percentuali di frequenza, Estonia, Ungheria e Lituania sono uniformemente nel quartile più alto in tutte le fasce d'età. Come già detto, Estonia e Lituania sono anche nel quartile più alto per quanto riguarda il bullismo in tutte le fasce d'età. Al contrario, il quartile più basso in tutte le fasce d'età comprende Finlandia, Germania e la ex-Repubblica jugoslava di Macedonia, che è l'unico paese che si colloca in modo uniforme nel quartile più basso sia per il bullismo che per le risse.

Differenze tra i sessi e fasce d'età

Ci sono differenze sostanziali tra i sessi in tutti i paesi e le regioni e tra fasce d'età per quanto riguarda la violenza fisica. Le percentuali relative ai maschi sono almeno il doppio rispetto a quelle relative alle femmine e, in molti casi, più del triplo. Complessivamente, quasi il doppio dei maschi rispetto alle femmine afferma di aver partecipato a una rissa.

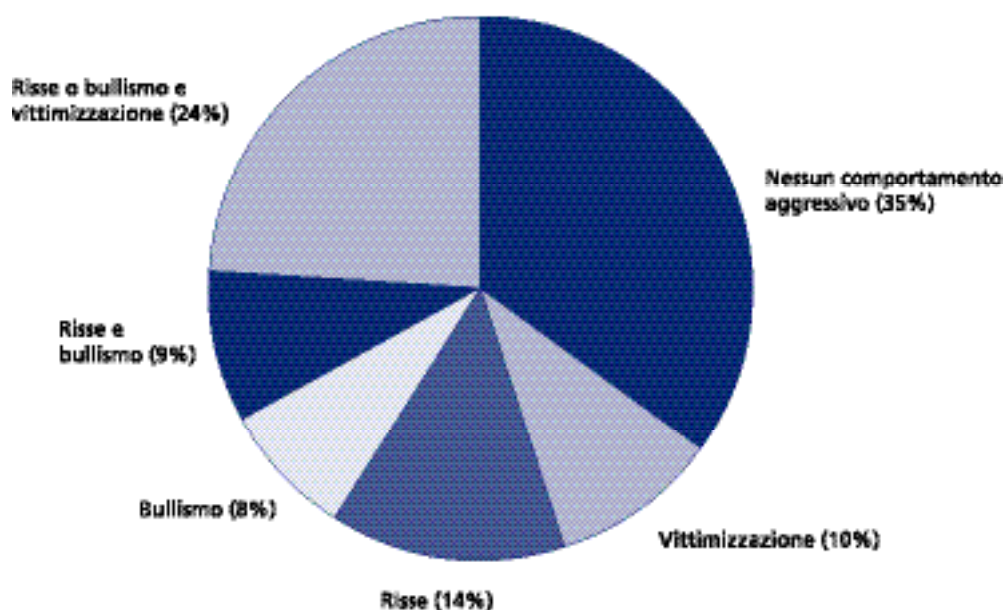
La maggior parte dei paesi evidenzia percentuali simili o in calo delle risse con l'aumentare dell'età. Il calo è considerevole: oltre il 20%.

Sovrapposizione tra violenza fisica, compiere e subire atti di bullismo

La Fig. 3.39 ci dà un quadro unico della sovrapposizione tra le tre diverse forme di comportamento aggressivo fra i 163.000 giovani intervistati nei 35 paesi e regioni che hanno partecipato allo studio HBSC. La percentuale più grande non è coinvolta in nessuna delle tre forme di violenza adolescenziale. Una percentuale più piccola è vittima, ma non coinvolta in risse o atti di bullismo nei confronti degli altri.

Fra i comportamenti aggressivi, sono di più i giovani coinvolti in risse anziché solo in atti di bullismo. Un piccolo gruppo è coinvolto sia in risse che in atti di bullismo e un gruppo più vasto riferisce di essere stato coinvolto in comportamenti aggressivi sia come litigante o bullo che come vittima.

Fig. 3.39. Sovrapposizione tra risse, compiere e subire atti di bullismo (%)



Conclusioni

In tutti i paesi, i maschi riferiscono più episodi di bullismo e risse rispetto alle femmine. Questo risultato non indica necessariamente che i maschi siano più aggressivi delle femmine, ma piuttosto che è più probabile che siano coinvolti in questa forma aperta di aggressione, mentre le femmine è più probabile che si dedichino a forme più sottili di aggressione indiretta non valutata nel questionario (13). I rapporti di altre popolazioni hanno riscontrato modelli simili tra i sessi, mentre le differenze tra i sessi sono più marcate in alcuni paesi e regioni rispetto ad altri: la stabilità di questo risultato è particolarmente sorprendente. Al contrario delle solite differenze tra i sessi nelle forme aperte di aggressione, i risultati per la vittimizzazione non sono così uniformi nei paesi e regioni.

Gli andamenti a seconda della fascia d'età, nel caso del bullismo e della violenza fisica si differenziano nei paesi e nelle regioni. I cambiamenti nell'età relativi al bullismo non sono così uniformi nei paesi e regioni come quelli associati alla violenza fisica, e questo potrebbe essere un'indicazione delle norme linguistiche e culturali relative al bullismo. Sia la violenza fisica che gli atti di bullismo mostrano alcuni risultati uniformi, che indicano come questi comportamenti aumentino di solito intorno ai 13 anni. Questo potrebbe essere associato ad altri fattori come la pubertà (particolarmente nei maschi) o trasformazioni nella scuola.

Questi risultati indicano che la violenza fisica, il bullismo e la vittimizzazione si verificano di frequente. Questo fenomeno desta serie preoccupazioni riguardo i possibili effetti di questi comportamenti sulla salute dei giovani. Per esempio un terzo dei giovani dichiara di aver vissuto tutte e tre queste situazioni. Sebbene l'ampia diffusione diminuisca con l'aumentare della frequenza (cioè, tre o più risse nell'ultimo anno o coinvolgimento in episodi di bullismo almeno 2 volte al mese), prove evidenti dimostrano che molti bambini partecipano o sono vittime di questi comportamenti e che una piccola minoranza vi partecipa regolarmente. Più i giovani adottano questi comportamenti, maggiore è la probabilità che essi siano a rischio di avere problemi emotivi, fisici, psicologici e scolastici. (3,5,8,9,11,14,15). Allo stesso modo, circa un quarto dei giovani riferisce di aver adottato sia comportamenti aggressivi che di esserne stato vittima. Essi rischiano anche di avere problemi di salute dal punto di vista fisico, sociale e psicologico. Per entrambi i tipi di comportamento aggressivo, le percentuali per i maschi sono quasi il doppio rispetto a quelle delle femmine.

I risultati dello studio contengono importanti implicazioni per sviluppare una politica per la salute. Essi dimostrano la dimensione dei problemi associati alla violenza fisica, al bullismo e alla vittimizzazione e sottolineano l'importanza di affrontare questi comportamenti dal momento che sono aspetti importanti per la salute fisica e mentale. Questi comportamenti oltrepassano chiaramente i confini nazionali e si diffondono in molte culture.

Riconoscere la loro gravità è solo il primo passo per intervenire con efficacia e ridurre la larga diffusione. A tal scopo le politiche sociali hanno bisogno di evidenze scientifiche messe a disposizione dalla ricerca. Risulta sempre più evidente che interventi sistematici in tutto il comparto scolastico riducono i problemi del bullismo (4-6,14). Il processo di cambiamento è impegnativo e lento: sono richiesti interventi efficaci per affrontare i giovani che compiono atti di bullismo, quelli che ne sono vittime, i gruppi dei pari, gli insegnanti, i genitori e tutta la comunità. Gli interventi più efficaci, come quelli messi in atto in Norvegia, riescono a ridurre i livelli di bullismo e vittimizzazione di circa il 50% (5). Questo significa che molti giovani sono ancora a rischio di regolare abuso per mano dei loro compagni e che molti giovani aggressivi non ricevono il sostegno di cui hanno bisogno per abbandonare quella strada, che potrebbe avere conseguenze negative a lungo termine sulla loro salute.

I giovani non sono tutti ugualmente a rischio di violenza fisica, bullismo e/o vittimizzazione. L'essere a rischio è in relazione alla gravità, alla frequenza e alla durata del problema. Per esempio il 36% dei giovani non è affatto coinvolto in risse e bullismo, sebbene ne sia negativamente influenzato quando vi assiste. Altri prendono parte a questi comportamenti occasionalmente e per loro è probabile che sia efficace un programma generico mirato a modificare il loro comportamento e a impegnarli nel prevenire il bullismo. Circa l'11-14% dei giovani sono coinvolti in frequenti risse o bullismo e probabilmente proveranno

effetti negativi. Hanno notevoli difficoltà di adattamento e hanno bisogno di forme di intervento più intensive. Questi giovani devono essere individuati attraverso valutazioni e aiutati attraverso interventi mirati e multisistemici.

Infine, anche l'età incide su questi comportamenti. L'intervento tempestivo può ridurre il problema e ciò significa intervenire sui bambini prima che aumenti la diffusione di questi comportamenti. Per questo motivo, dal punto di vista politico, i programmi di prevenzione devono essere attuati molto prima che i bambini compiano 11 anni.

L'aggressione da parte dei compagni e la vittimizzazione si stanno rapidamente affermando come un ostacolo importante all'adattamento emotivo e sociale e all'educazione per la salute. Senza interventi è probabile che i giovani coinvolti rimangano intrappolati in un modello "a effetto valanga" che si ripercuote negativamente sui rapporti con la famiglia, gli insegnanti, gli amici e i compagni sentimentali. La possibilità di cambiare diminuisce nel tempo, poiché i giovani si alienano da condizionamenti essenziali e dal sostegno della società.

