

Capitolo 5

Conclusioni e implicazioni – *Antony Morgan*

Introduzione⁵

Questa pubblicazione contiene i risultati preliminari della sesta indagine HBSC. Fornisce un'ampia gamma di informazioni sulla salute, sul benessere psicofisico, sugli stili di vita collegati alla salute e sulle condizioni di vita di più di 162.000 giovani di età compresa tra gli 11 e 15 anni, che vivono in 35 paesi e regioni della Regione europea dell'OMS e del Nord America.

Il rapporto dimostra la capacità dello studio di esaminare la salute e gli stili di vita dei giovani ad essa collegati tenendo conto delle diverse culture e dei vari contesti. Il Capitolo 2 introduce molti fattori importanti (relazione tra i pari, ambiente scolastico, famiglia e livello socioeconomico) e il modo in cui questi influiscono sulla salute dei giovani. Il Capitolo 3 spiega quali sono i principali indicatori della salute e degli stili di vita ad essa collegati, descrivendone i modelli secondo l'area geografica, l'età e il sesso.

⁵ Si ringraziano in particolar modo Lina Kostarova Unkovska, Centre for Psychosocial and Crises Action, Skopje, la Ex-Repubblica Iugoslava di Macedonia, e Ilze Kalnins, Università di Toronto, Canada, per il loro prezioso contributo a questo capitolo.

Il Capitolo 4 illustra il modo in cui i dati dell'indagine HBSC possono essere utilizzati per studiare le relazioni tra un nuovo insieme di indicatori evolutivi e sociali che rappresentano le condizioni di vita dei giovani, così come gli indicatori della salute e degli stili di vita ad essa collegati presentati nel Capitolo 3.

Il Capitolo 5 introduce un contesto per le politiche che tenga conto dello studio HBSC, riassume i risultati più importanti analizzati nei Capitoli 2–4 e discute quali possano essere le implicazioni per il futuro sviluppo di politiche e di programmi per migliorare la salute e il benessere psicofisico dei giovani nella Regione europea dell'OMS e nel Nord America.

Il contesto delle politiche per l'indagine HBSC nel 2001/2002

A livello mondiale i nuovi programmi per la salute pubblica riconoscono sempre di più che sullo stato di salute influiscono non soltanto i fattori genetici e gli stili di vita dei singoli individui, ma anche una vasta gamma di fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali (1–3). Con l'adesione alle linee guida per le politiche sanitarie contenute nel documento dell'OMS denominato HEALTH 21 (1), gli Stati membri della regione europea dell'OMS si sono impegnati a ideare, attuare, monitorare e valutare delle politiche innovative che unifichino gli sforzi attuali per promuovere stili di vita salutari tenendo conto degli aspetti fisici, economici, sociali e culturali.

Questi programmi sono stati sviluppati sulla base di una crescente quantità di dati concreti accumulati negli ultimi venti anni. Questi dati dimostrano che le persone che vivono in condizioni sociali svantaggiate sono maggiormente soggette a malattie, indigenza e invalidità e hanno una speranza di vita inferiore rispetto a quelle più benestanti (4–7). Inoltre, dati provenienti da tutto il mondo mettono in evidenza un aumento del divario nello stato di salute e nella sanità determinato dalla condizione socioeconomica, dalla posizione geografica, dal sesso, dalla razza, dall'etnia e dall'età (8,9).

Anche se la letteratura scientifica continua a dibattere sulle ineguaglianze nella salute durante l'adolescenza (10,11), Call et al. (12) sostengono che lo stato di salute durante questo periodo ha conseguenze a lungo termine sia sull'individuo che sull'intera società. In altre parole, a prescindere dal fatto che le ineguaglianze in tale periodo esistano o meno, l'adolescenza è il momento ideale per investire sui giovani e per aiutarli a godere al massimo dei loro anni giovanili, costruendo allo stesso tempo solide basi per il loro futuro stato di salute.

Se da un lato ci sono molti dati sulle tipologie e sulle cause delle ineguaglianze nella salute, dall'altro c'è un crescente consenso nella letteratura (13,14) sul fatto che mancano informazioni sul modo di intervenire in proposito. Sia a livello nazionale che internazionale, si stanno facendo molti sforzi per sviluppare una base di dati concreti sulle iniziative e sugli interventi più efficaci per ridurre le ineguaglianze nella salute (6,7,15). Lo studio HBSC mira unicamente a dare il suo contributo a questo progetto nel rispetto degli adolescenti, sia determinando in che misura possano esistere delle ineguaglianze nella salute in questa fascia d'età sia fornendo delucidazioni sul tipo di interventi necessari per migliorare la salute di tutte le persone sia adesso che in futuro.

