

## Risultati dello studio HBSC italiano sui comportamenti che influenzano la salute degli adolescenti nel contesto scolastico

*Italian HBSC study results on health behaviors school aged children*

Mariano Vincenzo Giacchi, Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Daniela Galeone, Alessio Vieno, Franco Cavallo e il Gruppo HBSC Italia

Mariano Vincenzo Giacchi, Giacomo Lazzeri, Rita Simi  
*Università degli Studi di Siena - Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo*

Daniela Galeone  
*Ministero della Salute - Ufficio II ex DCOM*

Alessio Vieno  
*Università degli Studi di Padova - Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione*

Franco Cavallo  
*Università degli Studi di Torino - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche*

Gruppo HBSC Italia  
*vedi Appendice*

*Parole chiave:* comportamenti salutarì, sorveglianza epidemiologica, adolescenti

### RIASSUNTO

*Obiettivi:* sorveglianza sui comportamenti di salute degli adolescenti italiani nel contesto scolastico.

*Metodi:* l'Italia ha partecipato allo Studio Internazionale *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) sin dal 2000. Quattro rilevazioni sono già state effettuate nel 2001, 2005, 2010 e 2014. Tali indagini hanno raccolto dati sui comportamenti di benessere e salute degli adolescenti di età 11, 13 e 15 anni. Per la raccolta dei dati nel 2001 e 2005, il Gruppo di coordinamento delle Università di Torino, Siena e Padova ha spedito direttamente i questionari a ciascuna scuola selezionata per far parte del campione. Un campione complessivo di circa 4500 studenti, 1500 per ciascuna fascia di età, selezionato per essere rappresentativo a livello nazionale. Nel 2010 HBSC è diventato parte del progetto "Indagini sui rischi comportamentali

dei giovani di età 6-17 anni", coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e promosso dal Ministero della salute, in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca. In tale occasione l'indagine è stata condotta dagli operatori sanitari locali, in collaborazione con gli insegnanti delle scuole selezionate, in tutte le regioni italiane con campioni rappresentativi a livello regionale.

*Risultati:* nell'indagine del 2014, sono state campionate 3.315 (90.1% di adesione) classi, distribuite in tutte le Regioni italiane. Un totale di 63.148 studenti (21.288 undicenni, 21.069 tredicenni e 20.791 quindicenni), con un'adesione dell' 82,8%, ha compilato il questionario.

*Conclusioni:* la conoscenza dei comportamenti collegati alla salute dei giovani in età scolare può essere utile per il loro monitoraggio e orientare risposte mirate di politiche per i giovani.

*Keywords:* healthy behavior, epidemiological surveillance, teenagers

#### SUMMARY

*Objectives:* building a Surveillance System on the health behavior in Italian School-aged Children.

*Methods:* Italy has participated in the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study since 2000. Four surveys have taken place so far, in 2001, 2005, 2010 and 2014. These surveys have collected data on the well-being and health behavior of boys and girls aged 11, 13 and 15. In 2001 and 2005, the coordinating group of the University of Turin, Siena and Padua directly sent the questionnaires to each sampled school to collect the data. An overall sample of about 4500 students was selected, to be nationally representative. In 2010 HBSC became part of the project "Surveys on behavioral risks in children aged 6-17 years", coordinated by the Italian National Institute of Health (ISS) and promoted by the Ministry of Health, in collaboration with the Ministry of Education, University and Research. In that occasion the survey was conducted by local health workers, in collaboration with the teachers of the selected schools, in all Italian regions with a representative sample at regional level.

*Results:* in the 2014 survey, 3.315 (90.1% compliance) classes, distributed in all Italian Regions, were sampled. A total of 63.148 students (21.288 eleven-year-old, 21.069 thirteen-year-old and 20.791 fifteen-year-old), with a compliance of 82,8% completed the questionnaire.

*Conclusion:* knowledge of the health-related behavior of school-aged adolescents may help monitoring and enable policies for young people.

#### Introduzione

Il riferimento concettuale dello studio sugli stili di vita degli adolescenti è rappresentato dal paradigma della salute intesa, come si evince dalla carta costitutiva dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), non più solamente assenza di malattia, ma condizione di benessere complessivo della persona inserita nel suo contesto (1).

Il concetto di salute, inteso nel senso più ampio del termine e non solo come assenza di malattia, comprende, oltre alla dimensione fisica, anche quelle sociali ed emozionali, che possono influenzare la salute, sia nel bre-

ve che nel lungo periodo. Un tale ampio concetto sottintende l'adozione di un approccio multidisciplinare per la comprensione dei meccanismi di determinazione dello stato di salute che tenga conto sia della sua multifattorialità che della interrelazione tra le diverse dimensioni che la compongono (2).