L'alta diffusione e gli effetti negativi dell'aggressione e della vittimizzazione rappresentano un costo sociale significativo, così come una perdita di potenziale per i giovani.

Bibliografia

1. Rigby K, Slee P. Bullying among Australian children: reported behaviour and attitudes to victims. *Journal of Social Psychology*, 1991, 131:615–627.
2. Craig WM, Peters D, Konarski R. Bullying and victimization among Canadian school children. Ottawa, Applied Research Branch, Strategic Policy, Human Resources Development Canada, 1998.
3. Boulton MJ, Underwood K. Bully/Victim problems among middle school children. *British Journal of Educational Psychology*, 1992, 62:73–87.
4. Smith PK, Sharpe S. The problem of school bullying. In: Smith PK, Sharpe S, eds. *School bullying*. London, Routledge, 1994.
5. Olweus D. Bully/victim problems among school children: some basic facts and effects of a school-based intervention program. In: Pepler D, Rubin K, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1991:411–448.
6. Pepler DJ et al. Anevaluation of an anti-bullying intervention in Toronto schools. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 1994, 13:95–110.
7. Farrington DP. Understanding and preventing bullying. In: Tonry M, Morris N, eds. *Crime and justice*, Vol. 17. Chicago, University of Chicago Press, 1993:381–458.
8. Craig W. The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. *Personality and Individual Differences*, 1998, 24:123–130.
9. El-Sheik M, Cummings EM, Goetch VL. Coping with adults' angry behaviour: behavioural, physiological and verbal responses in preschoolers. *Developmental Psychology*, 1989, 25:490–498.
10. Pepler D, Craig W. Making a difference in bullying. LaMarsh report. Toronto, LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, York University, 2000.
11. Olweus D. School-yard bullying – Grounds for intervention. *School Safety*, 1987, 6:4–11.
12. Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. *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, 2001 (http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf, accessed 27 January 2004).
13. Cairns RB, Cairns BD. *Lifelines and risk: pathways of youth in our time*. Cambridge, Cambridge University Press, 1994.
14. Harel Y. A cross-national study of youth violence in Europe. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1999, 11:121–134.
15. Laufer A, Harel Y. The role of family, peers and school perceptions in predicting involvement in youth violence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2003, 15(3):235–244.

Infortuni – William Pickett

Introduzione

Gli infortuni e le conseguenze che ne derivano contribuiscono al diffondersi di un'epidemia silenziosa che colpisce i giovani in tutto il mondo. Nell'ultima metà del XX secolo, gli infortuni hanno preso il posto delle malattie infettive e sono diventati la principale causa di mortalità nei bambini e negli adolescenti in alcuni paesi (1). Il rischio di infortunio aumenta drammaticamente quando i bambini entrano nell'adolescenza (2) e gli infortuni intenzionali e non intenzionali sono responsabili di oltre il 70% di tutte le morti giovanili (3).

I costi collegati agli infortuni possono essere calcolati in diversi modi. A livello individuale, gli infortuni possono causare dolore, sofferenza, perdita di tempo e produttività, oltre ad inconvenienti per le vittime e le loro famiglie. Forme più gravi di infortunio possono richiedere importanti cure mediche, cure di riabilitazione, fino a causare disabilità permanente e persino la morte. L'impatto degli infortuni sulla società può essere calcolato finanziariamente con i costi delle cure, la riabilitazione e le perdite in produttività. Negli Stati Uniti all'inizio degli anni '90, per esempio, gli infortuni ai giovani erano responsabili di perdite economiche annuali pari a dieci miliardi di dollari all'anno (4,5). A causa dell'aumentato rischio di infortunio nei giovani, gli infortuni sono anche la causa principale di potenziali anni di vita persi prima dei 65 anni (6).

Metodi

Una sola domanda – accettata da parte dei giovani poiché è stata usata e validata in precedenti indagini e in altri studi HBSC – valutava la frequenza degli infortuni (7, 8). La domanda era preceduta da una definizione di infortunio.

Molti giovani hanno degli infortuni se fanno male facendo attività come lo sport o durante delle "risse", e questo può accadere in posti diversi come la strada o la propria casa. Sono infortuni anche l'avvelenamento o le ustioni (bruciature). NON sono infortuni le malattie come il morbillo o l'influenza. La domanda che segue non riguarda né gli infortuni che puoi aver avuto negli ultimi 12 mesi.

- Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai avuto infortuni per i quali hai dovuto ricorrere al medico o di un infermiere/a?

Le risposte possibili erano: Non ho avuto infortuni negli ultimi 12 mesi, 1 volta, 2 volte, 3 volte, 4 o più volte.

Sono stati inclusi degli esempi di assistenza medica: essere ricoverato in ospedale, recarsi al pronto soccorso e ricevere cure mediche in un ambulatorio medico. Limitare gli infortuni al fatto di dover ricorrere alle cure di un medico è un approccio ben accettato e frequentemente usato. Il periodo di verificati un anno è stato utilizzato per essere in linea con le metodologie di ricerca usate in passato e per massimizzare i livelli di verifica. (9).

Risultati

L'analisi si è basata su due indicatori di outcome principali: la frequenza con cui i giovani riferivano almeno un infortunio per il quale erano dovuti ricorrere al medico nei 12 mesi precedenti e quella di coloro che riferivano più di un infortunio nello stesso periodo (10).

I confronti transnazionali devono essere interpretati con cautela poiché i questionari non sono stati somministrati nello stesso periodo dell'anno in ogni paese. Esistono differenze stagionali nella ricorrenza degli infortuni e i giovani tendono a ricordarsi meglio gli infortuni più recenti (9). Ognuno di questi fattori potrebbe aver influito sulle percentuali di infortuni osservate nei diversi paesi e regioni. Le variazioni potrebbero anche essere attribuite alle differenze nei sistemi sanitari e nell'accesso alle cure mediche o a differenze per quanto riguarda l'esposizione ad ambienti ed attività a rischio.

La Tabella 3.6 presenta la percentuale abbastanza alta di giovani che riferiscono di aver avuto almeno un infortunio per il quale sono ricorsi al medico durante i 12 mesi precedenti. La media complessiva è del 45%. La Tabella presenta le medie transnazionali in base all'età e al sesso, così come le percentuali nazionali più alte e più basse, ma non il numero totale degli infortuni. All'incirca il 50% dei giovani riporta due o più infortuni e il 5% riferisce di aver avuto un infortunio quattro o più volte. Queste percentuali dimostrano che gli infortuni rappresentano un enorme problema per la salute dei giovani in età scolastica.

La Fig. 3.40 mostra le percentuali di giovani che hanno avuto un infortunio almeno una volta nel corso dei 12 mesi precedenti. Le percentuali mostrano differenze geografiche importanti, con variazioni dal 26% al 60% negli undicenni, dal 28% al 60% nei tredicenni e dal 28 al 57% nei quindicenni. Le percentuali medie nelle tre fasce d'età sono molto simili: il 46% per entrambi gli undicenni e tredicenni e il 44% per i quindicenni. In tutte le fasce d'età, Estonia, Ungheria, Polonia, ex-Repubblica jugoslava di Macedonia e Ucraina hanno percentuali uniformi nel quartile più basso.

La Fig. 3.41 presenta le percentuali di giovani che riferiscono di aver avuto due o più infortuni nei 12 mesi precedenti. Ancora una volta, le percentuali mostrano differenze geografiche (variazioni dal 29% al 56% per gli undicenni, dal 31% al 54% per i tredicenni e dal 32% al 54% per i quindicenni), e le percentuali medie sono praticamente le stesse in tutte le fasce d'età (46% all'età di 11 anni e 45% all'età di 13 e 15 anni). Canada, Danimarca, Inghilterra, Francia, Germania e Stati Uniti sono nel quartile più alto e Repubblica Ceca, Finlandia, Polonia, Olanda ed ex-Repubblica jugoslava di Macedonia, in quello più basso.

Differenze tra i sessi e fasce d'età

In ciascuno dei 35 paesi e regioni e all'interno di ciascuna delle tre fasce d'età (per un totale di 105 confronti), più maschi che femmine hanno avuto uno o più infortuni che hanno richiesto cure mediche. Questo risultato coincide praticamente con quanto viene riportato nella letteratura che si basa sulla popolazione per descrivere il problema degli infortuni infantili. In tutte le culture del mondo i maschi hanno più probabilità delle femmine di essere esposti a rischi dal punto di vista fisico e questo si traduce in percentuali più alte di infortuni. Mentre le differenze tra i sessi sono più evidenti negli stessi paesi e regioni, l'uniformità di questo andamento è notevole.

In generale, le percentuali degli infortuni dichiarati mostrano dati uniformi in tutte le fasce d'età. Dei 35 paesi e regioni, 20 hanno dichiarato percentuali di infortuni che sono sostanzialmente stabili in tutte e tre le fasce d'età. Solo quattro degli altri paesi – Belgio (francofono), Croazia, Israele e la Federazione Russa, dichiarano oltre il 7% di variazioni nelle percentuali degli infortuni relativa a determinate età. In questi quattro paesi, le percentuali di infortuni diminuiscono notevolmente con l'età: dal 60% al 47% in Israele, dal 48% al 38% nella Federazione Russa, dal 44% al 35% in Croazia e dal 42% al 34% in Belgio (francofono). Canada, Estonia, Spagna e Svizzera mostrano degli aumenti dal 5% al 7% in determinate fasce d'età, principalmente tra gli 11 e i 13 anni.