C'è ancora molto da imparare su come affrontare nel modo migliore le ineguaglianze nella salute. Gillies (14) ha dimostrato che gli interventi più efficaci per migliorare la salute, in particolar modo tra le persone più svantaggiate, sono quelli in cui i destinatari dell'intervento sono coinvolti in tutti gli aspetti della progettazione e dell'attuazione. Le attuali politiche nazionali e internazionali (1, 2) riconoscono sempre di più l'importanza di adottare approcci a livello di comunità nella promozione della salute, nel tentativo di dare voce ai gruppi che presentano rischi particolari e di assicurare la partecipazione dei destinatari dell'intervento.

Gillies sostiene che le strategie efficaci per la promozione della salute devono assicurare tale partecipazione, stabilendo programmi locali e nazionali e collaborazioni tra enti pubblici e i protagonisti più importanti, siano essi professionisti, datori di lavoro, operatori sanitari, organizzazioni o responsabili

delle decisioni politiche. Il concetto di bambini come stakeholders (portatori d'interesse), i cui punti di vista devono essere presi in considerazione, si è diffuso faticosamente, ma la Dichiarazione ONU sui diritti del bambino costituisce un riferimento importante per chi auspica la partecipazione dei bambini. La necessità di questo coinvolgimento è sottolineata dagli obiettivi dell'UNICEF (16), che incoraggiano le organizzazioni della società civile e il settore privato a promuovere il vero e proprio coinvolgimento dei bambini nelle decisioni che influiscono sulla loro vita.

Earls e Carlson (17) fanno notare che per promuovere la salute dei giovani è fondamentale pensare a migliorare gli ambienti in cui essi crescono, rispettando allo stesso tempo le loro risorse come cittadini. Call et al. (12) avvertono che se gli adolescenti non vengono considerati parte integrante, anziché alienata, della società, si rischia di dir poco la perdita di una generazione e di un'opportunità cruciale per il progresso della società.

L'introduzione del concetto di partecipazione alla vita civile alla progettazione e all'attuazione delle politiche da parte degli adolescenti ha stimolato il dibattito tra gli accademici, i responsabili delle decisioni politiche e i medici, sul contributo potenziale del capitale sociale per la riduzione delle ineguaglianze nella salute. Questo concetto riconosce che le reti sociali e i livelli di partecipazione e fiducia in una comunità sono fattori importanti, che influenzano la salute dei singoli e la capacità di affrontare i problemi legati alla salute a livello locale (18). Alcuni autori (14,19) hanno suggerito che il capitale sociale è un mezzo per costruire una base di evidenze scientifiche che dimostri il successo degli approcci a livello di comunità. Mentre la ricerca è in grado di fornire sempre più informazioni sul rapporto tra capitale sociale e stato di salute nell'età adulta, si hanno ancora pochissimi elementi sul rapporto tra tale capitale e lo stato di salute dei giovani. Nell'indagine HBSC del 2001/2002, è stato sviluppato un questionario unico per indagare sul concetto di capitale sociale nel contesto giovanile, ma molti paesi e regioni hanno inserito queste domande facoltative nei loro questionari. Anche se questo rapporto non fornisce dati sul capitale sociale a causa del carattere facoltativo delle domande, ulteriori analisi dei dati raccolti possono offrire molti elementi utili a comprendere meglio il ruolo che potrebbe avere il capitale sociale nel miglioramento dello stato di salute dei giovani.

In sintesi, sempre più paesi nel mondo hanno inserito le ineguaglianze nella salute tra gli aspetti più importanti delle loro strategie per la promozione della salute. In alcuni paesi si sta facendo molto per ridurre le ineguaglianze, ma c'è ancora tanto da imparare sul modo più opportuno per affrontare la sfida del miglioramento dello stato di salute dei soggetti più vulnerabili. Si deve pertanto elaborare con urgenza una base di evidenze scientifiche sulle ineguaglianze nella salute dei giovani per riuscire a offrire soluzioni a questi problemi. Lo scopo dello studio HBSC è quello di dare il suo contributo alla creazione di una base di evidenze scientifiche.

Costruire una base di evidenze scientifiche per la salute e il benessere psicofisico dei giovani

Questa sezione contiene informazioni importanti raccolte nei 35 paesi e regioni. Queste riguardano più di 50 indicatori, già esaminati nei Capitoli 2 e 4, e un aggiornamento sulla salute dei giovani e sugli stili di vita ad essa collegati nei paesi e nelle regioni europee e nel Nord America. Si analizzano inoltre i dati concreti sull'importanza del contesto sociale in cui vivono i giovani e che emergono da una serie di analisi secondarie che evidenziano il rapporto esistente tra condizioni di vita e determinate conseguenze sulla salute o sugli stili di vita ad essa collegati.

Percezione della salute e del benessere psicofisico

Complessivamente, la salute e il benessere psicofisico dei giovani intervistati sono buoni, come dimostrano i tre indicatori sulla percezione della salute e del benessere psicofisico. La maggior parte dei giovani è soddisfatta della propria vita, considera la propria salute buona e di solito non soffre di disturbi di salute,

come ad esempio mal di testa o mal di stomaco.

