

Capitolo 1

Introduzione –

Candace Currie and Chris Roberts

Lo studio HBSC sullo stato di salute e sugli stili di vita dei giovani in età scolare

Lo studio HBSC sullo stato di salute e sugli stili di vita dei giovani in età scolare messo a punto 22 anni fa, è uno studio transnazionale condotto da una rete internazionale di ricercatori in collaborazione con l'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'obiettivo del progetto è quello di sviluppare una nuova visione dello stato di salute, del benessere psicofisico, degli stili di vita dei giovani e del contesto in cui vivono. Ricercatori appartenenti a tre paesi hanno dato il via, nel 1982, alla ricerca HBSC (1); da allora un crescente numero di paesi e regioni ha aderito a questo studio (Tabella 1.1).

Partendo dalla base che la salute rappresenta una risorsa per la vita quotidiana, l'indagine prende in considerazione lo stato di salute degli adolescenti nel senso più ampio del termine, ossia il benessere psicofisico, sociale ed emotivo e non solamente l'assenza di malattie. La ricerca HBSC è uno strumento unico poiché, oltre a monitorare la salute e gli stili di vita dei giovani nel tempo e nelle varie nazioni,

Tabella 1.1. Indagini HBSC: paesi e regioni compresi negli archivi dati internazionali

Indagini HBSC					
1983/1984	1985/1986	1989/1990	1993/1994	1997/1998	2001/2002
Inghilterra Finlandia Norvegia Austria Danimarca b	Finlandia Norvegia Austria Belgio (francofono) Ungheria Israele Scozia Spagna Svezia Svizzera Galles Danimarca b Olanda b	Finlandia Norvegia Austria Belgio a Ungheria Scozia Spagna Svezia Svizzera Galles Danimarca b Olanda b Canada Lettoniab Irlanda del Nordb Polonia	Finlandia Norvegia Austria Belgio (francofono) Ungheria Israele Scozia Spagna Svezia Svizzera Galles Danimarca Canada Lettonia Irlanda del Nord Polonia Belgio (Fiandre) Repubblica Ceca Estonia Francia Germania Groenlandia Lituania Federazione Russa Slovacchia	Finlandia Norvegia Austria Belgio (francofono) Ungheria Israele Scozia Spagna Svezia Svizzera Galles Danimarca Canada Lettonia Polonia Belgio (Fiandre) Repubblica Ceca Estonia Francia Germania Groenlandia Lituania Federazione Russa Inghilterra Grecia Portogallo Irlanda Irlanda Stati Uniti	Finlandia Norvegia Austria Belgio (francofono) Ungheria Israele Scozia Spagna Svezia Svizzera Galles Danimarca Canada Lettonia Polonia Belgio (Fiandre) Repubblica Ceca Estonia Francia Germania Groenlandia Lituania Federazione Russa Inghilterra Grecia Portogallo Irlanda Stati Uniti Ex-Repubblica Iugoslava di Macedonia Olanda Italia Croazia Malta Slovenia Ucraina

a Archivio dati nazionale

b Ha svolto la ricerca dopo aver programmato le date per la ricerca sul campo.

prende in considerazione un più ampio contesto di indagine come l'ambito della famiglia, della scuola del gruppo dei pari e dell'ambiente socioeconomico nel quale i giovani crescono per comprendere quali sono i fattori che plasmano e influenzano il loro stato di salute e il loro stile di vita. La ricerca fornisce delle informazioni importanti che difficilmente si potrebbero ottenere dalla maggior parte delle ricerche di monitoraggio.

Lo studio produce un ampio e sofisticato set di informazioni che derivano dalla maggior parte degli studi per la descrizione di trend. Lo studio HBSC ha sviluppato uno strumento di ricerca che si avvale di una forte impostazione concettuale e utilizza una serie coerente di indicatori dei determinanti individuali e sociali della salute, oltre agli indicatori della salute e delle conseguenze che alcuni stili di vita hanno su di essa. Questi sono descritti in dettaglio nel protocollo di ricerca internazionale nell'indagine svolta nel 2001/2002 (2).