In alcuni paesi come Canada, Francia, Norvegia e Svizzera, la dimensione del problema degli infortuni nell'andamento internazionale e delle percentuali, sembra aumentare con l'età. Fra coloro che dichiarano una tendenza opposta, ossia un notevole crollo nel corrispondente andamento delle percentuali, vi è il Belgio (Fiandre), l'Inghilterra, Israele e la Lituania. Qui vengono presi in considerazione solo i paesi e le regioni che si spostano dalla prima alla seconda fascia d'età.

Conclusioni

I risultati sugli infortuni nello studio HBSC ci permettono di fare un primo quadro della dimensione e distribuzione del problema e di stabilire l'importanza della questione. Gli infortuni sono la causa principale di mortalità e morbilità giovanile e pochi altri fattori hanno un così grande impatto sulla loro salute.

Rapporti nazionali (11) ed internazionali (12) sulla frequenza degli infortuni sono stati pubblicati in precedenti indagini HBSC. Mentre nessun rapporto internazionale descrive confronti transnazionali per quanto riguarda i modelli di infortunio, i rapporti esistenti suggeriscono alcuni modelli ricorrenti.

Tabella 3.6. I giovani che hanno avuto infortuni nei 12 mesi (precedenti %)

Età (anni)	Uno o più infortuni (% di tutto il campione HSBC)			Due o più infortuni (% di coloro che riferiscono di aver avuto un infortunio)					
	Maschi			Femmine			Maschi		
	Media	Più bassa	Più alta	Media	Più bassa	Più alta	Media	Più bassa	Più alta
11	51.7	31.5	68.5	40.6	20.7	52.1	49.7	27.5	61.2
13	52.9	33.4	66.2	39.9	21.4	54.7	48.8	30.3	57.9
15	50.8	33.4	62.9	37.6	22.1	51.4	48.2	33.2	58.0
							41.7	29.9	61.2
							40.8	29.2	52.4
							41.7	27.0	53.0

Fig. 3.40. Giovani che hanno avuto infortuni una o più volte durante i 12 mesi precedenti (%)

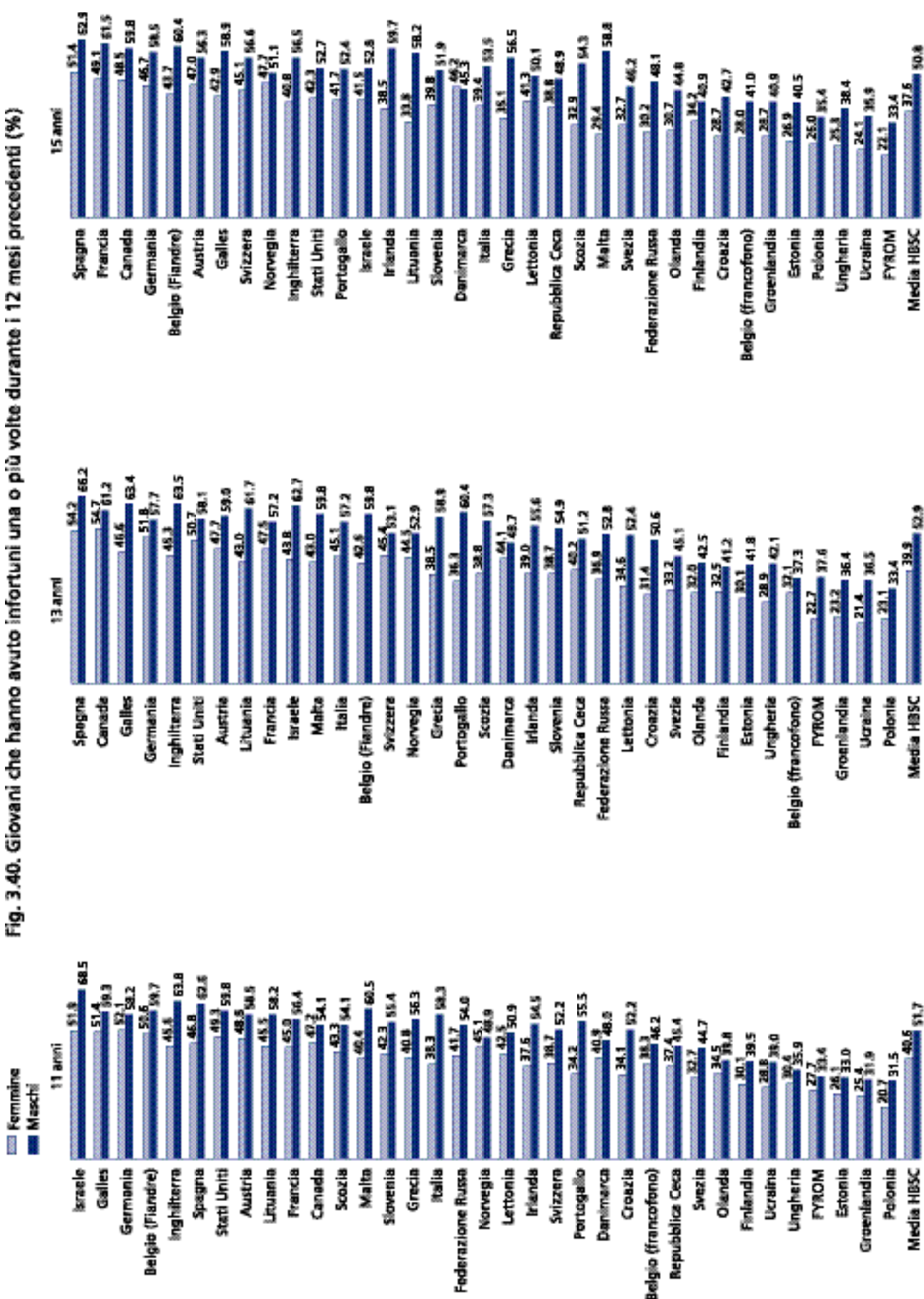
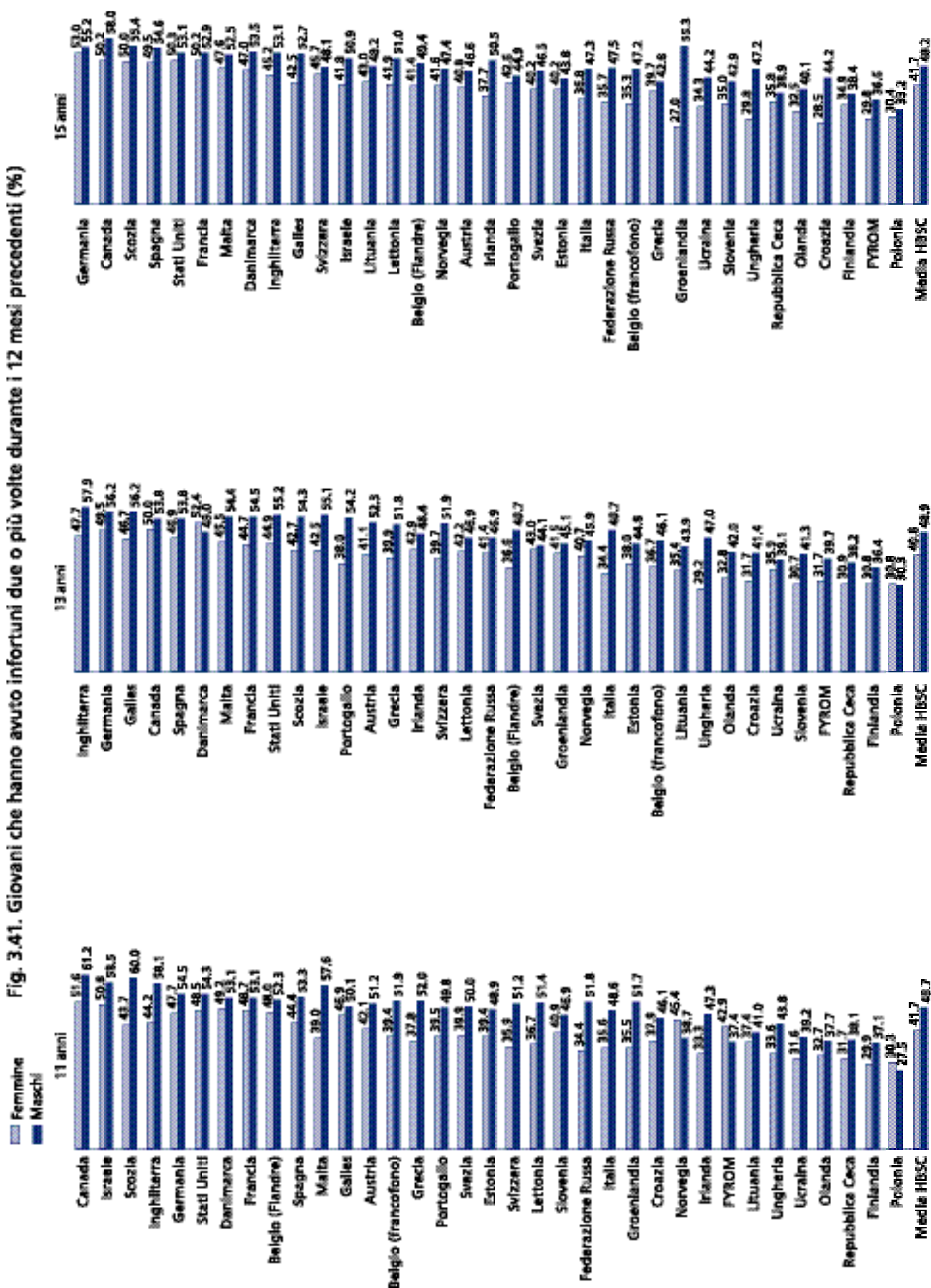


Fig. 3.41. Giovani che hanno avuto infortuni due o più volte durante i 12 mesi precedenti (%)



La causa esterna più ricorrente di cui hanno avuto esperienza i giovani si trova nella pratica degli sport. In conformità con questo modello, fra i luoghi in cui accadono gli infortuni vi sono palestre, scuole e ambienti domestici, luoghi di ritrovo sia per attività organizzate che non organizzate.