Tuttavia, una minoranza piuttosto significativa considera la propria salute discreta o scadente e soffre di alcuni disturbi di salute ricorrenti. Questi indicatori negativi si riscontrano maggiormente tra i soggetti intervistati più grandi e ancor più tra le femmine che tra i maschi. Le quindicenni sembrano essere particolarmente vulnerabili: infatti, più del 25% considera la propria salute discreta o scadente e il 44% lamenta uno o più disturbi di salute più di una volta la settimana. Questi modelli sono simili nella maggior parte dei paesi e delle regioni coinvolte nello studio HBSC, anche se in generale, i paesi dell'Europa orientale tendono ad avere percentuali più alte di salute scadente e più basse di soddisfazione per la vita.

I paesi del Sud Europa tendono ad avere percentuali più alte di disturbi di salute in tutte le fasce d'età.

Consumo di tabacco, di alcol e di droga

Sperimentare il tabacco e l'alcol è pratica assai diffusa e un gran numero di giovani continua poi a fumare e a bere regolarmente. Il consumo aumenta con l'età: a 15 anni il 23% dei giovani fuma e il 29% beve una volta alla settimana. Anche l'uso di cannabinoidi è diffuso tra i quindicenni: il 22% dei giovani dice di averli provati e l'8% dice di usarli regolarmente (da 3 a 39 volte durante gli ultimi 12 mesi). Tuttavia, questi dati nascondono importanti differenze tra paesi e regioni.

Generalmente, è più probabile che i maschi dichiarino di aver consumato tabacco, alcol o cannabinoidi, anche se questa generalizzazione nasconde molte differenze geografiche interessanti e significative. Per esempio, le percentuali relative al consumo di tabacco da parte delle femmine sono uguali o superiori a quelle dei maschi in circa metà dei paesi e delle regioni. In un paese, si riscontra una percentuale superiore al 10% circa. Le percentuali relative al consumo di tabacco tendono a essere inferiori nei Paesi dell'Europa orientale, dove i maschi fumano più delle femmine. Il consumo di alcol varia molto tra i paesi e le regioni sia per quanto riguarda la quantità che la tipologia. Per esempio, le percentuali più alte di quindicenni che bevono una volta alla settimana sono 3,5 volte più alte delle percentuali più basse. Le notevoli differenze geografiche, riguardanti il modo in cui i giovani consumano alcol, riflettono le diverse culture riguardo al consumo di bevande alcoliche. In Israele e in Italia, per esempio, i giovani consumano alcol e si ubriacano per la prima volta relativamente tardi. Tuttavia, in questi paesi il consumo abituale di alcol è molto diffuso. La Finlandia presenta percentuali alte per quanto riguarda l'ubriachezza e basse per quanto riguarda il consumo settimanale, mentre l'Italia ha percentuali basse per quanto riguarda l'ubriachezza e alte per quanto riguarda il consumo di birra, vino e superalcolici. Il consumo di cannabinoidi presenta le maggiori differenze tra paesi e regioni: è molto probabile che i giovani canadesi dichiarino 13 volte di più rispetto ai giovani dell'Ex-Repubblica Jugoslava di Macedonia di aver fatto uso di cannabinoidi negli ultimi 12 mesi. Nonostante questa grande differenza, almeno il 20% dei giovani ha fatto uso di cannabinoidi nell'ultimo anno in più della metà dei paesi e delle regioni.

Attività fisica e comportamento sedentario

Questo rapporto dimostra che, nonostante l'importanza dell'attività fisica e del benessere psicofisico nella promozione della salute, un gran numero di giovani in tutti i paesi e regioni non rispetta le raccomandazioni delle linee guida attuali: meno del 50%, considerando tutte le fasce d'età in quasi tutti i paesi e regioni. Le percentuali relative all'attività fisica diminuiscono costantemente con l'età e più velocemente tra le femmine. Queste percentuali possono indicare degli andamenti per l'attività fisica in alcuni paesi o regioni: gli andamenti rivelano anche ampie differenze geografiche. Per esempio, tra i quindicenni la percentuale dei giovani che rispettano le linee guida varia dal 50% circa nel paese che presenta le percentuali più alte (Stati Uniti) a meno del 20% nel paese che presenta le percentuali più basse (Portogallo).

Sebbene i soggetti intervistati trascorrono una grande parte del tempo guardando la televisione, utilizzando il computer e facendo i compiti, si sono riscontrate solo poche associazioni positive tra le percentuali di comportamento sedentario e quelle di inattività fisica. Tuttavia, il tempo trascorso in comportamenti sedentari riduce il tempo disponibile per occupazioni più attive.

In generale, più di un quarto dei giovani guarda la televisione per quattro o più ore al giorno, un settimo degli intervistati utilizza il computer per più di tre ore al giorno e quasi un quinto dei soggetti trascorre più di tre ore al giorno facendo i compiti nei giorni di scuola. Gli andamenti del comportamento sedentario indicano anche delle importanti differenze geografiche.