La salute è, infatti, influenzata da numerosi fattori ambientali e comportamentali tra loro fortemente interconnessi che esercitano la loro influenza sulla dinamica di produzione della salute (3). La comprensione delle complesse relazioni tra la salute e i suoi molteplici determinanti, basata sul rigore scientifico del-

l'osservazione, può consentire da un lato di migliorare la salute individuale e collettiva e dall'altro di considerarla e valorizzarla sempre di più quale risorsa per la vita quotidiana individuale e della comunità e non solamente un problema sanitario.

I giovani tra gli 11 e i 15 anni di età vanno incontro a diverse pressioni, sfide ed aspettative quali gli obiettivi educativi in ambito scolastico, i cambiamenti nelle relazioni sociali in famiglia e con i pari nonché i cambiamenti fisici ed emotivi associati allo sviluppo fisico e fisiologico. In questo periodo della vita i giovani acquisiscono sempre di più autonomia decisionale, in particolare rispetto ai comportamenti e agli stili di vita, che influenzano la loro salute attuale e futura, relativamente in particolare a: abitudini alimentari, attività fisica, consumo di alcol e tabacco, uso di droga (4-8).

La descrizione dei comportamenti di salute dei giovani che ne deriva sarà dunque effettivamente ancorata ai loro ambienti di vita: dalla famiglia alla scuola, dal mondo dei pari alle attività extrascolastiche. Con il processo della crescita si accentua il distacco dalla famiglia senza il parallelo dispiegamento delle capacità di piena autonomia, al punto che l'influenza dei "pari" e la ricerca di relazioni affettivo-sessuali si accentuano fortemente, influenzandone direttamente o indirettamente la salute. Il gruppo di amici diventa sempre più importante, così come la ricerca di relazioni affettivo-sessuali, ma sempre maggiori diventano i timori di non essere accettato, adeguato a ciò che il contesto sembra richiedere (9).

Lo studio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) si caratterizza a livello internazionale come un network di ricercatori di Università ed Istituzioni governative di 43 Paesi, coordinato da un comitato costitu-

ito da membri eletti dei Paesi rappresentati ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)). Il disegno dello studio è trasversale con ripetizione ogni quattro anni al fine di simulare uno studio longitudinale. La procedura di campionamento segue le linee guida tracciate a livello internazionale con l'obiettivo di selezionare campioni rappresentativi della popolazione nelle tre fasce di età considerate.

Il valore aggiunto della ricerca HBSC è che si fonda sul concetto di stile di vita complessivo, studiato per porre le basi di azioni concrete ed efficaci di promozione della salute dei giovani.

Difatti, quando si parla di giovani e salute, siamo spesso spinti a concentrare l'attenzione sui comportamenti a rischio, che pure esistono e richiedono conoscenza e interpretazione, ma rischiamo di sottovalutare la rilevazione, la conoscenza e il potenziamento dei comportamenti positivi che favoriscono il benessere e la salute. L'interesse è soprattutto rivolto ai determinanti di questi comportamenti: abitudini, cultura e possibilità economiche dei genitori, cultura dei ragazzi (comportamenti di "iniziazione"), atteggiamento relazionale degli insegnanti e della scuola, sono tutti elementi che influiscono sulla scelta del ragazzo di adottare o meno un determinato comportamento (10,11).

La ricerca HBSC vuole contribuire a rispondere al bisogno di benessere delle popolazioni giovanili (preadolescenziali e adolescenziali) la cui mancata soddisfazione trova sovente espressione in comportamenti nocivi per la salute, quando non chiaramente devianti e antisociali. La comprensione dei determinanti di questi comportamenti a rischio e, specularmente, dell'elaborazione di valori positivi, può contribuire alla promozione e attuazione di politiche sociali che indirizzino verso l'adozione di comportamenti orien-

tati ad un corretto sviluppo sanitario e psico-comportamentale.

L'indagine rappresenta, quindi, lo strumento nazionale per il monitoraggio dei fattori e dei processi che possono determinare effetti sulla salute degli adolescenti, attraverso la raccolta di dati sulla salute, sui comportamenti ad essa correlati e sui loro determinanti.

In Italia l'indagine a livello nazionale è iniziata nel 2001 sotto il coordinamento delle Università di Torino Padova e Siena e con la partecipazione iniziale, con campioni rappresentativi a livello regionale, di Piemonte, Toscana e Veneto. Dal 2009/2010 ha iniziato a far parte del programma ministeriale *Guadagnare Salute*. L'inserimento organico di HBSC all'interno di *Guadagnare Salute* ha permesso il coinvolgimento attivo di tutte le Regioni e l'allargamento dell'indagine a campioni rappresentativi a livello regionale, permettendo così ulteriori approfonditi confronti fra le diverse realtà regionali.