L'indagine HBSC del 2001/2002

Le indagini HBSC sono svolte con cadenza quadriennale e i risultati ottenuti sono utilizzati per influenzare le politiche relative all'educazione e alla promozione della salute dei giovani a livello nazionale e internazionale oltre che a promuovere la conoscenza scientifica. L'indagine del 2001/2002, sulla quale si basa questo rapporto, è la sesta della serie e la più recente. È stata condotta con successo in 35 paesi e regioni (Tabella 1.1).

I dati sono stati raccolti nei paesi e nelle regioni partecipanti attraverso indagini nelle scuole seguendo il protocollo di ricerca internazionale. Lo strumento di ricerca si basa su un questionario standard elaborato da un'équipe di ricerca internazionale. Lo studio è rivolto ai giovani in età scolare di 11, 13 e 15 anni.

Queste tre fasce di età rappresentano l'inizio dell'adolescenza, il momento in cui i giovani affrontano la sfida del cambiamento fisico ed emotivo, gli anni intermedi nei quali devono iniziare a prendere delle decisioni riguardo alla propria vita e alla carriera professionale.

Il questionario era composto da una parte obbligatoria che ogni paese o regione doveva utilizzare per la raccolta dei dati che sono presentati in questo rapporto internazionale e da alcune parti opzionali che trattavano argomenti specifici. I dati relativi a queste ultime parti saranno resi disponibili nelle prossime pubblicazioni. L'appendice 1 descrive in dettaglio le metodologie di ricerca della quale si dà un breve riassunto.

Il campionamento e la raccolta dei dati

L'indagine HBSC del 2001/2002 è stata condotta nei seguenti paesi europei e delle Americhe appartenenti all'Organizzazione Mondiale della Sanità: Austria, Belgio (francofono e Fiandre), Canada, Croazia, Repubblica Ceca, Danimarca, Inghilterra, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Groenlandia, Ungheria, Irlanda, Israele, Italia, Lettonia, Lituania, Malta, Olanda, Norvegia, Polonia, Portogallo, Russia, Scozia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Ex Repubblica Iugoslava di Macedonia, Ucraina, Stati Uniti e Galles.

Un campione regionale è stato scelto in Germania (Berlino, Hessen, Nord Reno-Westfalia e Sassonia). Ricerche separate riguardano le Fiandre e la comunità francofona in Belgio, e l'Inghilterra, la Scozia e il Galles per il Regno Unito. Data la relativa esiguità della popolazione della Groenlandia è stato eseguito un censimento della popolazione e il questionario è stato somministrato a tutti i giovani in età scolare all'interno delle fasce d'età, fatta eccezione per gli studenti non presenti a scuola nel giorno della raccolta dei dati. La ricerca sul campo si è svolta in tutti i paesi tra l'autunno del 2001 e la primavera del 2002.

Sfortunatamente la dimensione del campione per la Slovacchia è stato ritenuto troppo piccolo per poter essere inserito nell'archivio dati internazionale del 2001/2002. Per ogni paese sono stati selezionati circa 1500 studenti per ognuna delle tre fasce di età. I soggetti sono stati inclusi nello studio utilizzando un disegno di campionamento a grappolo, dove l'unità di campionamento iniziale era costituita o dalla classe o dalla scuola. La scuola è stata scelta come unità quando non è stato possibile avere a disposizione le liste

delle classi. La dimensione minima raccomandata del campionamento è stata raggiunta nella maggioranza dei paesi e regioni.

È stato compiuto ogni sforzo per accertarsi che fosse seguito il protocollo HBSC e che gli strumenti di ricerca e le procedure di raccolta e di elaborazione dei dati fossero conformi. I questionari sono stati somministrati nelle aule delle scuole da personale qualificato, dagli insegnanti e dagli operatori sociali. Terminata la ricerca sul campo sono stati inseriti i dati, utilizzando la documentazione standard, e successivamente sono stati inviati alla Banca Dati Internazionale HBSC dell'Università di Bergen in Norvegia. I dati sono stati controllati, corretti e restituiti ai rispettivi paesi per l'approvazione prima di essere inseriti nell'archivio internazionale.

Una panoramica del rapporto: obiettivi e contenuti

Questo rapporto fa parte di una serie di rapporti destinata ai responsabili dello sviluppo di programmi per la promozione della salute e del benessere psicofisico dei giovani in età scolare. Tra questi responsabili vi sono coloro che, a vari livelli governativi, decidono le politiche da adottare: le organizzazioni non-governative e i professionisti in materia di salute, educazione, servizi sociali, giustizia e attività ricreative.