Rispetto alla percentuale più bassa, tra gli undicenni, la percentuale di tempo trascorso a guardare la televisione è 7 volte maggiore, quello per quanto riguarda l'utilizzo del computer è 6 volte maggiore e quello per quanto riguarda il tempo trascorso a fare i compiti nei giorni di scuola è 17 volte maggiore. Mentre guardare la televisione e i video è universalmente diffuso in entrambi i sessi, una maggiore conoscenza del computer è più diffusa tra i maschi, mentre le femmine trascorrono molte più ore facendo i compiti.

Abitudini alimentari, immagine di sé e obesità

I dati di questa indagine suggeriscono che un gran numero di giovani non segue le attuali raccomandazioni nutrizionali. Il consumo di frutta e verdura nel campione HBSC è relativamente basso e diminuisce con l'aumentare dell'età. Per esempio, la percentuale dei giovani che dichiara di consumare frutta quotidianamente è pari al 38% tra gli undicenni e via via decresce fino al 33% tra i tredicenni e al 29% dei quindicenni. Tra le fasce d'età, la percentuale delle femmine che dichiara di consumare frutta è generalmente più alta di quella dei maschi. Il consumo di verdura segue un andamento simile.

La maggiore differenza tra i paesi e le regioni si riscontra tra i quindicenni: differenze triple nel consumo giornaliero di frutta e quintuple in quello di verdura.

Essere insoddisfatti del proprio peso corporeo è una condizione diffusa sia tra i maschi che tra le femmine, anche se sono principalmente le femmine a considerare il proprio corpo troppo grasso (oltre il 33% delle femmine e solo più del 20% dei maschi) e a dichiarare di seguire diete o di utilizzare altri metodi per perdere peso (17,5% delle femmine e 8,2% dei maschi). Questi atteggiamenti aumentano tra le femmine con l'età e non tra i maschi. L'indagine dimostra che anche se l'insoddisfazione riguardante il peso corporeo è caratterizzata da significative differenze geografiche, il 23% delle quindicenni sta tentando di perdere peso.

Sono stati utilizzati dati riguardanti il peso e l'altezza forniti dai soggetti intervistati per calcolare l'indice di massa corporea (BMI), usato per determinare i livelli di sovrappeso e obesità. Anche se i dati devono sempre essere utilizzati con cautela, si sono fatte delle osservazioni importanti. Nei maschi vi è una tendenza maggiore ad essere sovrappeso in tutti i paesi e regioni. In generale circa un quindicenne su sette è sovrappeso e questo dato diventa pari a un maschio su tre nel paese che presenta la percentuale più alta (Stati Uniti).

Igiene orale

In generale, la grande maggioranza dei giovani si lava i denti più di una volta al giorno, rispettando la frequenza raccomandata che è pari a due volte al giorno. Le femmine sono più ben disposte dei maschi a rispettare tali raccomandazioni. Anche qui, le differenze geografiche sono considerevoli con la percentuale più bassa, relativa alla frequenza dell'igiene orale presente tra i quindicenni, che è inferiore a una volta ogni cinque.

Infortunati, bullismo e violenza fisica

Gli infortuni che richiedono cure mediche sono diffusi tra i giovani intervistati. In generale, il 45% fra tutte le fasce d'età dichiara di avere subito almeno un infortunio nell'anno precedente. Circa il 50% di questi soggetti dichiara due o più infortuni e il 5% dichiara quattro o più infortuni. In tutti i paesi e regioni e in tutte le fasce d'età, i maschi subiscono molti più infortuni delle femmine, con percentuali straordinariamente simili per gli undicenni, tredicenni, e quindicenni. Ci sono tuttavia importanti differenze geografiche: per esempio, la percentuale degli infortuni (almeno 1 negli ultimi 12 mesi) tra i quindicenni nel paese che presenta la percentuale più alta è doppia rispetto a quella del paese che presenta la percentuale più bassa. Considerando tutte le fasce d'età, la percentuale d'infortuni tende a essere più

bassa in Estonia, Ungheria, Polonia e nell' Ex-Repubblica Iugoslava di Macedonia e più alta in Austria, Germania, Spagna e Galles.

Numerosi dati dimostrano che il fatto di essere coinvolti in atti di bullismo e violenza fisica ed essere vittime di tali atti è frequente in tutte e tre le fasce d'età. Un giovane su tre dichiara di essere stato coinvolto in almeno uno di tali atti nell'anno precedente, anche se le percentuali riferite al bullismo variano molto nei paesi e nelle regioni. Per esempio, le percentuali riferite al bullismo tra i tredicenni oscillano tra il 17% e il 71%. I maschi dichiarano gli episodi di bullismo e di violenza fisica con maggiore frequenza rispetto alle femmine in tutti i paesi e le regioni, tre quarti dei quali presentano percentuali maschili doppie rispetto a quelle femminili, o addirittura maggiori. Tuttavia la differenza fra i sessi è meno importante per quanto riguarda i casi di vittimizzazione.