### Finalità

Scopo dello studio è indagare nel tempo i comportamenti di salute dei giovani studenti nel contesto scolastico, familiare e amicale in diversi Paesi del mondo per orientare politiche ed azioni finalizzate a promuovere la loro salute. Le caratteristiche dello studio consentono di valutare i trend temporali su vari argomenti quali: l'alimentazione, l'attività fisica, l'uso di sostanze stupefacenti, il fumo, l'attività sessuale (solo 15 anni), la relazione genitore-figli, il rapporto con la scuola, l'esperienza di fenomeni agiti o subiti di bullismo. Il campione selezionato nel 2014 è stato di 63.148 giovani di 11, 13 e 15 anni, rappresentativo della corrispondente popolazione italiana a livello nazionale e delle singole regioni.

### Materiali e metodi

La metodologia del progetto prevede la raccolta su un campione nazionale di adolescenti di informazioni relative ai comportamenti di salute, mediante un questionario auto-somministrato all'interno del contesto scolastico. I dati raccolti, inseriti in un database e analizzati, vengono descritti a livello nazionale e confrontati con quelli internazionali.

I rapporti internazionali sono pubblicati sotto il patrocinio dell'OMS, che ne garantisce la diffusione nelle sedi decisionali a livello sia nazionale che internazionale; HBSC risulta così essere una delle più importanti iniziative di ricerca in questo campo a livello mondiale.

Nei quattro anni che intercorrono tra una campagna di somministrazione del questionario e quella successiva, i gruppi di lavoro sono impegnati nell'aggiornamento del protocollo e del questionario stesso, mediante l'individuazione di nuove domande e la loro sperimentazione tramite studi di validazione. Infine, la cadenza quadriennale della rilevazione consente un monitoraggio nel tempo che può fornire utili indicazioni circa l'evoluzione dei modelli comportamentali e il raggiungimento degli obiettivi delle politiche per la salute dei giovani (13,14,15).

### Il campione

Per la selezione dei soggetti è stato utilizzato un campionamento a grappolo (cluster) in cui l'unità di campionamento primaria è costituita dalla classe, selezionata secondo un procedimento sistematico dalla lista completa e ordinata alfabeticamente delle scuole, pubbliche e private presenti sul territorio di ciascuna regione, e fornita dall'Ufficio Scolastico Regionale e dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Le classi sono state stratificate entro ciascuna regione

sulla base dell'età (scuole secondarie di I e II grado) con lo scopo di assicurare una copertura geografica che rispettasse proporzionalmente l'effettiva distribuzione della popolazione dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni, garantendo la rappresentatività e generalizzabilità dei risultati sia a livello locale che nazionale. A livello regionale, la numerosità campionaria è stata calcolata in circa 1500 soggetti per fascia di età, corretta per la popolazione regionale studentesca, al fine di raggiungere una precisione della stima del  $\pm 3,5\%$  con Intervallo di Confidenza (IC) del 95%, valutata sulla frequenza attesa dello 0,5 per una variabile binomiale. E' stato inoltre introdotto, per le regioni che ne hanno fatto richiesta, un sovracampionamento dal 10% al 25% in ciascuna classe di età, proporzionale alla frequenza di soggetti nella fascia di età corretta e alla percentuale attesa di non-rispondenza.

#### ***Il coinvolgimento dei Servizi Sanitari Regionali e della scuola***

Le informazioni sono state raccolte a livello di ciascuna delle 20 Regioni italiane e delle 2 Province Autonome con procedure standardizzate. Punto di forza è stato il coinvolgimento nello studio delle Aziende Sanitarie Locali (ASL). A differenza delle precedenti indagini, nelle quali i questionari del campione casuale nazionale di circa 1500 studenti per ciascuna fascia di età indagata, rappresentativo della corrispondente popolazione scolastica, sono stati spediti per posta direttamente alle scuole, nel 2009/10 gli operatori sanitari delle ASL hanno partecipato attivamente alle rilevazioni recandosi nelle classi, garantendo l'uniformità delle procedure di raccolta dati e stimolando la partecipazione della scuola e dei ragazzi sull'intero territorio nazionale. Per distinguerla dalle precedenti, la raccolta dati relativa all'anno 2010

è stata denominata HBSC-Italia 2010.

L'alleanza con la scuola, elemento centrale del programma *Guadagnare Salute*, è stata fondamentale per il progetto *OKkio alla Salute* e per lo studio *HBSC-Italia 2010* e ha consentito di sperimentare un innovativo approccio intersettoriale e multi-competente, anche al fine di avviare interventi di promozione di stili di vita salutari che coinvolgano i ragazzi e le famiglie.

