



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

Impatto della pandemia sulla salute di bambini e ragazzi

Documento di studio e di proposta

II - La ricerca quantitativa

Istituto
Superiore
di Sanità





*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

Impatto della pandemia sulla salute di bambini e ragazzi

Documento di studio e di proposta

II - La ricerca quantitativa



Il presente documento è stato realizzato
nell'ambito dell'accordo di collaborazione
con l'Istituto superiore di sanità, protocollo
n. 1255 del 29 luglio 2021

Ringraziamenti

Si ringraziano i componenti della Cabina di
regia e tutti coloro che hanno contribuito alla
realizzazione del presente lavoro, in particolare:
il Ministero dell'istruzione e del merito,
gli istituti scolastici e i genitori che hanno
partecipato all'indagine epidemiologica.

Roma, gennaio 2025



INDICE

Premessa	9
1. La ricerca: un inquadramento teorico e metodologico	13
1.1 Gli assunti di base	13
1.2 La ricerca Agia-Iss	15
2. Obiettivi e metodologia	19
2.1 Obiettivi	20
2.2 Metodologia	21
3. Risultati	33
3.1 Partecipazione degli istituti scolastici	33
3.2 Caratteristiche socio-demografiche dei genitori	34
3.3 Disagi o sofferenza psichica riferiti dai genitori nel periodo pre e post pandemia	37
3.4 Questionario sulle capacità e sulle difficoltà (Sdq)	39
3.5 Questionario sul comportamento del bambino (Cbcl)	41
4. Conclusioni	47
5. Le raccomandazioni dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza	57
6. Appendice	69
Allegati	73
Bibliografia	87



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

Premessa



Premessa

Il presente rapporto contiene i risultati della seconda fase della ricerca scientifica su pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi, promossa dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (Agia) in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità.

Di seguito sono presentati i risultati di un'indagine epidemiologica condotta per acquisire conoscenza sulla prevalenza dei problemi di salute mentale nella popolazione dei minorenni dai 6 ai 18 anni e indagare le relazioni con le variabili socioeconomiche.

La conoscenza dell'incidenza di tali problematiche nella popolazione in fase evolutiva è fondamentale per mettere in atto strategie di intervento mirate e commisurate ai bisogni dei minorenni. I dati, infatti, costituiscono le basi della conoscenza per costruire misure adeguate alle esigenze che emergono. Questa indagine pertanto vuole contribuire a colmare il *gap* conoscitivo nell'ambito della salute mentale di bambini e adolescenti e comprenderne le determinanti.

Il metaobiettivo del progetto, gerarchicamente sovraordinato, e l'*outcome* che l'Agia ha inteso perseguire con questo rapporto - e in generale con tutta la ricerca - è la promozione del benessere, del diritto alla salute e del diritto al pieno sviluppo dei bambini e degli adolescenti. Per questo motivo la rilevazione e l'analisi dei dati non possono essere un punto d'arrivo del percorso conoscitivo ma devono costituire il punto di partenza per interventi tempestivi di presa in carico e, in generale, per individuare la strada per ripristinare il benessere.

A tal fine l'Agia ha voluto affiancare all'indagine epidemiologica un aiuto concreto, realizzato con l'intervento di due centri clinici di eccellenza (Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale maggiore policlinico di Milano e IRCCS Eugenio Medea di Bosisio Parini - Lecco) che hanno messo a disposizione delle famiglie il consulto di professionisti che operano nell'ambito del neurosviluppo. In caso di individuazione di disturbi conclamati o comportamenti a rischio, inoltre, il consulto specialistico ha consentito di indirizzare i genitori verso eventuali percorsi di presa in carico e gestione del disagio dei minorenni. Tale misura è stata promossa al fine di agevolare le famiglie, spesso disorientate e sole nella gestione del disagio, e di facilitare una presa in carico tempestiva nella tutela del benessere dei minorenni. Le famiglie hanno, quindi, potuto avere un colloquio di confronto e orientamento con psicologi e neuropsichiatri per



comprendere il percorso più adatto da seguire.

La ricerca non termina con la raccolta dei dati ma dà vita all'azione di responsabilità che si crea quando si viene a conoscenza di un problema che le famiglie e i bambini/adolescenti stanno affrontando per supportarli e far loro conoscere i possibili percorsi da intraprendere.



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

I.