Salute sessuale

In generale, più di un quinto dei quindicenni dichiara di avere avuto rapporti sessuali, anche se le percentuali più alte sono 2,5 volte più grandi rispetto a quelle più basse. Ci sono anche differenze tra i sessi. Per esempio, in quasi un terzo dei paesi e delle regioni, la probabilità di avere avuto rapporti sessuali è doppia per i maschi rispetto alle femmine. In un numero ancora più elevato di paesi, le percentuali in entrambi i sessi sfiorano la parità e in cinque paesi (Inghilterra, Finlandia, Germania, Scozia e Galles) le percentuali delle femmine sono più alte rispetto a quelle dei maschi.

Per quanto riguarda l'uso dei contraccettivi, il 75% dei quindicenni dichiara di aver usato il preservativo durante l'ultimo rapporto sessuale, con percentuali che vanno dal 64% al 89%. I maschi generalmente sono più propensi a dichiarare di aver usato il preservativo e la differenza tra i sessi nell'uso dello stesso è pari al 20% in alcuni paesi e regioni.

Condizioni di vita e loro influenza sulla salute

Per capire gli schemi di comportamento di cui abbiamo parlato prima, bisogna cercare di comprendere l'ambiente sociale nel quale i giovani crescono. Il Capitolo 2 riporta una serie di indicatori sociali che potrebbero essere utilizzati per descrivere le condizioni di vita dei giovani in termini di posizione sociale e di esperienze all'interno della famiglia, a scuola e tra i loro pari. In questa sezione sono riportati i dati più importanti dei Capitoli 2 e 4, che descrivono le differenze geografiche, culturali, d'età e di sesso nelle condizioni di vita. Attraverso degli esempi, questi dati spiegano alcuni dei primi risultati che definiscono il rapporto esistente tra il contesto in cui vivono i giovani e una serie di conseguenze sulla salute.

L'indagine del 2001/2002 ha dimostrato in accordo con le aspettative, che le percentuali più alte di famiglie benestanti sono concentrate nel Nord Europa, nell'Europa occidentale e nel Nord America. Al contrario, i paesi dell'Europa centrale e orientale sono caratterizzati principalmente da famiglie non abbienti.

Più di tre quarti dei giovani intervistati vive con entrambi i genitori, poco più di un decimo vive con un solo genitore e poco meno di un decimo vive in una famiglia adottiva. Mentre la maggior parte dei giovani dei paesi e delle regioni vive con entrambi i genitori, le famiglie in cui c'è un solo genitore presentano differenze geografiche considerevoli. La differenza tra i paesi con le percentuali più alte e i paesi con quelle più basse è di quattro volte il valore dato. Chiaramente, le differenze tra i contesti culturali e tra le norme sociali influenzano le strutture familiari.

In generale, i giovani di tutte le fasce d'età e in tutti i paesi e le regioni dialogano più facilmente con la madre che con il padre. Parlare con il padre è più difficile per le femmine che per i maschi: ciò è vero soprattutto a 15 anni per più della metà delle femmine nei due terzi dei paesi e delle regioni.

Avere tre o più amici veri è comune in tutte e tre le fasce d'età e in tutti i paesi e regioni. Nonostante le differenze geografiche, almeno metà dei giovani nel paese con la percentuale più bassa (Spagna) dichiara di avere un gruppo di amici veri. La frequenza dei contatti con gli amici varia molto tra i diversi paesi e regioni. Per esempio, tra i quindicenni, sebbene poco meno di un terzo dichiara di trascorrere quattro o più sere con gli amici ogni settimana, le percentuali vanno da oltre il 50% nei paesi e regioni con

percentuali più alte a meno del 15% nei paesi e regioni con quelle più basse.

Per quanto riguarda la scuola le esperienze dei giovani sono caratterizzate da grandi differenze geografiche, d'età e fra i sessi. I ragazzi più grandi di solito non amano molto la scuola, credono che il loro rendimento scolastico non sia buono e si sentono più affaticati dal carico di lavoro scolastico, anche se il sostegno dei compagni è simile in tutte le fasce d'età e buono in generale. Alle femmine è più probabile che piaccia la scuola e sono molto interessate al rendimento, ma si sentono più stressate dall'attività scolastica. Mentre questi andamenti sono simili tra i paesi e le regioni, le percentuali complessive variano molto. Per esempio

- la percentuale di tredicenni a cui piace la scuola è 8 volte più elevata nei paesi e nelle regioni con le percentuali più alte rispetto a quelli con le percentuali più basse;
- la percentuale delle quindicenni che hanno un buon rendimento scolastico è quasi tre volte più elevata nei paesi e nelle regioni con le percentuali più alte; e
- la percentuale dei quindicenni che si sentono stressati a scuola è quattro volte più elevata nei paesi e nelle regioni con le percentuali più alte.