#### ***La formazione***

L'estensione dell'indagine a tutte le Regioni e le Province Autonome ci ha indotto ad organizzare un percorso di Formazione "a cascata" al fine di addestrare gli operatori sanitari all'uso degli strumenti per la raccolta delle informazioni, standardizzare le procedure dell'indagine, consentire un coinvolgimento consapevole degli Operatori interessati e costruire un gruppo di lavoro coeso. A partire dai primi mesi del 2009 sono stati svolti degli incontri con i referenti regionali per condividere il protocollo e gli strumenti dell'indagine e proporre eventuali domande aggiuntive a livello regionale. Il percorso è consistito in momenti formativi organizzati a livello centrale, presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), per i referenti sanitari regionali e/o altre figure sanitarie specificamente incaricate, e successive iniziative di formazione a livello locale (regionale e aziendale) per gli operatori direttamente coinvolti nell'indagine, ad opera del personale precedentemente addestrato.

A maggio 2009 ha avuto inizio l'attività formativa: 43 operatori regionali hanno partecipato alle giornate di corso ECM per formatori in cui sono state fornite tutte le indicazioni relative al protocollo e alla metodologia dell'indagine. Gli operatori così formati hanno poi organizzato a loro volta dei corsi

per gli operatori delle Aziende Sanitarie Locali, per fornire tutte le informazioni per lo svolgimento delle attività in maniera uniforme a livello locale. Con questa metodologia sono stati formati complessivamente 656 operatori sanitari.

Su questa base è proseguita l'attività della rilevazione 2013-14.

Per permettere una migliore condivisione degli strumenti, sono state create delle pagine web riservate, con accesso tramite password, sul sito [www.hbsc.unito.it](http://www.hbsc.unito.it) dal quale i referenti regionali e gli operatori sanitari coinvolti nell'indagine hanno potuto scaricare direttamente i materiali da utilizzare.

La creazione e il mantenimento della rete di operatori esperti permette la continuità nella metodologia di raccolta dei dati.

#### *Gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati*

Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è il questionario elaborato dal Gruppo di Ricerca multidisciplinare e internazionale HBSC, parzialmente integrato da alcune domande inserite su iniziativa del Gruppo di coordinamento italiano HBSC e specifiche del contesto italiano.

L'utilizzo di tale questionario, strutturato in modo da consentire l'investigazione di diverse dimensioni importanti per la salute individuale, permette di indagare i comportamenti correlati alla salute. Ogni dimensione utilizza sia un pacchetto *core*, che parti opzionali scelte per consentire approfondimenti specifici in ognuna delle dimensioni.

Il questionario comprende sei sezioni riguardanti:

- dati anagrafici (età, sesso, struttura familiare);
- classe sociale (occupazione e livello di istruzione dei genitori);

- indicatori di benessere percepito (stato di salute e di benessere);
- autostima (valutazione del proprio aspetto fisico e del grado di accettazione di sé);
- rete di sostegno socio-affettivo (rapporto con i genitori, i coetanei, l'ambiente scolastico);
- comportamenti collegati alla salute (attività fisica e tempo libero, abitudini alimentari e igiene orale, alcol e fumo).

Solo ai quindicenni è stato somministrato un questionario contenente anche domande relative all'uso di sostanze stupefacenti e al comportamento sessuale.

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

Inoltre, secondo quanto suggerito dal protocollo internazionale dell'indagine HBSC, è stata effettuata una procedura di raccolta dati relativa all'istituto scolastico di appartenenza del campione di ragazzi, con l'obiettivo di migliorare l'analisi e la comprensione contestuale dei dati raccolti, tramite un questionario somministrato ai dirigenti scolastici che indagava alcune dimensioni relative alla scuola: caratteristiche e risorse della scuola, adozione di misure di promozione alla salute.

Anche il questionario indirizzato al dirigente scolastico presenta un *core* di domande obbligatorie, che indaga alcune caratteristiche di base della scuola e una parte variabile che può contenere domande specifiche per i diversi contesti nazionali di riferimento.

I principali aspetti indagati nel questionario del dirigente scolastico sono:

- classificazione della scuola (secondaria di primo grado, secondaria di secondo grado e tipologia d'istituto);
- localizzazione della scuola (per aree a di-

- versa densità demografica);
- numerosità per genere degli studenti e percentuale di minoranze etniche tra gli stessi;
- numero complessivo di classi;
- presenza e rilevanza di specifiche problematiche (tensioni basate su differenze razziali, etniche o religiose; spaccio, consumo di droghe o abuso di alcol, ecc.) nell'area dove è situata la scuola;
- misure di promozione della salute e del benessere adottate dalla scuola (con lo scopo di indagare l'approccio utilizzato dalla scuola nell'affrontare e gestire importanti aree associate al benessere degli studenti, quali l'attività fisica, l'alimentazione, la prevenzione di condotte violente e del bullismo e l'abuso di sostanze);
- adeguatezza delle risorse messe in campo dalla scuola per migliorare queste situazioni (per capire quali sono le risorse di cui la scuola dispone e la percezione, da parte del dirigente scolastico, della loro adeguatezza. Le risorse disponibili sono, infatti, essenziali per gestire iniziative di promozione ed educazione alla salute);
- livello di partecipazione degli studenti (indagare il livello di partecipazione degli studenti nei processi di presa di decisioni a livello scolastico, è ritenuto un aspetto importante poiché può influenzare il benessere percepito, la salute e i comportamenti degli studenti).