La ricerca: un inquadramento teorico e metodologico



I. La ricerca: un inquadramento teorico e metodologico

I.1 Gli assunti di base

A causa della pandemia da Covid-19 e delle misure messe in atto per contenerla i bambini e gli adolescenti hanno sperimentato cambiamenti sostanziali negli ambienti di vita, nelle routine quotidiane e nelle reti relazionali, educative e sociali che normalmente favoriscono la promozione della salute e la resilienza agli eventi traumatici. In Italia si è assistito a una rapida e grave evoluzione della pandemia e all'attuazione di stringenti misure di contenimento che hanno comportato la prolungata chiusura della scuola, l'isolamento in ambiente domestico e l'indicazione inflessibile al distanziamento fisico per oltre 10 milioni di bambini e ragazzi. Inoltre, nei primi mesi della pandemia la necessità di attivare con urgenza interventi sanitari diretti prevalentemente agli adulti ha minimizzato la possibilità di affrontare i bisogni specifici dei soggetti in età evolutiva e di valutare l'impatto dei diversi fattori di rischio sulla salute mentale.

In ambito internazionale diversi sono gli studi che hanno riportato un incremento nei bambini e negli adolescenti di sintomi internalizzanti, come ansia e depressione, e un aumento del *distress* (Orban et al. 2024; Bialy et al., 2024; de Oliveira et al., 2022) correlati alle fasi di restrizioni severe. Le difficoltà sono state maggiori nella popolazione femminile e nei gruppi vulnerabili, con una riduzione significativa della qualità della vita, soprattutto durante i *lockdown*. I livelli di qualità della vita sono rimasti inferiori rispetto ai valori pre pandemici anche dopo l'allentamento delle misure restrittive, suggerendo un impatto a lungo termine (Orban et al., 2024). Alcuni studi hanno rilevato un aumento marcato dei comportamenti autolesionistici tra gli adolescenti, così come un incremento della frequenza di pensieri sulla morte nei bambini (Grzejszczak et al., 2024) oltre a problemi alimentari (Bevilacqua et al., 2023), pensieri suicidari e abuso di droghe negli adolescenti (Sayed et al., 2024).

In ambito nazionale, già prima della pandemia Bersia e colleghi (2022) avevano esplorato le tendenze temporali (2010–2018) del benessere tra gli adolescenti italiani e analizzato i fattori potenzialmente associati a tali tendenze. L'analisi, condotta su studenti di 11, 13 e 15 anni raccolti nel 2010, 2014 e 2018 (per un totale di 165 mila adolescenti), aveva esaminato la soddisfazione di vita e i disturbi psicologici e



somatici, tenendo conto di fattori contestuali come la pressione scolastica, il supporto sociale (famiglia, scuola, amici), lo stato socioeconomico, l'area geografica e l'origine migratoria. I risultati mostrano che dal 2010 al 2018, nel periodo antecedente alla pandemia, la soddisfazione di vita era rimasta stabile, mentre i disturbi di salute erano aumentati, in particolare i disturbi psicologici con un impatto maggiore sui quindicenni.

A seguito della pandemia, nel contesto italiano i professionisti nel campo della psicologia e della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, nonché in quello educativo e sociosanitario sono stati chiamati a evidenziare i disagi della popolazione di minore età. Studi qualitativi hanno descritto che il distanziamento fisico forzato e l'incremento dell'uso degli strumenti digitali hanno portato a un aumento di atti di autolesionismo, tentativi di suicidio e difficoltà di reintegrazione scolastica per gli adolescenti, così come disturbi del sonno e demotivazione/fatica nei bambini (Orazi et al., 2024). Inoltre, i professionisti italiani hanno osservato un aumento della vulnerabilità dei bambini e degli adolescenti, con l'insorgenza di nuovi disturbi mentali in individui precedentemente sani e un aggravamento delle problematiche nei soggetti già svantaggiati. Infine, l'apprendimento a distanza ha accentuato le disuguaglianze, penalizzando i bambini e gli adolescenti con risorse cognitive ed economiche limitate (Orazi et al., 2024).

La voce e l'esperienza dei ragazzi stessi sono state oggetto di ascolto nella consultazione pubblica promossa dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (Agia) nel 2024 *Salute mentale: come stanno i ragazzi*, alla quale hanno partecipato 7.470 adolescenti della scuola secondaria di primo e secondo grado.

I ragazzi, attraverso la compilazione di un questionario, si sono espressi su come si sentono e come si sono sentiti durante la pandemia. I partecipanti hanno manifestato la necessità di figure di sostegno al loro benessere psicologico: il 62,7% dei ragazzi vorrebbe rivolgersi a uno psicologo, il 29,3% a un allenatore, il 16% a un insegnante e il 12,9 % a un medico.