Studi svolti in passato e che si basano sui dati dell'indagine HBSC hanno dimostrato che gli infortuni sono causa di alta mortalità fra i giovani. Mentre la maggior parte degli infortuni sono di lieve entità e vengono curati in ambulatorio, un 20% ha conseguenze serie. I principali infortuni includono fratture, lesioni ai tessuti molli, lacerazioni e traumi cranici o al collo. Questo si traduce in un gran numero di visite ambulatoriali o al Pronto Soccorso, così come in ricoveri in ospedale. L'assistenza chirurgica non è affattorara. La maggior parte degli infortuni dichiarati sono responsabili della perdita di uno o più giorni di scuola o di attività abituali, e l'impatto totale di questi eventi sulle vittime e sulla società nell'insieme è molto grande. Gli infortuni causano importanti perdite a livello di produttività e di capacità di prendere parte in pieno alla propria vita.

Le variazioni nelle percentuali degli infortuni dichiarati si potrebbero attribuire ai sistemi sanitari dei diversi paesi. L'accesso all'assistenza sanitaria ha effetti ben risaputi e ovvi sulle percentuali degli infortuni. Per assurdo, una mancanza di copertura di assistenza sanitaria fa diminuire sostanzialmente le percentuali di infortuni gravi che richiedono l'intervento medico (fino al 30%), semplicemente perché tali infortuni non sono necessariamente soggetti ad assistenza medica. (13). Fornire adeguati servizi sanitari è un importante determinante della salute. Gli infortuni non curati possono comportare inutili dolori e sofferenze. Fra le conseguenze che gli infortuni non curati possono comportare a lungo termine vi è anche la disabilità.

Si è manifestato grande interesse per l'eziologia sociale dell'infortunio: le condizioni sociali e altri fattori che portano ad un elevato rischio di infortunio. Uno dei fattori più interessanti è quello rappresentato dalla condizione socioeconomica: si pensa che la povertà sia causa di rischi particolarmente elevati per i giovani (14). Questa tendenza sociale è stata osservata in studi sulle morti traumatiche nella popolazione in generale (14), sul ricovero in ospedale (15) e sugli infortuni che hanno richiesto cure mediche (16). Alcuni studi che si basano sull'indagine HBSC (17), ma non tutti, (7) e che riguardano la condizione socioeconomica e l'infortunio hanno osservato la stessa tendenza. Il mancato riscontro di questa interrelazione potrebbe essere dovuto alla predominanza di infortuni in seguito alla pratica di sport organizzati nei giovani dagli 11 ai 15 anni.

Infine, durante gli anni dell'adolescenza, i giovani spesso iniziano ad adottare un comportamento che può danneggiare la loro salute, come fumare, bere, usare droghe in compagnia e manifestare comportamenti apertamente aggressivi, così come il bullismo e la rissa (vedere sezioni precedenti di questo capitolo). Inoltre, i giovani potrebbero rifiutare le norme di sicurezza, come l'uso delle cinture di sicurezza in auto. La ricerca sociale suggerisce che alcuni gruppi di giovani spesso adottano forme di comportamento con fattori di rischio multipli. Questo comportamento è stato osservato in gruppi di giovani in tutto il mondo (18). Il suo reale impatto non è ben conosciuto, sebbene sia stato dimostrato che il rischio di infortunio nell'adolescenza aumenta in rapporto al numero di comportamenti a rischio. Pickett et al. (19) hanno usato i dati dell'indagine HBSC del 1997/1998 per mostrare che i gradienti del comportamento con fattori di rischio multipli dell'infortunio possono essere osservati a livello transnazionale e i giovani di tutte le età e di entrambi i sessi e che essi sono particolarmente evidenti nelle forme più gravi di infortunio. Il rischio che accade un infortunio traumatico è 10 volte più alto nei giovani che dichiarano un comportamento con fattori di rischio multipli rispetto ai giovani che non adottano tale comportamento. Questa è una tendenza sociale crescente a livello globale.

Implicazioni per le politiche

Dai risultati dello studio emergono quattro importanti implicazioni per definire una politica per la salute. In primo luogo, essi dimostrano chiaramente l'importanza dell'infortunio come fattore fondamentale per la salute dei giovani. Questo suggerisce il bisogno di creare delle politiche di controllo dell'infortunio sia a livello nazionale che internazionale: sono necessarie non solo delle politiche che tengano conto

dell'infortunio come di un problema fondamentale per la salute pubblica, ma anche dell'risorse mirate a fornire delle soluzioni efficaci ed innovative.

In secondo luogo, il riconoscimento dell'infortunio come un problema legato alla salute è qualcosa di nuovo, come si vede dallo stato della letteratura sulla ricerca relativa al controllo dell'infortunio. Il controllo dell'infortunio come disciplina scientifica deve ancora maturare. Questo richiederà investimenti nella ricerca oltre ad iniziative formative per aumentare il numero di organizzazioni e professionisti coinvolti.

Interzolo luogo, la maggior parte degli infortuni dichiarati da giovani accadono in uno di questi quattro luoghi: la casa, la scuola, le palestre o i campi sportivi, e sulle strade urbane ed extra-urbane. Alcuni di questi luoghi si possono modificare con più facilità rispetto ad altri. In generale, gli ambienti dove accadono più infortuni ai giovani hanno bisogno di essere resi ancor più sicuri. Sono necessarie politiche innovative che promuovano il miglioramento della casa, della scuola e delle strutture sportive per renderli il più possibile a prova di infortunio. Fra queste politiche dovrebbero orientare dei programmi per aumentare la consapevolezza e fornire consigli a coloro che sono responsabili della manutenzione e della sicurezza degli ambienti.

Infine, sono state sviluppate varie strategie di prevenzione per affrontare l'infortunio nell'adolescente. Fra queste vi sono strategie educative per ridurre i rischi e promuovere un comportamento sicuro, l'applicazione delle leggi e delle procedure intese a proteggere i bambini e i giovani, e strategie ingegneristiche rivolte a rendere più sicuri gli ambienti in cui vivono i giovani. Mentre tutto ciò può risultare efficace, lo sviluppo di una politica pubblica richiede informazioni di base sulla dimensione e diffusione del problema. Questo sarà d'aiuto nella pianificazione e gestione delle priorità degli interventi. Il monitoraggio del problema nel tempo potrà servire alla valutazione.

Conclusioni

L'infortunio è uno dei problemi più importanti legati alla salute dei giovani a livello mondiale. Il 60% degli intervistati nell'indagine HBSC del 2001/2002 nei 12 mesi precedenti aveva avuto degli infortuni che avevano richiesto cure mediche. Le percentuali sono più alte nei maschi che nelle femmine, ma in generale il problema è importante in tutte e tre le fasce d'età. Quest'analisi non pone domande sulle cause esterne di questi infortuni né se si è trattato o meno di infortuni intenzionali.

I risultati dello studio HBSC servono a definire l'infortunio come un problema importante per la salute dei giovani, ma sono meno utili per individuare un target verso il quale dirigere gli sforzi per il controllo dell'infortunio. Inoltre, non si è ancora creata la disciplina scientifica del controllo dell'infortunio e sono necessarie ulteriori informazioni per la prevenzione. Per esempio, non vi è sempre la stessa disponibilità da parte delle società ad accettare l'infortunio come un problema importante per la salute pubblica e c'è ancora molto da valutare sui metodi per cambiare l'opinione pubblica in merito a questo. Il lavoro di controllo dell'infortunio è un'asceza a sé, un'asceza che non può essere ignorata se le strategie della prevenzione saranno efficacemente sviluppate e applicate.

Si dovrebbero riconoscere l'importanza dell'infortunio come questione fondamentale legata alla salute al momento di creare delle politiche nazionali ed internazionali per tutelare i giovani. Si devono sostenere programmi di ricerca credibili per capire le cause e le conseguenze dell'infortunio e per sviluppare metodi di prevenzione. I giovani dovrebbero essere coinvolti in questi sforzi. Infine, esiste il continuo bisogno di migliorare la sicurezza in casa, a scuola, nello sport e in altri ambienti dove i giovani sono esposti ai rischi. Tutte queste azioni possono contribuire a ridurre l'enorme costo di giovani vite che gli infortuni causano alla società.

Bibliografia

1. WISQARS™ (Web-based Injury Statistics Query and Reporting System) [database online]. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2004 (<http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars>, accessed 14 January 2004).