Per collegare i questionari dei ragazzi di una determinata scuola a quello compilato dal dirigente scolastico della scuola medesima è stato adottato un codice alfanumerico univoco. In questo modo le informazioni comportamentali ottenute dalle domande rivolte ai ragazzi potevano essere collegate al contesto scolastico di riferimento.

Una volta effettuato il campionamento per ogni singola regione è stata inviata la lista

delle scuole ai singoli referenti; i Dirigenti Scolastici delle scuole campionate sono stati informati dagli Uffici Scolastici Provinciali e dai Referenti di ASL del proprio territorio dell'avvio dell'indagine e del numero di classi selezionate all'interno del proprio istituto. I dirigenti sono stati invitati anche a comunicare il nominativo degli insegnanti delle classi selezionate, che hanno partecipato ad un incontro con gli operatori ASL e i Referenti Aziendali per predisporre la raccolta dei dati. Nell'incontro preparatorio sono stati illustrati agli insegnanti gli obiettivi, le modalità dell'indagine e i termini della loro collaborazione. Agli insegnanti è stato consegnato il seguente materiale:

- numero adeguato di copie dell'Informativa per genitori, da far firmare al Dirigente Scolastico e da consegnare poi agli interessati;
  - il questionario scolastico, da consegnare al Dirigente scolastico e da ritirare entro il giorno della rilevazione dei dati;
  - lettera/guida per gli Insegnanti, con allegata la scheda di classe;
  - una scheda di presentazione del progetto.
- Qualche giorno prima della raccolta dati, ai genitori è stata consegnata un'informativa con indicazioni sullo studio. Per l'acquisizione del consenso dei genitori è stato applicato il principio del silenzio/assenso e solo coloro che avevano deciso di non far partecipare il proprio figlio all'indagine hanno restituito all'insegnante l'informativa compilata e firmata col diniego alla partecipazione del figlio.

Il giorno della somministrazione dei questionari l'insegnante ha consegnato all'operatore ASL le informative relative ai/alle ragazzi/e che non partecipavano all'indagine e il questionario del dirigente scolastico compilato. La somministrazione del questionario è stata gestita da un insegnante della classe campionata, in collaborazione con un operatore

sanitario. I questionari sono stati compilati in classe dai ragazzi in forma anonima. Contemporaneamente alla somministrazione dei questionari, l'operatore e l'insegnante hanno compilato la scheda di classe riportando le informazioni riguardanti il numero di presenti, di assenti e di quanti avevano compilato il questionario.

Ogni referente regionale si è occupato della raccolta di tutti i questionari della propria regione e della loro spedizione tramite corriere alla ditta specializzata per l'imputazione dei dati.

In seguito alla lettura ottica dei dati rilevati, un file per ogni regione è stato inviato al centro di coordinamento dell'Università di Torino, che ha provveduto alla creazione di un data-base nazionale e di un data-base per ogni regione partecipante all'indagine. I database così creati sono stati controllati e ripuliti dai più evidenti errori di rilevazione e i casi da mantenere selezionati in base ad un protocollo di selezione per età codificato a livello internazionale, che manteneva nel file solo i casi con un'età che differiva di non più di sei mesi dall'età target.

Il gruppo di coordinamento nazionale ha inoltre predisposto una bozza standardizzata di report, per tutte le regioni, basata sui risultati più significativi evidenziati negli studi precedenti, che è stata resa disponibile sull'area riservata del sito. Ad ogni referente regionale è stato spedito il proprio database regionale con i risultati delle specifiche analisi per la redazione del report. Dopo la stesura dei report regionali è stata attivata una fase di costruzione di strumenti di comunicazione dei dati e di supporto didattico (due *Open Mind* e quattro *Focus Paper*).

#### **Aspetti etici**

Poiché l'indagine mira a raccogliere dati ri-

feriti alla popolazione ed evita di rilevare dati identificativi dei singoli individui, le risposte alle domande sono state fornite autonomamente da ragazzi/e nel totale anonimato. Infatti, come da protocollo, il questionario viene compilato contemporaneamente da tutta la classe e una volta concluso viene raccolto e inserito, dall'operatore sanitario, in una busta immediatamente sigillata. Le informazioni demografiche ottenute (genere, anno e mese di nascita, classe di frequenza, nazionalità, nazionalità dei genitori) non permettono, quindi, di risalire in alcun modo alla singola persona.