Questo capitolo presenta le analisi preliminari sulle relazioni tra i contesti sociali ed evolutivi da una parte e le conseguenze sulla salute dall'altra. Le analisi mostrano l'importanza di queste relazioni nel determinare la percezione della salute e gli stili di vita ad essa collegati. Una serie di conseguenze sulla salute e sul comportamento dimostrano che il sostegno della famiglia e della scuola è importante per il benessere psicofisico. Un'esperienza scolastica positiva è associata a una migliore percezione della propria salute e a una maggiore soddisfazione per la propria vita, a minori disturbi di salute e a minori probabilità di consumare tabacco.

È probabile che i giovani che provengono da famiglie meno abbienti dichiarino una percezione della propria salute più scarsa, un'attività fisica meno frequente e una percezione di maggiori disturbi di salute (soprattutto le femmine). Il rapporto tra agiatezza familiare e consumo di tabacco è meno chiaro.

Il Capitolo 4 (pagg. 200–209) mette in evidenza anche l'importanza della fase della pubertà quale contesto evolutivo. I casi di menarca precoce riguardano una proporzione piccola, ma significativa (circa un sesto) delle ragazze di questo rapporto. Il fatto di seguire diete non salutari e di avere rapporti sessuali precoci sembra causare conseguenze negative per quanto riguarda il consumo di tabacco e l'insoddisfazione per il proprio peso corporeo. Questo conferma i risultati di altri studi. Gli effetti del menarca precoce (a 11 anni o prima) si possono riscontrare tra le quindicenni intervistate dopo quattro anni o più. La letteratura suggerisce addirittura che gli effetti del menarca precoce possono durare tutta la vita (20). Nelle indagini future, il rapporto HBSC dovrà considerare anche il ruolo che riveste sulla salute dei maschi il periodo in cui inizia la pubertà (che rappresenta una lacuna nella letteratura, specialmente da una prospettiva transnazionale).

I gruppi dei pari possono influire sugli stili di vita collegati alla salute e i loro effetti possono essere positivi o negativi oppure entrambi. L'indagine ha scoperto che la dimensione del gruppo, così come il fatto che sia composto da persone di sesso diverso, ha effetti sul consumo di tabacco e sull'attività fisica. Trascorrere più sere a settimana con gli amici è associato a percentuali più alte non solo di attività fisica, ma anche a percentuali più alte di consumo di tabacco e alcol, compresa l'ubriachezza. I futuri rapporti HBSC consentiranno una maggiore comprensione delle caratteristiche dei gruppi dei pari in modo da poter promuovere comportamenti protettivi e non rischiosi.

La struttura della famiglia e la facilità di comunicazione con entrambi i genitori sono associate alla percezione della propria salute e al consumo di tabacco. In generale, i risultati sono simili per entrambi i sessi e in tutti i paesi e regioni e sottolineano l'importanza dei rapporti familiari che danno appoggio. Tali risultati evidenziano anche la necessità di studiare ulteriormente il rapporto tra genitori e adolescenti nel determinare lo stato di salute futuro.

Implicazioni per le politiche e la pratica

Come si è già detto, i risultati presentati in questo rapporto si basano sulle analisi preliminari dei dati dell'indagine HBSC del 2001/2002. Tali dati facilitano il monitoraggio continuo della salute e degli stili di vita dei giovani ad essa collegati nei paesi e nelle regioni europee e nel Nord America che fanno parte dell'OMS. Inoltre, essi contribuiscono ad approfondire la conoscenza dei determinanti che influiscono sulla salute dei giovani di 11–15 anni. Questo rapporto vuole fornire una base di evidenze scientifiche necessarie a convincere le comunità internazionali, nazionali, regionali e locali del fatto che investimenti continui per migliorare la salute dei giovani oggi serviranno a sostenere lo stato di salute futuro e a migliorare la salute dell'intera società. Se da un lato si devono promuovere ulteriori ricerche per utilizzare pienamente i dati a questo scopo, dall'altro lato vale la pena affrontare subito alcune questioni fondamentali.

