

Capitolo 1

La ricerca

Mariano Giacchi, Giulia Almagioni, Barbara Bianconi, Alberto Casorelli, Stefania Rossi

1.1 La prospettiva di ricerca

La prospettiva innovativa attraverso la quale studiare ed affrontare il tema della salute degli adolescenti, è quella di individuare la relazione tra condizioni socio-economiche, risorse individuali e sociali, comportamenti (stili di vita) e stato di salute.

Attualmente la riflessione del gruppo di ricerca internazionale si concentra infatti sulla comprensione di quali siano i fattori che, attraverso gli stili di vita, influenzano maggiormente la salute in quella particolare fase della crescita che è l'adolescenza. Tale fase è caratterizzata da una ricerca di sempre maggiore indipendenza dalla famiglia d'origine e parallelamente da un crescente peso dell'ambiente sociale esterno. Da questo punto di vista sono due le ipotesi da considerare: semplificando molto, la prima sostiene che le condizioni socio-economiche (reddito della famiglia, istruzione e professione dei genitori, relazioni all'interno della famiglia) influenzino in maniera diretta e preponderante i comportamenti (positivi o negativi) che hanno una ricaduta sulla salute dell'adolescente; per la seconda invece gli stili di vita (ovvero i comportamenti adottati) sono maggiormente influenzati dall'ambito sociale più allargato in cui vive il ragazzo (ambiente scolastico, reti di socializzazione, gruppo dei pari, identità locale, patrimonio culturale).

Prendere in esame dunque, in una stessa ricerca, questi tre livelli: condizioni socio-economiche della famiglia; ambiente sociale; comportamenti legati alla salute; e poterli mettere in relazione allo stato di salute effettivamente percepito dall'adolescente, consente di esplorare la complessità delle relazioni attive nel determinare la salute dei ragazzi e di individuare quali siano i piani possibili di intervento.

L'adolescenza d'altra parte si impone come momento di interesse strategico per l'obiettivo salute in quanto in esso da un lato hanno luogo quei cambiamenti fisici e psicologici che segnano il passaggio all'età adulta, e dall'altro si pongono le basi per l'acquisizione delle cosiddette capacità di vita (life-skills), ovvero quell'insieme di competenze personali che consistono nell'abilità di adottare un comportamento positivo e flessibile che consente alle singole persone di far fronte con efficacia alle esigenze e alle sfide che si presentano nella vita di tutti i giorni.

Un altro aspetto peculiare e interessante dell'approccio specifico di questa ricerca consiste nel fatto che tutte queste informazioni, comprese quelle sullo stato di salute, sono self-reported dai ragazzi e dalle ragazze stesse. Se questo pone effettivamente quesiti sull'affidabilità di tali dati, al contempo offre una visione a maggior ragione importante, poiché ci offre il loro punto di vista, la loro percezione soggettiva e generazionale su cosa è salute, cosa è famiglia, cosa è scuola.

1.2 Il campione, le adesioni

Lo studio HBSC-toscana si è concentrato, come prevede il protocollo internazionale OMS, sui gruppi d'età di 11, 13 e 15 anni. Ogni gruppo d'età comprendeva un campione di 1536 ragazzi e ragazze, appartenenti a 240 classi di prima media, terza media e seconda superiore selezionate in tutta la regione.

Il metodo di selezione del campione è stato, secondo le prescrizioni del protocollo, su base casuale. Le scuole selezionate sono state 160 di cui hanno aderito 152 (95%); di 240 classi selezionate hanno aderito 227 (95%), di cui 220 hanno effettivamente riconsegnato i pacchi con i questionari. Questo risultato è molto soddisfacente; lo studio HBSC a livello italiano ha ottenuto una percentuale di rispondenza per classe del 77,4%.

L'adesione degli studenti è stata piuttosto soddisfacente: abbiamo avuto un tasso di risposte positivo dell'89% (4101 questionari compilati su 5038 studenti); i questionari non compilati possono dipendere sia da un rifiuto del consenso da parte dei genitori che da un rifiuto dello studente stesso. I questionari non validi sono risultati 284 –in quanto internamente non coerenti e/o non in possesso delle informazioni minime richieste per essere inclusi nell'analisi. Pertanto, i questionari inseriti nel data-base sono stati complessivamente 3817

1.3 La realizzazione

Dal momento in cui le scuole hanno fatto pervenire la conferma ufficiale dell'adesione delle classi campionate, si è provveduto alla consegna tramite personale informato dell'organizzazione della ricerca, di un pacco per ogni classe coinvolta. Il pacco conteneva i questionari; le buste per inserire e sigillare i

questionari una volta compilati; il foglio di classe che doveva essere compilato dall'insegnante; le istruzioni per l'insegnante e per i ragazzi; i fogli di consenso da parte dei genitori degli studenti oltre che il nastro adesivo per sigillare le singole buste e per richiudere il pacco una volta inseriti tutti i questionari compilati, le cedole prestampate per il ritiro dal pacco da parte del corriere. Un volta ritirati i fogli di consenso firmati dai genitori gli insegnanti hanno potuto procedere alla somministrazione vera e propria dei questionari, naturalmente per i ragazzi/e i cui genitori avevano accettato.