Il questionario e tutta la metodologia relativa all'indagine sono stati approvati dal Comitato Etico dell'ISS nel 2010 e da quello dell'Università di Torino nel 2014.

#### **Risultati**

I risultati della rilevazione 2014 del Sistema di Sorveglianza HBSC Italia, ci offrono uno spaccato sui comportamenti e gli stili di vita degli studenti adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni.

Alla rilevazione 2014 hanno partecipato 3.315 classi distribuite in tutte le Regioni italiane, con una percentuale di rispondenza all'indagine complessivamente del 90,1%, corrispondente ad un totale di 63.148 questionari complessivamente raccolti, risultanti dalla somma dei questionari dei campioni rappresentativi di tutte le Regioni italiane. L'altissima adesione è segno dell'elevato livello di partecipazione non solo dei ragazzi e delle famiglie, ma anche delle scuole e di tutti gli operatori delle Aziende Sanitarie Locali. Per quanto riguarda lo stato nutrizionale, i dati 2014 mostrano una diminuzione della percentuale di ragazzi in sovrappeso in tutte le fasce di età rispetto alla precedente rilevazione del 2010. La diminuzione è particolar-

mente evidente tra gli 11enni (dal 23,3% al 19% nei maschi e dal 17,1% al 13,5% nelle femmine).

Anche per quanto riguarda l'obesità, si osserva un lieve calo, più evidente nei 13enni (dal 4,5% al 3,3% nei maschi e dal 2,4% all'1,3% nelle femmine). Si evidenzia un gradiente geografico tra le Regioni e le prevalenze più alte si registrano in quelle del Centro-Sud.

Sono stati indagati anche alcuni aspetti delle abitudini alimentari che, se scorrette, possono aumentare il rischio di diverse patologie croniche oltre a favorire l'aumento di peso. Dai dati è emerso che solo una bassa percentuale di studenti consuma frutta e verdura almeno una volta al giorno. Il valore più alto (22,7%) si registra tra le ragazze di 15 anni. La percentuale è aumentata in tutte le classi di età e in entrambi i sessi, ma i valori permangono bassi e lontani dai consumi raccomandati. L'abitudine di saltare la prima colazione è in calo tra i 15enni, ma si ha un lieve peggioramento tra i 13enni e gli 11enni di entrambi i sessi.

Il consumo di bevande zuccherate (5-6 giorni a settimana o più) varia tra il 29,4% dei ragazzi 11enni al 20% delle ragazze 15enni. Rispetto al 2010 il fenomeno sembra essere in calo in tutte le classi di età e in entrambi i sessi.

Rispetto al 2010 cresce il numero dei ragazzi che svolge attività fisica (un'ora di attività più di tre giorni a settimana) in tutte le fasce di età; l'aumento è più sensibile tra gli 11enni, in particolare nei ragazzi (dal 47,6% al 57,3%) rispetto alle ragazze (dal 35,3% al 42,3%).

I dati sulla sedentarietà, evidenziano in tutte le fasce di età che, pur essendo in diminuzione il numero dei ragazzi che trascorrono tre ore o più al giorno davanti alla TV in particolare tra i 15enni (maschi da 36,9% a 30,6%

- femmine da 35,8% a 26,1%), aumenta la percentuale di adolescenti che passano tre ore o più al giorno a giocare con il PC, lo *smartphone* o il *tablet*. L'aumento è più sensibile tra le ragazze, in particolare è raddoppiato tra le 11enni (da 8,7% a 16,5%).

Nel 2014 diminuisce per entrambi i sessi e in tutte le classi di età la percentuale di adolescenti che hanno consumato alcolici almeno una volta a settimana. Tuttavia, oltre il 15% degli studenti di 15 anni e oltre il 12% delle ragazze di 15 anni dichiarano di bere 1 o più drink al giorno e si registra un aumento dei 15enni che dichiarano di essersi ubriacati almeno 2 volte nella vita (maschi da 16,7% a 20,1% - femmine da 10,8% a 16%). Gli studenti 15enni che nel 2014 dichiarano di fumare tutti i giorni sono il 13,8% dei ragazzi e il 13,3% delle ragazze. L'andamento è in crescita rispetto al 2010. Nelle altre fasce di età i valori sono molto più contenuti. Si riscontra un'ampia differenza regionale con valori più elevati nelle Regioni del Centro-Sud.