1. Mentre una base di evidenze scientifiche suggerisce che la maggior parte dei giovani si considera in buona salute e soddisfatta della propria vita, percentuali significative di soggetti intervistati, sia all'interno di ciascun paese e regione sia a livello transnazionale nei diversi paesi e regioni, sono caratterizzate da comportamenti che possono danneggiare la loro salute. Ciò significa che la promozione della salute, in particolar modo tra coloro che vivono in condizioni precarie, rimane una priorità per le politiche nazionali e internazionali.
2. La percezione della salute nei soggetti intervistati varia molto per quanto riguarda alcuni indicatori descritti in questo rapporto. Si dovrebbero effettuare ulteriori analisi per sfruttare al massimo i dati e capire il perché di queste differenze e da cosa sono causate. Le analisi orientate alle politiche possono fornire una maggiore comprensione dei motivi per cui alcuni paesi e regioni presentano dei ritardi in alcuni indicatori sulla salute e che cosa si può imparare dai paesi e dalle regioni che presentano dati positivi. Ancora più importante, a livello internazionale bisogna creare le abilità necessarie per fare in modo che i paesi e le regioni che presentano livelli scadenti di salute e di stili di vita ad essa collegati possano imparare dalle esperienze di quelli in cui i miglioramenti sono stati attuati grazie a buone politiche sociali.
3. L'indagine elenca molte differenze legate al sesso e all'età riguardo alla percezione della salute. I programmi per la promozione della salute dovrebbero essere sensibili alle differenze esistenti a livello di sviluppo nei giovani tra gli 11 e i 15 anni e alla variazione dei loro bisogni. Programmi e politiche differenziati in base al sesso e all'età rafforzerebbero la possibilità dei giovani di sviluppare pari opportunità, di ottenere e mantenere la salute e il benessere psicofisico.
4. Le analisi presentate in questo rapporto confermano il ruolo che ha il contesto in cui vivono i giovani nel determinare la salute e gli stili di vita ad essa collegati. Le condizioni di vita, fra cui l'agiatezza, la struttura della famiglia, il sostegno della famiglia stessa, il gruppo dei pari e l'ambiente scolastico influenzano la salute. Più del 70% di ciò che determina lo stato di salute è al di fuori della portata dei servizi sanitari e può essere associato a condizioni demografiche, sociali, economiche e ambientali (21). Politiche e partnership tra ministeri pubblici e settori che si occupano di salute avranno più successo se prenderanno in considerazione queste molteplici influenze. Un buon esempio di politica trasversale a livello internazionale è costituito dalla Rete europea delle scuole che promuovono la salute (22), che lavora sia con il Ministero della Salute sia con quello dell'istruzione.
5. È possibile migliorare la salute e ridurre le ineguaglianze nella salute solo attraverso sforzi concertati a livelli diversi. È importante, quindi, che i responsabili delle decisioni politiche capiscano che è necessario differenziare gli interventi a seconda dei gruppi e dei periodi specifici. Whitehead et al. (23) classificano le politiche in base alle finalità e al fondamento logico. Lo schema di Zollner (9) propone che l'azione sia attuata a livello internazionale, nazionale, regionale, e locale⁶. Una base di evidenze scientifiche nel campo della salute dei giovani deve essere costituita tenendo presente questa articolazione.

6. Si sa già molto sui fattori che determinano la salute dei giovani, ma alcune lacune nell'informazione e nelle conoscenze, in particolare per quanto riguarda le ineguaglianze nella salute, impediscono ulteriori sviluppi. Vi è, quindi, la necessità urgente di elaborare una base di evidenze scientifiche che serva a capire meglio i rapporti esistenti tra i molteplici fattori che influiscono sulla salute. Questo permetterà di approfondire le strategie per il miglioramento della salute. Ancora una volta lo studio HBSC può contribuire a elaborare una base di evidenze scientifiche, in particolare raccogliendo dati sui fattori sociali che influiscono sulla salute.

Partecipazione attiva dei giovani

Inoltre, è necessario dare maggiore importanza all'esperienza dei giovani stessi al momento di prendere decisioni riguardo agli strumenti d'azione più appropriati ed efficaci. Come dimostrato dalla precedente discussione riguardo alle conseguenze dello studio HBSC sulle politiche, resta molto da fare a livello individuale e comunitario per migliorare la salute dei giovani.

Le ricerche dimostrano sempre di più che i giovani non reagiscono solo passivamente alle decisioni e alle azioni degli adulti. Come notato da Kalnins et al. (24), i giovani sono e devono essere visti come una componente attiva nella costruzione della loro vita, di quella delle persone a loro vicine e della società in cui vivono. Jensen e Jensen (25), per esempio, hanno dimostrato che i bambini e gli adolescenti non solo hanno atteggiamenti ben definiti e idee chiare sulla salute e sulle ineguaglianze sociali, ma anche idee concrete sul miglioramento delle condizioni che influiscono sulla loro salute. Vedono sé stessi come attori che lavorano per il cambiamento e dicono di essere pronti a investire il loro lavoro nella promozione della salute a vari livelli, tra cui quello individuale, familiare, scolastico e sociale.

Come sottolineato da Moore (26), nella ricerca di nuovi indicatori per lo sviluppo della salute dei giovani, i ricercatori dovrebbero pensare se e come alcuni di questi possono essere creati proprio assieme ai giovani.