Il questionario è stato somministrato nelle classi stesse, durante il normale orario di lezione. Gli insegnanti avevano ricevuto dettagliate istruzioni sia durante le riunioni di presentazione del progetto, che attraverso materiale scritto proposto dal gruppo di ricerca- sulle modalità di somministrazione e sulle indicazioni da dare ai ragazzi/e. Per poter chiedere eventuali chiarimenti, gli insegnanti avevano a disposizione, numeri di telefono sia del personale che aveva consegnato i pacchi che del gruppo di ricerca. In particolare si è insistito sulla centralità del compito assegnato agli insegnanti rispetto all'esito dell'intera ricerca, in quanto la qualità e completezza dei dati dipendeva molto da come venivano motivati e istruiti i ragazzi e dal clima che si creava al momento della compilazione. Le responsabilità più importanti del ruolo degli insegnanti consistevano nel:

- favorire la compilazione dei questionari nel modo più completo possibile e dal maggior numero possibile di studenti; in questo senso si è suggerito che la prima pagina del questionario (Introduzione) venisse letta e commentata in classe, prima della somministrazione, al fine di responsabilizzare e motivare i ragazzi e le ragazze;
- favorire la veridicità soggettiva delle risposte prestando la massima attenzione ad ogni possibile forma di influenza sia da parte degli insegnanti che dei compagni, raccomandando agli studenti di non rispondere in modo frettoloso, di prendersi il tempo per riflettere e di rispondere secondo il proprio punto di vista; in ogni caso doveva essere evitato ogni possibile suggerimento;
- garantire l'anonimato dei questionari, in modo che tutti gli studenti avessero la certezza che le risposte, peraltro visionate esclusivamente dai ricercatori, non potessero in alcun modo essere associate ad un nome.

Per garantire ulteriormente l'anonimato agli studenti si è insistito sul fatto che la somministrazione avvenisse in condizioni di "compito in classe": gli studenti non dovevano parlare fra loro; né dovevano poter vedere le risposte altrui. Questo accorgimento rivestiva una particolare importanza soprattutto in relazione alla delicatezza di alcune domande. Si è cercato di coordinare la somministrazione in modo tale che avvenisse in un periodo delimitato di tempo in tutte le scuole, anche per esigenze di omogeneità dei dati raccolti.

Le scuole sono state poi contattate per concordare il ritiro dei pacchi dagli stessi ragazzi che li avevano consegnati. Le buste, chiuse personalmente dai ragazzi e dalle ragazze, sono state infatti sigillate davanti agli stessi nella scatola, poi custodita in presidenza fino al ritiro. Questa è stata un'ulteriore misura per garantire l'anonimato agli studenti.

Bisogna sottolineare che tutto il percorso appena descritto: presentazioni del progetto per area vasta; indicazioni precise agli insegnanti; lavoro di motivazione e sostegno agli stessi; rapporti quasi sempre diretti con le scuole in tutte le fasi della ricerca, è stato reso possibile dal contesto limitato del progetto HBSC Toscana e dall'impegno del gruppo di coordinamento regionale, soprattutto attraverso l'azione capillare messa in atto dalla Direzione Scolastica Regionale. Anche la consegna diretta dei pacchi da personale preparato e non da un corriere ha permesso di garantire un controllo maggiore della procedura richiesta. E' evidente che a livello nazionale il coinvolgimento nel progetto diventa una faccenda molto più anonima e la somministrazione del questionario non è affatto sostenuta dal gruppo di ricerca. E' questo un valore aggiunto della nostra esperienza regionale che vale la pena apprezzare, e che ha in effetti avuto un risultato nella più alta percentuale di rispondenza.

L'inserimento dei dati dei 3817 questionari nel data-base è iniziata il 1° luglio 2004; si è trattato di un lavoro estremamente lento e delicato se si tiene conto del numero di variabili contenute in ciascun questionario, e della necessità di accortezza e precisione. Il data-base è stato completato nel gennaio 2005, quindi ripulito secondo i criteri indicati dal protocollo di ricerca internazionale, così che si è finalmente potuto procedere a costruire elaborazioni utili dei dati nell'ottica di restituire i risultati della ricerca in questo report, dedicato principalmente alle scuole che hanno partecipato al progetto e alle istituzioni che lo hanno voluto.