Nell'indagine HBSC Italia 2014 sono state aggiunte, nei questionari destinati ai quindicenni, delle domande relative al gioco d'azzardo. Dai risultati si evidenzia che circa il 60% dei 15enni maschi e il 22% delle femmine ha sperimentato il gioco d'azzardo. Se si considera solo l'ultimo mese prima dell'indagine si vede come oltre il 30% dei ragazzi e quasi il 4% delle ragazze hanno giocato d'azzardo. Esiste un netto gradiente Nord-Sud in merito al gioco d'azzardo praticato nel mese prima dell'indagine con picchi che vanno dal 7% della P.A. di Trento ad oltre il 44% della Campania. L'indagine ha, inoltre, evidenziato che quasi il 2% dei maschi di 15 anni può essere considerato dipendente dal gioco e quasi l'8% è a rischio di dipendenza.

Infine, i dati indicano che tra il 2010 e il 2014 è aumentato il numero dei ragazzi che dichiarano di aver subito episodi di bullismo, in particolare è aumentato in entrambi i sessi il numero degli 11enni che dichiarano di subire atti di bullismo (maschi da 20,7% a 25,7% - femmine da 9,2% a 17,3%).

### Discussione e conclusione

Il successo dell'esperienza dello studio HBSC, condotto in stretto rapporto fra il Gruppo di Ricerca, il Ministero della Salute, i Servizi Sanitari Regionali, il Sistema Scolastico, gli studenti e i genitori è dimostrato dall'elevata percentuale di adesione all'indagine da parte degli studenti. La numerosità del campione, anche in seguito all'esclusione dei questionari che non rispondevano positivamente alla verifica di qualità dei dati, rimane elevata rispetto a quanto si verifica in indagini simili. L'utilizzo di strumenti di comunicazione, quali *Open Mind* (16) e *Focus Paper* (17), costruiti insieme con gli insegnanti nell'indagine del 2010, rappresentano un valore aggiunto che consente una riflessione strutturata in ambito scolastico sui risultati dell'indagine. L'*Open Mind* è infatti uno strumento didattico interattivo, con linguaggio e animazione molto vicini alla tipologia comunicativa degli studenti dell'età presa in esame. I *Focus Paper* sintetizzano i risultati dell'indagine relativi ai quattro fattori di rischio, presi in esame da *Guadagnare Salute* (scorretta alimentazione, sedentarietà, fumo, abuso di alcol), specifici per ogni Regione e confrontabili con i dati nazionali.

I *Focus Paper* sono indirizzati agli insegnanti, alle famiglie e ai decisori politici affinché possano costituire uno strumento per le politiche sulla salute e le azioni educative favorevoli ad interventi, individuali e collettivi,

in grado di sostenere stili di vita consapevolmente favorevoli alla salute.

Un altro risultato importante è la possibilità di confrontare i dati di ogni Regione con quelli nazionali, internazionali e delle altre Regioni.

A quindici anni dall'adesione dell'Italia allo studio si possono già individuare degli *short trend*, che ci danno indicazioni sull'andamento dei fenomeni in esame e che rappresentano una base di partenza solida per interventi di politiche per i giovani e per il sistema educativo.

La collaborazione tra "scuola" e "salute" non solo ha reso possibile la raccolta delle informazioni sui bambini e gli adolescenti, ma contribuisce a supportare interventi finalizzati a stimolare comportamenti salutari a partire dall'infanzia, coinvolgendo le famiglie e l'intera comunità scolastica. Infatti, il valore aggiunto della ricerca HBSC si fonda sul concetto di stile di vita complessivo, studiato per porre le basi di azioni concrete ed efficaci di promozione della salute dei giovani. In tale ottica, l'attenzione sui comportamenti a rischio insieme a quelli che possono favorire il benessere, con lo sguardo ai contesti di vita, è certamente una solida base per tali interventi. Infine è bene evidenziare la partecipazione degli Operatori del Servizio Sanitario, di diverse professionalità, che hanno trovato l'entusiasmo di mettersi in gioco, di seguire il percorso formativo che ha fornito occasione importante di crescita culturale ed operativa rispetto alle competenze epidemiologiche e soprattutto a quelle di promozione della salute nelle relazioni con le comunità scolastiche e di contribuire alla creazione di una rete multidisciplinare, permanente e consolidata, di professionisti che ha i connotati di una comunità di pratica.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organisation (WHO). Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO; 1986. Istisan 2010.
2. Engels RC, Scholte RH, Van Lieshout CF, De Kemp R, Overbeek GJ. Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addict Behav* 2006; 31: 440-9.
3. Patton GC, Coffey C, Cappa C, et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet* 2012; 379: 1665-75.
4. Dietz WH. Periods of risk in childhood for the development of adult obesity. What do you need to learn? *J Nutr* 1997; 127: S1884-6.
5. Engels RC, Scholte RH, Van Lieshout CF, De Kemp R, Overbeek GJ. Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addict Behav* 2006; 31: 440-9.
6. Patton GC, Coffey C, Cappa C, et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet* 2012; 379: 1665-75.
7. Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, AaltoSetälä T, Marttunen M, Lönqvist J. Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol Alcohol* 2001; 36(1): 85-8.
8. Utter J, Scragg R, Schaaf D. Associations between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents. *Public Health Nutr* 2006; 9(5): 606-12.
9. King A, Wold B, Smith CT, Harel Y. The health of youth. A cross-national survey. Copenhagen: WHO, Regional Publications; 1996. (European series n.69).
10. HBSC-Italia. Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni. Torino: Minerva Medica; 2004.
11. Cavallo F, Lemma P, Santinello M, Giacchi M (Ed.). Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC. Padova: Cleup; 2007.
13. Currie C, Griebler R, Inchley J et al Eds. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2009/10 Survey. Edinburgh: CAHRU; 2010.
14. Roberts C, Freeman J, Samdal O, Schnohr CW, de Looze ME, et al. (2009) The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *Int J Public Health* 54(2): 140-150.15. Lazzeri G, Giacchi MV, Dalmaso P, Vieno A, Nardone P, Lamberti A, Spinelli A, Cavallo F The methodology of the Italian HBSC 2010 study (Health Behaviour in School-aged Children). *Ann Ig. May-Jun* 2013;25(3):225-233. doi: 10.7416/ai.2013.1925.
16. <http://www.guadagnaresalute.it/promozione/promozioneOpenMind.asp>
17. <http://www.hbsc.unito.it/it/index.php/publicazioni/focuspapers.html>