I mass-media, sia a livello generale che settoriale, esercitano una grande influenza non solo sul pubblico ma anche sui responsabili delle decisioni politiche e sugli enti pubblici. Sono importanti per diffondere e divulgare i risultati della ricerca e aumentare la conoscenza fra il pubblico. Gli educatori possono altresì beneficiare dell'accesso ai dati, valido strumento di aiuto per riuscire a capire meglio i loro studenti. I dati possono rivestire un ruolo chiave nelle università per la formazione dei futuri insegnanti e dei professionisti nel campo della salute ed essere utili a professionisti che lavorano in vari settori, compresa la salute. In questo modo, i dati dovrebbero essere disponibili sia per i servizi in generale che per quelli educativi

I rapporti internazionali delle indagini HBSC del 1993/1994 e del 1997/1998 (3,4) sono a disposizione. Questo rapporto costituisce la prima e più importante pubblicazione dei dati internazionali dell'indagine HBSC del 2001/2002. I responsabili delle decisioni politiche hanno bisogno di lavorare con informazioni aggiornate sulla prevalenza degli indicatori chiave della salute e sugli stili di vita ad essa collegati. Tali dati formano il corpo centrale del rapporto (Capitolo 3).

Un aspetto essenziale del rapporto è che colloca i risultati nei rispettivi contesti sociali e di sviluppo (Capitoli 2 e 4). Le condizioni socioeconomiche, la famiglia, l'ambiente scolastico, i rapporti con i compagni e lo sviluppo sono stati considerati i fattori fondamentali che influenzano la salute e gli stili di vita dei giovani in età scolare. È possibile, inoltre, utilizzare le descrizioni degli aspetti sociali ed economici della vita in diversi paesi e regioni per la promozione e lo sviluppo della salute dei giovani, come descritto nel Capitolo 5.

Il Capitolo 2 presenta i dati descrittivi essenziali riguardo a temi come la condizione socioeconomica della famiglia, la struttura della famiglia e la comunicazione all'interno di essa, il gruppo dei pari, i rapporti di amicizia e l'ambiente scolastico. Precedenti indagini, sia all'interno di studi HBSC che in altri ambiti, hanno dimostrato che questi contesti sociali influenzano fortemente la salute dei giovani nel suo significato più ampio. Il rapporto presta quindi la dovuta attenzione al complesso contesto sociale nel quale la salute si sviluppa. Qualsiasi tentativo di promuovere la salute dei giovani deve tenere in considerazione questi contesti e deve integrarli nel piano degli interventi e dei programmi di prevenzione.

Il Capitolo 3, parte centrale del rapporto, si concentra sulla salute e sugli stili di vita dei giovani di 11, 13 e 15 anni. I dati sono presentati nelle seguenti sezioni: salute e benessere psicofisico, consumo di alcol e tabacco, uso di cannabinoidi, attività fisica e comportamenti sedentari, abitudini alimentari e immagine corporea, igiene orale, bullismo e violenza fisica, infortuni e salute sessuale. Precedenti rapporti internazionali HBSC hanno trattato spesso questi argomenti, ma questo rapporto è il primo che fornisce dei dati transnazionali esaustivi sulla salute sessuale e sull'uso di cannabinoidi.

Il Capitolo 4 mette in evidenza l'importanza del contesto sociale e dello sviluppo prendendo in

esame alcune relazioni tra particolari fattori contestuali e le conseguenze sulla salute e sugli stili di vita. Lo scopo di questo capitolo ha carattere illustrativo piuttosto che di approfondimento. Un quadro più completo e globale sulle possibili influenze sulla salute dei giovani sarà disponibile nei successivi rapporti e pubblicazioni scientifiche HBSC. È possibile consultare la lista delle pubblicazioni delle precedenti indagini HBSC sul sito web dello studio HBSC (5).

Il Capitolo 5 riepiloga i principali risultati dell'indagine descritti nei Capitoli 2–4, e analizza le loro implicazioni nello sviluppo delle politiche e dei progetti futuri mirati a migliorare la salute e il benessere psicofisico dei giovani.