2. Lescohier I, Scavo Gallagher S. Unintentional injury. In: DiClemente RJ, Hanson WB, Ponton LE, eds. *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York, Plenum Press, 1996.
3. Institute of Medicine Committee on Injury Prevention and Control. *Reducing the burden of injury: advancing prevention and treatment*. Washington, DC, National Academy of Sciences. 1999.
4. Max W, Rice DP, MacKenzie EJ. The lifetime cost of injury. *Inquiry*, 1990, 27(4):332–343.
5. Dansceco ER, Miller TR, Spicer RS. Incidence and costs of 1987–1994 childhood injuries: demographic breakdowns. *Pediatrics*, 1995, 85:99–104.
6. Injury mortality atlas of the United States, 1979–1987. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 1991, 40(49):846–848.
7. Currie CE et al. Incidence and distribution of injury among school children aged 11–15. *Injury Prevention*, 1996, 2(1):21–25.
8. Scheidt PC et al. The epidemiology of nonfatal injuries among US children and youth. *American Journal of Public Health*, 1995, 85(7):932–938.
9. Harel Y et al. The effects of recall on estimating annual nonfatal injury rates for children and adolescents. *American Journal of Public Health*, 1994, 84(4):599–605.
10. Chioleri A, Schmid H. Repeated self-reported injuries and substance use among young adolescents: the case of Switzerland. *Sozial und Präventivmedizin*, 2002, 47(5):289–297.
11. King A, Boyce W, King M. *Trends in the health of Canadian youth – L'état des jeunes, tendances au Canada*. Ottawa, Health Canada, 1999.
12. Harel Y, Kanny D. A cross national perspective on youth injuries in 22 countries: findings from the 1994 World Health Organization Health Behaviour in School-aged Children. *Proceedings of the 4th World Conference on Injury Prevention and Control*, Amsterdam, 17–20 May 1998. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 1999.
13. Overpeck MD, Kotch JB. The effect of US children's access to care on medical attention for injuries. *American Journal of Public Health*, 1995, 85(3):402–404.
14. Nersesian WS et al. Childhood death and poverty: a study of all childhood deaths in Maine, 1976 to 1980. *Pediatrics*, 1985, 75:41–50.
15. Durkin MS et al. Low-income neighborhoods and the risk of severe pediatric injury: a small-area analysis in northern Manhattan. *American Journal of Public Health*, 1994, 84:587–592.
16. Faelker T, Pickett W, Brison RJ. Socioeconomic differences in childhood injury: a population-based epidemiological study in Ontario, Canada. *Injury Prevention*, 2000, 6(3):203–208.
17. Mazur J et al. Adolescent injuries in relation to economic status: an international perspective. *Injury Control and Safety Promotion*, 2001, 8(3):179–182.
18. Nic Gabhainn S, François Y. Substance use. In: Currie CE et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:97–114 (*Health Policy for Children and Adolescents*, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
19. Pickett W et al. Multiple risk behaviours and injury: an international study of youth in 12 countries. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2002, 156:786–793.

Salute sessuale – Jim Ross, Emmanuelle Godeau and Sonia Dias

Introduzione

La salute sessuale costituisce una parte importante del benessere personale, sociale e generale degli adolescenti (1). Può essere descritta come l'integrazione positiva di aspetti sociali, intellettuali, emotivi e fisici della sessualità. Uno degli aspetti evolutivi principali dell'adolescenza è il consolidamento dell'identità in generale e di quella sessuale in particolare. Lo sviluppo della sessualità nell'adolescenza comporta cambiamenti fisiologici associati alla pubertà, cambiamenti psicologici ed eventi interpersonali. Gli adolescenti hanno bisogno di imparare a sentirsi a proprio agio con se stessi, ad affrontare le pulsioni sessuali e a rapportarsi con le altre persone tenendo conto della propria salute.

L'adolescenza non è solo un momento per esplorare nuove scelte e idee, ma anche un periodo di vulnerabilità e rischio. Fortunatamente, la maggior parte degli adolescenti affronta e supera questi cambiamenti con risultati positivi. Tuttavia, alcuni dei comportamenti associati, vale a dire la spontaneità, l'immatunità sociale, il fatto di correre rischi e la volubilità, possono compromettere molti fattori legati alla salute sessuale.

Fra le preoccupazioni principali della salute pubblica nei confronti della salute sessuale degli adolescenti vi sono la gravidanza e le infezioni sessualmente trasmesse (IST). Questo causa importanti problemi di salute, sociali ed economici fra i giovani e si può ampiamente prevenire attraverso azioni coordinate fra famiglie, scuole, agenzie per la salute e per l'educazione e centri di assistenza sociale. Lo sviluppo di programmi efficaci, nella scuola e nella comunità, dipende in parte dall'acquisizione di informazioni sulla natura e l'entità del comportamento sessuale fra gli adolescenti. Le informazioni aggiornate sugli aspetti collegati alla salute sessuale dei giovani sono assolutamente necessarie per favorire la creazione di programmi di politiche in questo campo. È necessaria una migliore comprensione dei determinanti culturali e sociali che spingono a correre dei rischi dal punto di vista sessuale, così come dei relativi fattori di protezione, in modo che gli interventi possano essere mirati e attuati in tutto il campo in modo efficace.

Metodi

A livello transnazionale sono disponibili pochi dati sulla salute sessuale degli adolescenti. L'indagine HBSC del 2001/2002 è stata la prima ad inserire una minima serie di domande standardizzate sulla salute sessuale, studiate apposta per i giovani di 15 anni. In precedenza, tali domande erano opzionali. Il protocollo HBSC del 1989/1990 includeva pacchetti opzionali di domande sui rapporti affettivi, sul comportamento sessuale e sulla conoscenza del virus HIV e i comportamenti che ne derivano. I paesi e le regioni hanno usato principalmente i dati emersi per i loro fini, senza pubblicare i confronti a livello transnazionale. Nell'indagine HBSC del 1997/1998, alcuni paesi e regioni inserivano domande sulla salute sessuale, ma queste variavano per ambito e contenuti. L'impossibilità di poter confrontare i dati permetteva solamente dei confronti transnazionali limitati (2). Il chiaro bisogno di dati più esaustivi, confrontabili transnazionali, risultava nell'inserimento di una serie di domande obbligatorie sulla salute sessuale nell'indagine del 2001/2002.

Le domande sulla salute sessuale descritte in dettaglio qui sotto sono state adottate dall'indagine sul comportamento giovanile a rischio Youth Risk Behavior Survey (YRBS) negli Stati Uniti (3). Queste domande sono state sottoposte ad esaustive interviste pilota per verificarne la comprensione e sono state usate per più di un decennio negli Stati Uniti (4,5) dove hanno fornito dati affidabili. Tuttavia nei paesi europei non è stato effettuato un test di affidabilità. Solo agli intervistati di 15 anni è stato chiesto di rispondere alle domande sulla salute sessuale, perché la stragrande maggioranza degli adolescenti più giovani non ha ancora avuto un rapporto sessuale e queste domande sono considerate troppo delicate per le fasce d'età più giovani. Sono state usate quattro domande.

- Qualche volta hai avuto rapporti sessuali completi? (si dice anche "fare l'amore", "farsesso"...) Le risposte possibili erano: Sì, No.
- Quanti anni avevi quando hai avuto il tuo primo rapporto sessuale completo? Le risposte possibili erano: Non ho mai avuto rapporti sessuali completi, 11 anni o meno, 12 anni, 13 anni, 14 anni, 15 anni, 16 anni.
- L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale completo, tuo o il tuo partner aveva usato un preservativo? Le risposte possibili erano: Non ho mai avuto rapporti sessuali completi, Sì, No.
- L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale completo, quale/i metodo/i avete usato per evitare una gravidanza? Le risposte possibili erano: Non ho mai avuto rapporti sessuali completi; Non abbiamo usato alcun metodo per evitare la gravidanza; La pillola; Il preservativo; Spray o schiuma spermicida; Coito interrotto (ritirare il pene dalla vagina prima dell'eiaculazione); [Opzione a scelta del paese – i questionari possono includere ulteriori opzioni specifiche in base al paese o regione laddove desiderato]; Altri metodi; Non saprei.

La prima domanda dà dei suggerimenti per aiutare il giovane a capire il significato del termine "rapporto sessuale". Studi sulla validità delle domande hanno dimostrato che queste risposte date da soli sono accurate (6) e che la maggior parte dei giovani interpreta i suggerimenti come indicatori di rapporto vaginale. Il rischio di contrarre infezioni sessualmente trasmesse (IST) attraverso altre forme di comportamento sessuale non viene perciò rilevato. Un altro limite di questi dati è che, chiedendo solamente se i giovani abbiano mai avuto un rapporto sessuale, la domanda non individua quelli che erano al momento sessualmente attivi e perciò a rischio di gravidanza o di contrarre un'infezione sessualmente trasmessa (IST). Si è indagato sull'età del primo rapporto sessuale perché si pensa che un rapporto precoce sia legato a un sesso non pianificato e protetto e perciò a maggiore rischio di gravidanza indesiderata e di infezioni sessualmente trasmesse (IST).

Inoltre, l'età del primo rapporto sessuale è collegata ad altri comportamenti a rischio. Il consumo di alcol e droga ha una chiara associazione con il primo rapporto sessuale, che probabilmente non è né pianificato, né protetto (7–9).

La ricerca ha dimostrato che gli adolescenti hanno difficoltà a riassumere l'uso che fanno dei contraccettivi, anche per brevi periodi di tempo, perché l'uso che ne fanno non è regolare (10). Gli adolescenti potrebbero usare sporadicamente i preservativi, la pillola anticoncezionale o altri metodi, a seconda della situazione e del partner con cui fanno sesso. Inoltre, se si chiede quale il loro comportamento tipico, è più probabile che le risposte degli intervistati (sia adulti che giovani) siano influenzate da quelle che sarebbero i comportamenti socialmente auspicabili. Le risposte che riguardano l'ultimo incontro hanno una più elevata affidabilità e validità di quelle sul comportamento tipico. Nelle analisi dei dati raccolti nella risposta a queste due domande, i giovani che rispondevano a una delle domande dicendo che loro o il loro partner avevano usato un preservativo durante l'ultimo rapporto erano considerati analiticamente come se avessero usato un preservativo in entrambi i casi: ovvero per evitare sia una gravidanza che un'infezione sessualmente trasmessa (IST).