*Conflitti di interesse dichiarati:* nessuno

## APPENDICE

### Gruppo HBSC Italia 2014

#### Il coordinamento nazionale

Università degli Studi di Torino - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche Prof. Franco Cavallo (P.I.), Prof. Patrizia Lemma, Dott.ssa Paola Dalmaso, Dott.ssa Lorena Charrier, Dott. Alberto Borraccino, Dott.ssa Paola Berchiolla, Dott. Nazario Cappello, Dott.ssa Giulia Piraccini. Università degli Studi di Padova - Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione Prof. Alessio Vieno, Dott.ssa Michela Lenzi, Dott. Natale Canale, Dott.ssa Claudia Marino. Università degli Studi di Siena - Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo Prof. Mariano Giacchi, Dott. Giacomo Lazzeri, Dott. Andrea Pammolli, Dott.ssa Rita Simi, Dott.ssa Stefania Rossi

#### Ministero della Salute – Segretariato Generale

Dott.ssa Daniela Galeone, Dott.ssa Maria Teresa Menzano

#### Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione

Dott. Lorenzo Spizzichino

#### Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Dott. Alessandro Vienna

#### I referenti regionali

Manuela Di Giacomo e Ercole Ranalli (Regione Abruzzo), Giuseppina Ammirati, Mariangela Mininni e Gerardina Sorrentino (Regione Basilicata), Caterina Azzarito (Regione Calabria), Gianfranco Mazzarella (Regione Campania), Paola Angelini e Marina Fridel (Regione Emilia Romagna), Claudia Carletti, Paola Pani, Luca Ronfani e Loris Zanier (Regione Friuli Venezia Giulia), Amalia Vitagliano e Giulia Cairella (Regione Lazio), Federica Pascali e Antonella Carpi (Regione Liguria), Corrado Celata (Regione Lombardia), Giordano Giostra e Simona De Introna (Regione Marche), Concetta Di Nucci, Teresa Manfredi Selvaggi e Ornella Valentini (Regione Molise), Marcello Caputo, Monica Bonifetto (Regione Piemonte), Maria Teresa Balducci, Giovanna Rosa e Giacomo Domenico Stingi (Regione Puglia), Serena Meloni (Regione Sardegna), Achille Cernigliaro, Maria Paola Ferro e Salvatore Scondotto (Regione Sicilia), Mariano Giacchi, Annamaria Giannoni, Giacomo Lazzeri e Rita Simi (Regione Toscana), Marco Cristofori e Maria Donata Giaimo (Regione Umbria), Gabriella Furfaro (Regione Valle D'Aosta), Erica Bino e Annarosa Pettenò (Regione Veneto), Antonio Fanolla, Carla Melani e Sabine Weiss (Provincia Autonoma Bolzano), Maria Grazia Zuccali (Provincia Autonoma Trento)

#### RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano i referenti regionali, aziendali e operatori della sanità; i referenti degli uffici scolastici provinciali e regionali; gli insegnanti, i dirigenti scolastici e tutto il personale scolastico per il loro importante contributo alla realizzazione di questa raccolta dati.

Un ringraziamento particolare va ai ragazzi che hanno aderito con entusiasmo a questa rilevazione.