Presentazione dei risultati nei Capitoli 2–4

La maggior parte dei risultati di questa ricerca è presentata con delle percentuali in semplici istogrammi, stratificati per paese/regione, età e sesso e disposti secondo un ordine di prevalenza discendente combinato per maschi e femmine. Tuttavia, le cifre nel Capitolo 4 propongono i paesi e le regioni in ordine alfabetico, dal momento che lo scopo è di dimostrare le relazioni tra le variabili e/o le similarità nei modelli piuttosto che confrontare la distribuzione delle percentuali. In generale, sono presentati i dati di una categoria o di una combinazione di categorie, come la percentuale dei fumatori settimanali. In alcune sezioni gli Autori hanno anche presentato le relazioni che intercorrono tra le variabili di interesse e i fattori ad esse associati sotto forma di semplici associazioni bivariate. Nella maggior parte dei casi queste associazioni sono state calcolate aggregando i dati di tutti i paesi per fornire dei modelli generali.

Interpretare i risultati

Molti ricercatori e responsabili delle decisioni politiche vogliono essere in grado di capire le analogie e le differenze tra i paesi e le regioni che hanno partecipato all'indagine e come queste si sono modificate nel tempo. La capacità di affrontare tali questioni è chiaramente uno dei punti di forza di uno studio internazionale come l'HBSC che ha riposto grande impegno nella standardizzazione dei metodi utilizzati in ogni paese. Tuttavia, i risultati presentati in questo rapporto si devono interpretare con la dovuta cautela.

L'Allegato 1 evidenzia i campioni in dettaglio, ma è comunque importante accennare ad alcuni degli aspetti del disegno di campionamento dello studio HBSC che possono avere delle implicazioni nell'interpretazione dei risultati che presentiamo. Il campionamento a grappolo utilizzato nello studio comporta una correlazione di elementi legati agli intervistati che dipende dalla misura in cui coloro che appartengono a un grappolo (come una classe a scuola) condividono comportamenti e punti di vista comuni. Per esempio, sarà più probabile che i membri della stessa classe abbiano punti di vista comuni riguardo al gradimento della scuola anziché riguardo alla facilità di comunicazione con i loro genitori. Maggior peso può essere dato, quindi, a piccole differenze percentuali (per esempio, tra maschi e femmine o tra paesi e regioni) per quelle domande dove il livello di raggruppamento è minore, come la comunicazione con i genitori.

Come già detto, a causa dell'esiguo campione fornito dalla Groenlandia e da Malta, le strategie di campionamento utilizzate sono state differenti da quelle adottate in altre zone. L'intervallo di confidenza per i dati raccolti in Groenlandia è riportato tra le linee guida definite dal protocollo HBSC quando i dati sono presentati per tutta la regione o per sesso. Quando i dati sono disaggregati per età e per sesso è probabile che gli intervalli di confidenza siano del 4–8%, circa il doppio di quelli relativi ai dati forniti da altri paesi o regioni.

Sebbene il disegno di campionamento sia importante, quando si guardano i dati qui presentati si devono considerare molti altri fattori. La ricerca include sistemi scolastici differenti e culture e linguaggi diversi; anche i metodi di somministrazione del questionario hanno seguito procedure diverse nei vari paesi e regioni. L'importanza della cultura e del linguaggio non deve essere sottostimata quando si richiede la definizione di un concetto come parte di qualsiasi domanda utilizzata nella ricerca: per esempio quando

si forniscono le definizioni comuni di attività fisica o bullismo. I campioni possono anche differire in termini di variabili come l'età, la condizione socioeconomica, il sistema scolastico e la zona geografica. La frequenza scolastica può variare e quindi creare potenzialmente delle distorsioni nei dati presentati. La dimostrazione ci viene data da precedenti ricerche le quali hanno indicato che gli studenti assenti risultavano più inclini a fumare e che quindi il numero dei fumatori rappresentato nei dati poteva essere stato sottostimato (6). Anche le differenze stagionali al momento della raccolta dei dati possono influire su determinate variabili, come il tipo di dieta e di attività fisica. I campioni possono perciò variare in termini sia temporali che geografici e ciò non deve essere trascurato (7).

Dato questo insieme di fattori, i confronti tra paesi e regioni e quelli longitudinali devono essere interpretati con la dovuta cautela. Le analisi suggeriscono di non dare troppa importanza a differenze uguali o minori del 6%. Tuttavia, è improbabile che delle differenze metodologiche possano influire da sole su qualcuna delle grandi differenze e analogie presentate in questo rapporto.