Per queste analisi, le risposte alla quarta domanda sono state messe in relazione per fornire una misura di sintesi della percentuale di giovani di 15 anni che affermavano di usare almeno un metodo contraccettivo. La risposta pre-codificata per il coito interrotto è stata esclusa perché questo metodo offre poca o nessuna protezione contro una gravidanza. Le opzioni a scelta del paese e degli altri risposte da inserire sono state escluse. Future analisi dei dati sull'uso dei preservativi e degli altri metodi contraccettivi porranno particolare attenzione a queste risposte.

Esclusione dei dati sulla salute sessuale

Nell'indagine HBSC del 2001/2002, 31 paesi e regioni su 35 inserivano nei loro questionari una o più delle quattro domande sulla salute sessuale. Quattro paesi – Danimarca, Irlanda, Norvegia e Stati Uniti – non inserivano nessuna domanda sulla salute sessuale poiché ritenevano che questo avrebbe probabilmente avuto un impatto negativo sulle percentuali di partecipazione all'interno della scuola. I dati provenienti da Malta sono stati esclusi dalle analisi, poiché sono state usate parole diverse e perciò i dati non si potevano

confrontare. Due paesi hanno posto meno di quattro domande, ma i dati raccolti sono stati inclusi nelle analisi. La Repubblica Ceca ha inserito solo la domanda con cui si chiedeva se si avesse mai avuto un rapporto sessuale, e la Federazione Russa solo le domande che chiedevano se si avesse mai avuto un rapporto sessuale e l'età del primo rapporto. L'Italia ha fatto tutte e quattro le domande, ma ha formulato la domanda sulla contraccezione in modo diverso, così che questi dati sono stati esclusi dall'analisi. In due paesi, le domande relative alla salute sessuale sono state poste a un campione nazionale non del tutto completo. Israele ha posto tutte le domande sulla salute sessuale, ma in conformità con la pratica del passato, non nelle scuole religiose. Allo stesso modo, la Germania ha usato la serie completa di domande, ma solo in due Länder (Sassonia e Berlino).

Risultati

Le quattro domande sulla salute sessuale permettono di far luce su quattro aspetti della ricerca:

- Che percentuale della popolazione ha avuto rapporti sessuali?
- Che percentuale della popolazione attiva ha avuto rapporti sessuali precoci?
- Quanti di coloro che fanno parte della popolazione sessualmente attiva hanno protetto sé stessi e i loro partner utilizzando il preservativo?
- Quanti di coloro che fanno parte della popolazione sessualmente attiva hanno protetto sé stessi e i loro partner da una gravidanza indesiderata usando qualche sistema contraccettivo?

Come già detto, per queste analisi, le risposte alla domanda sui metodi contraccettivi sono state combinate per dare una valutazione complessiva.

Esperienza del rapporto sessuale

Trenta paesi e regioni che hanno partecipato a quest'indagine hanno chiesto ai quindicenni se avessero mai avuto rapporti sessuali. Le differenze nelle risposte sono sorprendenti (Fig. 3.42).

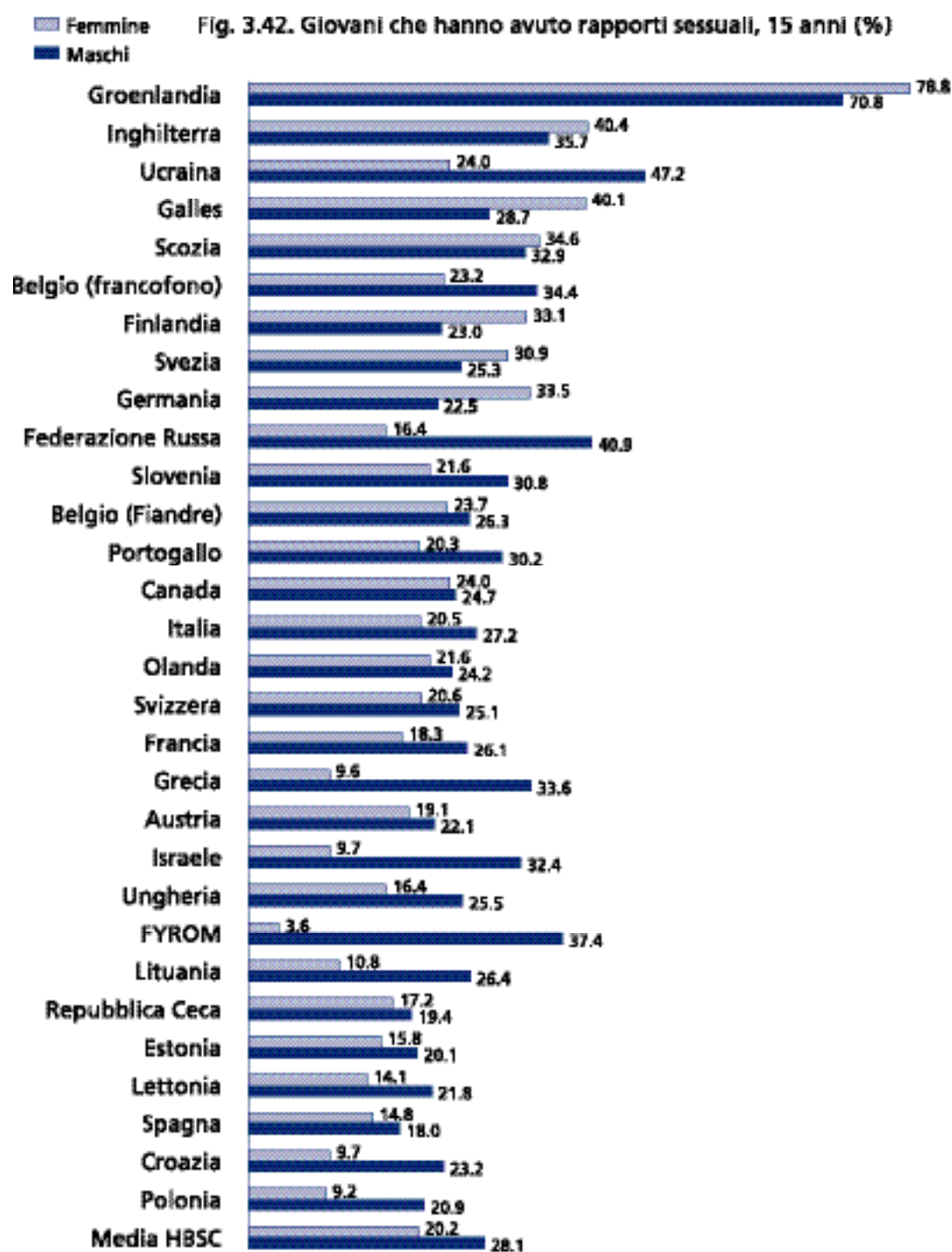
Le percentuali di quindicenni che riferiscono di aver avuto rapporti sessuali variano dal 15% in Polonia al 75% in Groenlandia. In nove paesi e regioni, soprattutto nell'Europa orientale e centrale, oltre alla Spagna, meno di un quinto dei giovani riferisce di non aver mai avuto rapporti sessuali. Nella parte alta del grafico, cioè in Inghilterra, Groenlandia, Scozia, Ucraina e Galles, un terzo o più hanno avuto rapporti sessuali.

Vi sono grandi differenze fra i sessi. Fra i maschi, le risposte affermative variano dal 18% in Spagna al 71% in Groenlandia. La Repubblica Ceca, Estonia, Polonia e Spagna sono raggruppate nella parte bassa del grafico con percentuali di circa il 20%. Nella parte opposta del grafico, in nove paesi e regioni, circa un terzo o più dei maschi ha avuto rapporti sessuali. Fra le femmine, le risposte affermative variavano da 4% nell'ex-Repubblica jugoslava di Macedonia al 79% in Groenlandia. Le percentuali sono inferiori al 20% in 15 paesi e regioni, ma di circa il 33% o più in altri 6.

È interessante osservare come in quest'ultimo gruppo, più femmine che maschi hanno dichiarato di aver avuto rapporti sessuali. Le maggiori differenze si riscontrano in Germania e Galles. In otto paesi, prevale un modello più tradizionale con almeno il doppio dei maschi rispetto alle femmine che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali. Oltre il triplo dei maschi rispetto alle femmine hanno dato risposte affermative in Grecia e in Israele e oltre 10 volte di più i maschi rispetto alle femmine nell'ex-Repubblica jugoslava di Macedonia.

Età del primo rapporto sessuale

L'età media del primo rapporto sessuale per i quindicenni varia dai 13.5 anni in Lituania ai 14.6 anni in Ucraina (Fig. 3.43). Nella maggior parte dei paesi e delle regioni, è leggermente più bassa per i maschi che per le femmine, 13.5–14.5 anni e 13.6–14.9 anni, rispettivamente, in Lituania e Ucraina. La maggiore differenza fra i due sessi, di circa 1 anno, si è riscontrata in Portogallo.



Nota: Dati non disponibili per Danimarca, Irlanda, Malta, Norvegia e Stati Uniti.

Uso del preservativo

La percentuale di giovani sessualmente attivi che riferisce di aver usato il preservativo l'ultima volta che ha avuto un rapporto sessuale varia dal 64% in Finlandia all'89% in Grecia (Fig. 3.44). Le percentuali sono del 70% o minori in sei paesi e regioni, con la Finlandia e la Svezia nella parte bassa, dell'80% fino a quasi il 90% in altri sette, con i livelli più alti in Grecia e Spagna.