Nei primi mesi del 2005 sono state effettuate riunioni sempre per area vasta per la restituzione diretta dei dati e avviare una programmazione di interventi condivisi

1.4 Il questionario

Due parole sulla struttura in generale del questionario, anche se poi si troveranno molte delle domande sotto forma di tabelle che ne restituiscono le risposte.

Il questionario ha un corpo centrale di base, elaborato dalla rete di ricercatori internazionale e obbligatorio per tutti i Paesi che partecipano al progetto OMS; viene redatto in inglese e poi tradotto con un sistema di controllo incrociato- nelle diverse lingue necessarie. Pur essendo rigidamente definito per ogni rilevazione, il questionario base può essere modificato, sperimentato e riconcordato in sede internazionale tra una rilevazione e quella successiva; inoltre ogni Paese può decidere di aggiungere uno o più pacchetti opzionali, sempre predefiniti a livello internazionale, che approfondiscono un certo argomento. L'Italia, ad esempio, nella rilevazione 2001-2002 ha scelto di aggiungere al questionario-base il pacchetto di 6 domande relative al cosiddetto capitale sociale, e la ricerca HBSC Toscana ha fatto propria questa scelta sia nell'ottica di produrre dati utilmente comparabili con quelli nazionali, sia perché il tema dell'importanza e dell'influenza di quei fattori dell'ambiente sociale, definiti capitale sociale, sulla promozione della salute e dunque anche sugli stili di vita degli adolescenti è un obiettivo prioritario del PSR 2002-2004. Gli argomenti indagati nel questionario HBSC attraverso questo pacchetto opzionale riguardano: la rete di relazioni e di supporto sociale; la misura del coinvolgimento decisionale dei ragazzi, sia all'interno della famiglia che nel gruppo dei pari; la percezione dell'area locale di residenza. L'impostazione delle domande si struttura in quattro aree tematiche, che riflettono la prospettiva di ricerca esposta sopra:

Contesto socio-economico di origine:

- dati anagrafici
- struttura familiare
- scala di affluenza familiare
- livello di istruzione ed occupazionale dei genitori

Risorse sociali ed individuali:

- relazione con i genitori
- relazioni con i pari
- bullismo
- relazioni con la scuola
- percezione e partecipazione alla vita dell'area locale

Comportamenti relativi alla salute:

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

Salute e benessere percepiti:

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

Il questionario è effettivamente molto lungo e complesso in sede internazionale si è discusso: dei problemi che questo pone in termini di facilità e scorrevolezza della compilazione, e dunque anche in termini di affidabilità dei dati self-reported dai ragazzi.

I prossimi capitoli affrontano nello specifico le diverse aree tematiche, presentando in modo approfondito le prospettive di ricerca implicate, le motivazioni che stanno dietro alle diverse modalità di formulare le domande, le prime ipotesi interpretative dei dati emersi dai ragazzi toscani.

In alcuni casi si espliciteranno possibili prospettive di approfondimento sia qualitativo che di elaborazioni statistiche; questo nello spirito di mettere in luce le potenzialità intrinseche alla prospettiva d'indagine dello studio HBSC.

Si precisa che nel testo si farà riferimento con le denominazioni sintetiche "*Rapporto nazionale*" e "*Report internazionale*" rispettivamente ai documenti "Stili di vita e salute dei giovani italiani. Rapporto sui dati italiani sullo studio internazionale HBSC 2001-2002" (pubblicato da Edizioni Minerva Medica, Torino 2004) e "*Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey.*" (pubblicato da WHO, 2004).

Bibliografia:

1. Aarø LE, Laberg JC, Wold B. (1995) *Health behaviour among adolescents: Towards a hypothesis of two dimensions*. Health Education Research, 10 (1): 83-93.
2. Allison K.R., Adlaf E.M., Ialomiteanu A., Rehm J. (1999). *Predictors of health risk behaviours among young adults: analysis of the National Population health Survey*. Canadian Journal of Public Health, 90(2): 85-89
3. Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. (1997). *Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey*. Health Education Research, 12 (3): 385-397.
4. Currie C. *A review of the Health Behaviour in School-Aged Children study (1995–1999) and plans for Life skills education in schools*. WHO, Geneva, 1993
5. Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds (2001). *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
6. Gillies P (1998). *Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion*. Health Promotion International; 13(2):99–120.
7. Roberts C, François Y, King A. Sampling. In: Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds (2001). *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh:28–33
8. Roberts C. Sample design and sampling error. In: King A, et al (1996). *The health of youth. A cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe:211–216 (WHO Regional Publications, European Series, No .69).
9. World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva, WHO.