È necessario cambiare modo di pensare, in modo che al momento di prendere le decisioni politiche, si ascoltino prima le idee dei giovani e si coinvolgano i giovani stessi nel processo decisionale. Secondo questa nuova concezione che vede i giovani come attori sociali, le raccomandazioni finora suggerite dovrebbero servire a promuovere la partecipazione attiva dei giovani nell'ambito della promozione della salute per se stessi, le loro famiglie, la scuola e la comunità. Se, da un lato, alcuni dati provenienti dalla letteratura sullo stato di salute degli adulti (14) dimostrano l'esistenza di legami tra approcci partecipativi e risultati misurabili sulla salute, dall'altro lato, si è prestata poca attenzione ai potenziali benefici che questo comporterebbe per i giovani. I dati disponibili, non ancora analizzati, derivati dalle domande facoltative dello studio HBSC potrebbero colmare questa lacuna. McNeish (27) esorta tutti quelli che lavorano nel campo della promozione della salute a sviluppare degli approcci partecipativi che non siano prescrittivi, ma appropriati al contesto e che cerchino di massimizzare le scelte. A livello internazionale, si dovrebbero raccogliere le informazioni disponibili sui modi più efficaci per coinvolgere i giovani, utilizzando approcci qualitativi e quantitativi.

Conclusioni

Se, da un lato, il rapporto HBSC del 2001/2002 contiene molte informazioni positive sulla salute dei giovani, dall'altro lato resta ancora molto da fare. In particolare, bisogna dare ai giovani che vivono in condizioni svantaggiate la possibilità di godere di una buona salute e di un buon benessere psicofisico. È necessario lavorare per creare una nuova conoscenza, per massimizzare l'uso delle informazioni esistenti nei diversi paesi e per sviluppare nuovi approcci che coinvolgano totalmente i giovani negli interventi

⁶ Il livello internazionale è importante per neutralizzare le macroinfluenze e favorire la solidarietà. Il livello nazionale è fondamentale per elaborare i quadri normativi per interventi, giustizia sociale e responsabilità. Il livello regionale potenzialmente può ottimizzare il lavoro della pubblica amministrazione e riunire i vari settori per lo sviluppo sociale ed economico. Gli interventi a livello di comunità locale costituiscono le azioni più importanti per raggiungere livelli soddisfacenti di vita, lavoro, istruzione, divertimento.

rivolti al miglioramento della loro salute. Questo rapporto vuole essere il punto di partenza per una nuova fase nella promozione della salute dei giovani. This report aims to provide the starting point for the next stage of development in promoting young people's health.

Bibliografia

1. *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).
2. *Saving lives: our healthier nation*. London, Department of Health, 1999.
3. King A. *The New Zealand health strategy*, Wellington, Ministry of Health, 2000.
4. Black JMND, Smith C, Townsend P. *Inequalities in health: the Black report*. Harmondsworth, Penguin, 1982.
5. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992.
6. Acheson D. *Independent inquiry into inequalities in health report*. London, The Stationery Office, 1998 (<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm>, accessed 25 February 2004).
7. Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
8. *Equity in health and health care: A WHO/SIDA initiative*. Geneva, World Health Organization, 1996.
9. Zollner H. National policies for reducing social inequalities in health in Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, 30(Suppl. 59):6–11.
10. West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine*, 1997, 44:833–858.
11. Sacker A, Schoon B, Bartley M. Social inequality and psychosocial adjustment throughout childhood: magnitude and mechanisms. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:863–880.
12. Call K et al. Adolescent health and well-being in the twenty first century: a global perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 2002, 12(1):69–98.
13. Exworthy M et al. *Understanding health variations and policy variations*. Lancaster, Economic and Social Research Council, 2000 (Research Findings 5).
14. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International*, 13(2):99–120.
15. *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 Luxembourg, International Union for Health Promotion and Education, 2000.
16. *The state of the world's children*. New York, United Nations Children's Fund, 2003.
17. Earls F, Carlson M. The social ecology of child health and well-being. *Annual Review of Public Health*, 2001, 22:143–166.
18. Woolcock M. The place of social capital in understanding social and economic outcomes. *Canadian Journal of Policy Research*, 2001, 2(1):12–15.
19. Baum F. Social capital: is it good for your health? Issues for a public health agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1999, 53:195–196.
20. Stattin H, Kerr M. *The future life implications of early and late pubertal maturation in females*. Oxford, New College, Oxford University, 2002.
21. US Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010, Vol. II. Objectives for improving health. Part B: focus areas 15–28. Appendices*. Washington, DC, US Government Printing Office, 2000 (<http://www.healthypeople.gov/Document/tableofcontents.htm#volume2>, accessed 24 February 2004).

22. European Network of Health Promoting Schools [web site]. Copenhagen, ENHPS Secretariat, 2004 (<http://www.euro.who.int/ENHPS>, accessed 20 February 2004).
23. Whitehead M, Dahlgren G, Diderichsen F. *Social inequalities in health: what are the issues for health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
24. Kalnins I et al. Children, empowerment and health promotion: some new directions in research and practice. *Health Promotion International*, 1992, 7:53–59.
25. Jensen B, Jensen BB. *Adolescents' views on health, inequality in health and action for health*. Copenhagen, Danish University of Education, 2002.
26. Moore H. *Promoting the health of children and young people: setting a research agenda*. London, Health Education Authority, 1998.
27. McNeish D. *From rhetoric to reality: participatory approaches to health promotion with young people*. London, Health Education Authority, 1999.