In quasi tutti i paesi e regioni è più probabile che siano i maschi a riferire di aver usato il preservativo l'ultima volta che hanno avuto un rapporto sessuale. La differenza fra i due sessi può a volte essere abbastanza grande, come in Belgio (Fiandre) e in Ucraina. Le percentuali che riferiscono di aver usato il preservativo variano dal 68.5% in Portogallo al 91% in Grecia per i maschi, e dal 58% in Svezia all'89% in Spagna per le femmine.

Uso dei contraccettivi

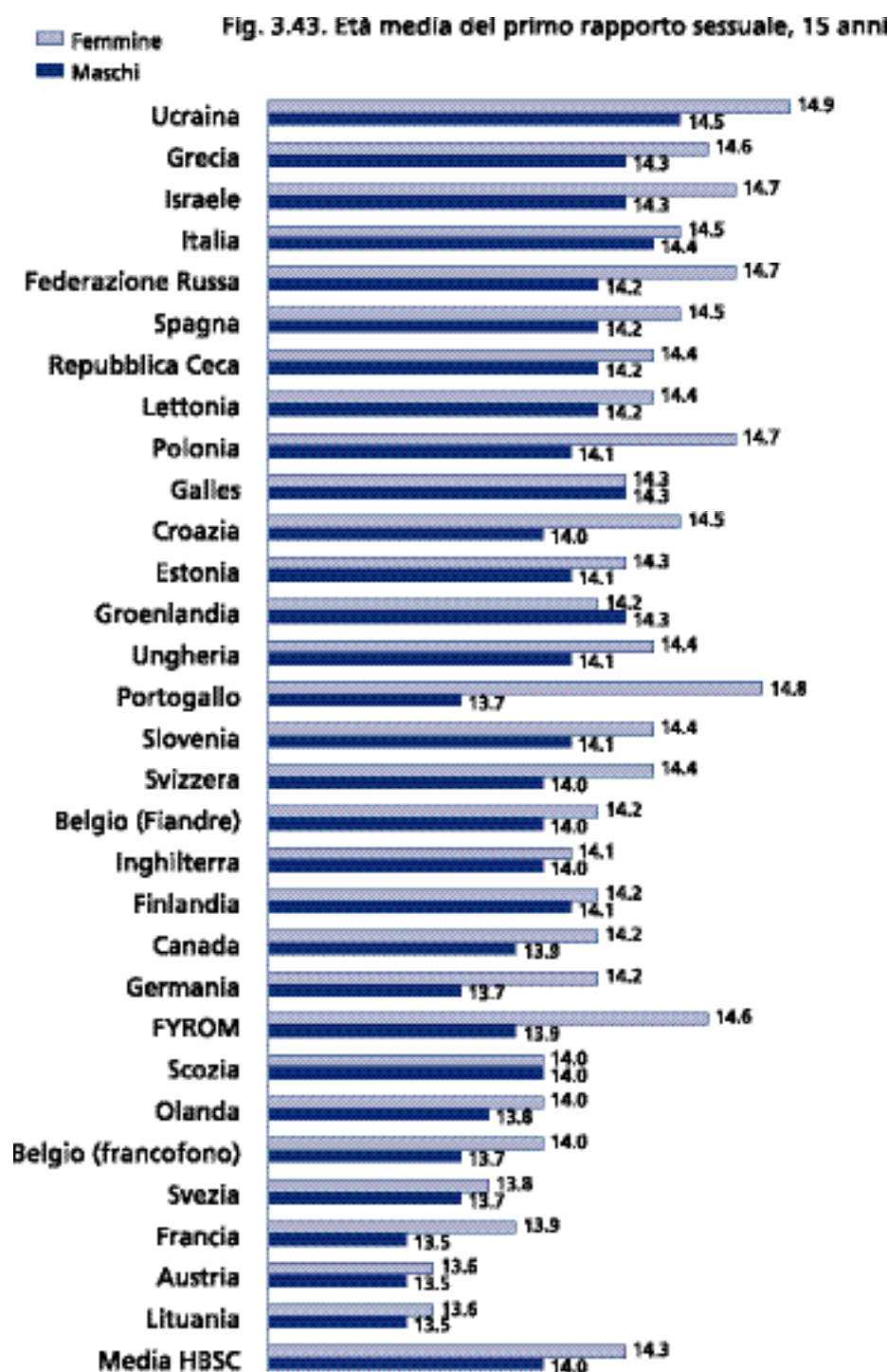
La percentuale di giovani sessualmente attivi che riferisce di aver usato almeno un metodo contraccettivo (fra cui il preservativo o la pillola, ma non limitato a questi) nel loro rapporto più recente varia dal 73% in Polonia al 95% in Olanda (Fig. 3.44). Le percentuali sono inferiori all'80% in sette paesi e sono oltre il 90% in altri otto paesi.

Le percentuali che riferiscono di aver usato i contraccettivi variano dal 73% in Polonia al 92% in Olanda per i maschi e dal 68% in Ucraina al 97% in Olanda per le femmine. I paesi e le regioni sono quasi uniformemente divisi per quanto riguarda le più alte percentuali di utilizzo dei contraccettivi da parte dei maschi o delle femmine; in molti paesi, le percentuali per entrambi i sessi sono quasi identiche. È molto più probabile che siano i maschi piuttosto che le femmine ad usare i contraccettivi in Grecia, Ungheria, Israele e Ucraina. È invece più probabile che siano le femmine ad usare i contraccettivi in Inghilterra, Germania, Groenlandia, Portogallo e Svizzera.

Conclusioni

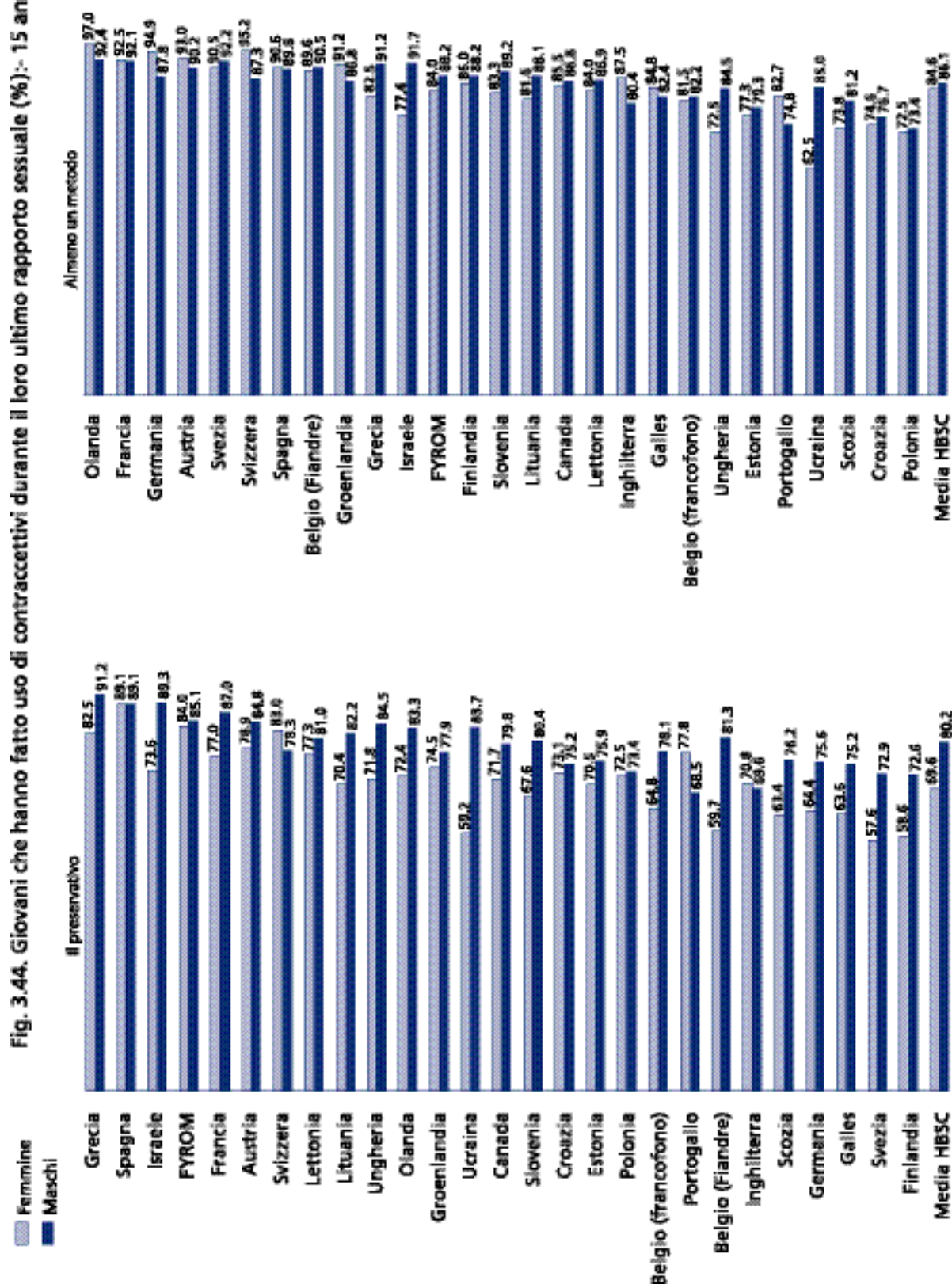
Le risposte alle quattro domande relative alla salute sessuale dimostrano notevoli differenze nei paesi e nelle regioni che partecipano allo studio HBSC per quanto riguarda la percentuale dei quindicenni che hanno avuto rapporti sessuali, l'età media del primo rapporto e l'uso di contraccettivi durante il rapporto più recente. Le differenze transnazionali riflettono soprattutto differenze fondamentali in campo culturale, sociale, religioso e dell'istruzione nei diversi paesi, così come differenze nell'ambito delle politiche sociali. I risultati più importanti mostrano variazioni nei diversi paesi e regioni per quanto riguarda l'utilizzo del preservativo. Mentre non più del 70% dei giovani sessualmente attivi ha usato il preservativo l'ultima volta che ha avuto rapporti sessuali in sei paesi, l'80-90% dei giovani sessualmente attivi lo ha usato in altri sette. Questi risultati hanno importanti implicazioni a livello di politiche per la salute. Nel contesto dell'indagine HBSC, un'ulteriore analisi permetterà di indagare quali sono gli aspetti che determinano l'utilizzo del preservativo nei diversi paesi in rapporto ad altri comportamenti a rischio (specialmente il consumo di droghe e alcol), alla scuola e alla famiglia all'interno della comunità, al rendimento scolastico e ai rapporti con i genitori.