Ricerca collaborativa e sviluppo di competenze

Il rapporto è stato scritto da 48 autori in collaborazione con i membri del comitato di redazione dell'indagine internazionale HBSC. Gli autori dei vari capitoli hanno collaborato anche allo sviluppo del protocollo HBSC (2), lavorando in team nei diversi focus group incentrati sui vari argomenti, mantenendo un approccio a seconda dei loro differenti background disciplinari e della familiarità con i modelli di ricerca. I capitoli nel rapporto riflettono quindi le loro prospettive psicologiche, sociologiche e di sanità pubblica sulla salute dei giovani. Tale diversità di approccio arricchisce il rapporto, mostrando una serie di punti di vista a chi è responsabile delle decisioni politiche e ai medici.

L'obiettivo principale dello studio HBSC è quello di sviluppare delle capacità di ricerca nei paesi e nelle regioni partecipanti, specialmente in quelli dove esiste una tradizione nella ricerca sulla salute della popolazione in età scolare. Il contributo alla stesura del rapporto si è dimostrato un modo per incoraggiare la collaborazione nella ricerca e per formare le competenze necessarie in alcuni dei nuovi team che hanno partecipato a questo studio. Ha dato inoltre l'opportunità ai ricercatori che si occupano di sviluppo di trarre vantaggio dall'esperienza di affermati membri del gruppo di studio HBSC.

La collaborazione con l'OMS

Dal momento in cui lo studio HBSC è diventato uno studio in collaborazione con l'OMS, l'Ufficio Regionale dell'OMS ha rivestito un ruolo importante per incrementare l'utilizzo dei risultati. Questi ultimi sono stati utilizzati in gran parte all'interno dell'OMS, e l'approccio allo studio e l'attenzione rivolta ai determinanti economici e sociali della salute sono totalmente compatibili con le politiche per la salute dell'OMS (8). Inoltre, l'OMS influenza lo sviluppo dello studio HBSC identificando argomenti importanti collegati alla salute e sostenendo la diffusione dei risultati, attraverso la pubblicazione della collana di cui fa parte questo libro, che si intende rivolgere a un vasto pubblico. L'OMS è anche rappresentata nel gruppo delle politiche per lo sviluppo all'interno dello studio HBSC.

L'Ufficio Europeo per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo forma parte della partnership tra Ufficio Regionale e HBSC. Ciò offre varie opportunità per portare avanti lo studio, creando un forum sulla salute che si propone di organizzare nel 2006 un evento sulla salute dei giovani sulla base dei risultati emersi da questo rapporto.

Come già affermato, lo studio HBSC ha un obiettivo più ampio della semplice raccolta di dati: mira a migliorare la salute attraverso la promozione di risultati scientifici che possono contribuire allo sviluppo di politiche e di programmi rivolti ai giovani, ai medici, alle famiglie, alle scuole e al pubblico in generale, sia a livello nazionale che internazionale.

Nel mondo sta aumentando la convinzione che gli ambienti sociali, culturali, economici, politici e fisici possono influenzare la salute in tutte le fasce di età. Questo si riscontra sempre più spesso nelle nuove agende per la salute pubblica e nel settore delle politiche che hanno come azione prioritaria quella

di individuare determinanti sociali ed economici più ampi della salute. Le informazioni contenute in questo rapporto mirano a contribuire a questo processo.

Bibliografia

1. Aarø LE et al. Health behaviour in schoolchildren. A WHO cross-national survey. *Health Promotion*, 1986, 1(1):17–33.
2. 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).
3. 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/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53, accessed 28 January 2004).
4. *Health and health behaviour among young people. International report from the HBSC 1997/98 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents. No. 1; http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf, accessed 27 January 2004).
5. HBSC: Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization collaborative cross-national study [web site]. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2002 (<http://www.hbsc.org/publications.html>, accessed 27 January 2004).
6. Charlton A, Blair V. Absence from school related to children's and parental smoking habits. *British Medical Journal*, 1989, 289:90–92.
7. Smith C, Wold B, Moore L. Health behaviour research with adolescents: a perspective from the WHO cross-national health behaviour in school-aged children study. *Health Promotion Journal of Australia*, 1992, 2:41–44.
8. *HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38, accessed 27 January 2004).