L'analisi delle differenze fra i sessi indica che, in molti paesi e regioni, le opinioni tradizionali legate ad entrambi i sessi si stanno sgretolando. Per esempio, mentre è probabile che il doppio dei maschi rispetto alle femmine abbia avuto rapporti sessuali in quasi un terzo dei paesi e delle regioni che partecipano allo studio HBSC, le percentuali per entrambi i sessi quasi si equivalgono per quanto riguarda questa esperienza in molti altri paesi, ed è più probabile che le femmine rispetto ai maschi abbiano avuto rapporti sessuali in sei paesi (Inghilterra, Finlandia, Germania, Groenlandia, Scozia e Galles). In quasi tutti i paesi e le regioni è più probabile che siano i maschi piuttosto che le femmine a riferire di aver usato il preservativo durante il loro ultimo rapporto. La differenza fra i due sessi può a volte essere abbastanza grande, come in Belgio (Fiandre) e in Ucraina. Queste discrepanze fra i due sessi sollevano questioni complesse relative al contesto culturale, alle politiche sociali e al contenuto dei programmi di educazione alla salute.



Nota: Dati non disponibili per Danimarca, Irlanda, Malta, Norvegia e Stati Uniti

Fig. 3.44. Giovani che hanno fatto uso di contraccettivi durante il loro ultimo rapporto sessuale (%): - 15 anni.



Nota: Dati non disponibili per Repubblica Ceca, Danimarca, Irlanda, Italia, Malta, Norvegia, Federazione Russa e Stati Uniti

Lo studio HBSC non è il mezzo ideale per dare un'immagine completa dell'età a cui si inizia l'attività sessuale anche perché i partecipanti più vecchi sono solo nel loro sedicesimo anno di vita, cioè quando la maggior parte dei giovani non ha ancora iniziato ad essere sessualmente attiva. Tuttavia, la popolazione identificata nello studio come sessualmente attiva consiste in gran parte di giovani precoci che per definizione sono considerati ad alto rischio di rapporti non programmati e non protetti e di altri comportamenti a rischio associati all'impulsività. D'altra parte, con alcune notevoli eccezioni, un'alta percentuale di questi giovani sessualmente precoci riferisce di usare il preservativo in molti paesi e regioni. Questo suggerisce che i giovani non solo hanno recepito i vari messaggi sul sesso sicuro, ma sembra anche che l'abbiano di gran lunga accettato e che agiscano di conseguenza. I dati disponibili sulle tendenze nel comportamento sessuale sono trascurabili, soprattutto nell'uso del preservativo, perché questo è stato il primo stadio dello studio HBSC, nel quale le domande standard sul comportamento sessuale erano obbligatorie (11).

Sono state effettuate ulteriori analisi sui metodi contraccettivi per capire meglio le differenze nelle specifiche pratiche contraccettive dei vari paesi e regioni che partecipano allo studio HBSC e per sviluppare un efficace strumento di valutazione di queste pratiche a seconda delle fasce d'età. Verrà condotta anche un'ulteriore analisi per esplorare le differenze nei fattori di protezione e di rischio collegati al comportamento sessuale nei vari individui e paesi.

Bibliografia

1. Raphael D. Determinants of health of North-American adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 1996, 19:6–16.
2. Ross J, Wyatt W. Sexual behaviour. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:115–120 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
3. Kolbe LJ, Kann L, Collins JL. Overview of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Public Health Reports*, 1993, 108(Supplement 1):2–10.
4. Brener N et al. Reliability of the Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 141(6):575–580.
5. Brener N, Kann L et al. Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *Journal of Adolescent Health*, 2002, 31:336–342.
6. Orr DP, Fortenberry JD, Blythe M. Validity of self-reported sexual behaviors in adolescent women using biomarker outcomes. *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, 24:261–266.
7. Flanigan BJ, Hitch MA. Alcohol use, sexual intercourse and contraception: an exploratory study. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 1986, 31(3):6–40.
8. Robertson JA, Plant MA. Alcohol, sex and risk of HIV infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 1988, 22(1):75–78.
9. Traeen B, Lundin K, Valem I. Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents. *Addiction*, 1996, 9(7):995–1006.
10. Morris L, Warren CW, Aral SO. Measuring adolescent sexual behaviors and related health outcomes. *Public Health Reports*, 1993, 108(Suppl. 1):31–36.
11. Trends in sexual risk behaviors among high school students—United States, 1991–2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 51:856–859.

Conclusioni – Saoirse Nic Gabhainn

Questo capitolo rappresenta finora la parte più completa dei dati transnazionali riguardanti il comportamento degli adolescenti collegato alla salute. La ricerca di modelli che si possono generalizzare attraverso una serie di dati significativi porta chiaramente in considerazione il ruolo delle caratteristiche individuali, come l'età e il sesso, dove i modelli sono in generale più chiari. Tuttavia, non si devono trascurare le variazioni significative all'interno dei vari paesi e nemmeno nei sotto-campioni all'interno dei paesi. Inoltre, vanno considerate le variazioni legate ai periodi della raccolta dei dati soprattutto al momento di interpretare i dati rilevanti per l'attività fisica, il comportamento alimentare e gli infortuni.

Le sorprese di differenze tra i sessi nei paesi e nelle regioni tra fasce d'età e, in alcuni casi, l'aumento delle differenze tra i sessi con l'aumento dell'età, mostrano l'importanza dell'indicatore sesso nella ricerca, nella salute pubblica e nella promozione della salute. In generale, i maschi svolgono più attività fisica, è più probabile che facciano ginnastica, che siano coinvolti in risse e atti di bullismo e che subiscano degli infortuni. Tuttavia, è anche più probabile che dichiarino di essere sovrappeso o obesi, che mangino meno spesso frutta e verdura, che bevano bibite più spesso e che passino più tempo a guardare la televisione o davanti al computer. È anche più probabile che i maschi bevano alcolici o facciano uso di cannabinoidi. Le femmine in generale riportano percentuali più basse di percezione della propria salute e della propria vita o di soddisfazione rispetto al loro corpo, mentre invece riportano percentuali più alte di disturbi di salute percepiti. È più probabile che le femmine saltino la colazione e che dichiarino di essere a dieta.

La diminuzione generale di un comportamento a sostegno della salute e l'aumento di un comportamento ai danni di quest'ultima in tutte le fasce d'età, quando si considerano nell'insieme dati riferiti all'esordio di questi comportamenti, tutto ciò suggerisce che il periodo critico per la prevenzione di base è l'inizio dell'adolescenza. Questo risulta molto chiaro per quanto riguarda il fumo. Questi schemi ampi non funzionano per ogni sottocampione e da qui la possibilità di individuare fattori contestuali più influenti che meritano ulteriore attenzione. Per esempio, le percentuali riguardo agli infortuni e all'uso del preservativo variano notevolmente nei paesi e nelle regioni. L'attività fisica non diminuisce in tutti i paesi e regioni con l'avanzare dell'età, e le differenze tra i sessi per quanto riguarda l'attività fisica sono minime in alcuni di essi.

Tutti gli autori di questo capitolo hanno fatto delle osservazioni importanti da cui scaturiscono le seguenti domande:

- esiste una curva epidemica nel consumo femminile di tabacco e, se così fosse, quali potrebbero essere le conseguenze?
- perché chi beve più birra e vino beve anche più superalcolici, anziché sostituire il consumo di un tipo di alcolici con un altro?
- perché sembra che i maschi passino molto meno tempo delle femmine a fare i compiti?
- perché le femmine riferiscono di essere a dieta anche quando non dichiarano di essere sovrappeso?
- perché in alcuni paesi è meno probabile che i bambini siano in grado di riferire la propria altezza e il proprio peso?
- quali fattori influenzano le associazioni tra attività fisica e sedentaria?

Tutti gli autori indicano l'esistenza di una complessa interazione di fattori che sono associati ed interagiscono con il comportamento collegato alla salute. È di importanza fondamentale attuare un intervento valido e che possa essere mirato, anche se non unidimensionale. Affrontare i fattori di rischio multipli e tutti i comportamenti relativi alla salute richiede una forte leadership, volontà politica d'acciaio e integrazione a livello regionale, nazionale ed internazionale. Non solo è necessaria una maggiore consapevolezza delle conseguenze che comporta ogni specifico comportamento legato alla salute, ma si deve prestare maggiore attenzione alla qualità e all'accessibilità dei risultati della ricerca. Il Capitolo 3 è un serio tentativo di affrontare un aspetto di questo problema di difficile soluzione.