Lo stato d'animo dichiarato dai ragazzi è piuttosto eterogeneo: il 35% dei partecipanti si definisce sereno, l'8% si ritiene felice, il 24% si definisce ansioso, il 16% non sa definire il proprio stato d'animo e il 6% si sente solo. Per quanto riguarda le abitudini e i comportamenti emersi durante la pandemia, poi, il 40,4% dei ragazzi riporta di studiare meno e in modo discontinuo, mentre il 33,3% ha ridotto le ore di sonno;



un terzo degli intervistati (31,7%) manifesta l'insorgere di squilibri nelle abitudini alimentari durante il periodo pandemico e una percentuale simile (31,8%) afferma di aver ridotto l'attività fisica. Più della metà riporta di aver (51,4%) vissuto stati di ansia o tristezza prolungati dalla pandemia in poi e quasi la metà riferisce eccessiva stanchezza (49,8%) e nervosismo frequente (46,5%). Altri disturbi comuni sono: difficoltà di concentrazione (44,7%), mal di testa ricorrenti (29%) e insonnia (25,4%), con solo il 4% che non segnala disturbi persistenti.

Questi risultati sono confermati da altri studi italiani condotti in regioni del Nord, con un peggioramento della qualità della vita e un incremento dei problemi emotivi, comportamentali e psicosomatici, soprattutto nella fascia di età 7-19 anni (Pedrini et al., 2024; Barbieri et al., 2022). Il recente report della Fondazione Cariplo *Neurosviluppo, salute mentale e benessere psicologico di bambini e adolescenti in Lombardia 2015-2022* (Montomoli et al., 2024) descrive, attraverso l'analisi degli accessi degli utenti ai servizi sanitari in Lombardia avvenuti prima, durante e dopo la pandemia, un trend in crescita già dal 2016, con un decremento solo nel 2020, degli accessi per cause neuropsichiatriche e in particolare per le femmine e la classe di età 14-18 anni. Inoltre, si è assistito a un aumento della complessità dei casi trattati e a un incremento dei comportamenti autolesivi e suicidari, sia nella fascia di età adolescente che in quella pre-adolescente.

1.2 La ricerca Agia-Iss

Il presente rapporto contiene i risultati della seconda fase del percorso di ricerca nazionale sul neurosviluppo e la salute mentale di bambini e adolescenti e degli effetti della pandemia da Covid-19, promosso dall'Agia in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità (Iss).

L'obiettivo generale della ricerca è stato quello di indagare lo stato di salute mentale di bambini e adolescenti italiani e gli effetti della pandemia da Covid -19 su di essi, al fine di individuare strategie efficaci e *best practice* di supporto alla popolazione di minore età con problematiche di salute mentale o in condizioni di fragilità. La prima fase della ricerca si è focalizzata sulla raccolta e sull'analisi di dati qualitativi, tramite la conduzione di focus group omo e interprofessionali con esperti del settore in ambito psico-sociale, educativo e sanitario, quali neuropsichiatri infantili, pediatri ospedalieri e di famiglia, medici di medicina generale, psichiatri, psicologi, assistenti sociali ed



educatori professionali (Agia, maggio 2022 *Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi*; Scattoni et al., 2023).

I risultati della prima fase della ricerca promossa dall'Autorità garante avevano già evidenziato come i bambini e ragazzi che hanno maggiormente risentito delle limitazioni legate alla pandemia fossero quelli che abitano nelle grandi città, spesso residenti in abitazioni più piccole e con meno spazi verdi a disposizione. Inoltre, è stato evidenziato come l'esordio di disturbi in pandemia o il loro peggioramento siano variati in funzione dell'età. Dall'analisi qualitativa basata su focus group di professionisti che lavorano a contatto con bambini e ragazzi è emerso come i soggetti più colpiti siano stati i preadolescenti e gli adolescenti, in special modo coloro che si trovavano nelle fasi di transizione scolastica (da un ordine di scuola all'altro) e di cambiamento dell'ambiente relazionale di riferimento (coloro che si apprestavano a iniziare la prima classe della scuola secondaria di primo e secondo grado e il primo anno di università).

Nella seconda fase della ricerca è stata condotta un'indagine epidemiologica campionaria per conoscere l'incidenza dei disagi nei bambini e negli adolescenti attraverso la somministrazione di questionari scientifici. In caso di individuazione di disturbi conclamati o comportamenti a rischio, l'Autorità garante ha voluto offrire un consulto specialistico con professionisti del settore per indirizzare i genitori verso eventuali percorsi di presa in carico e gestione del disagio. Tale misura è stata promossa al fine di agevolare le famiglie, spesso disorientate e sole nella gestione del disagio, e di facilitare una presa in carico tempestiva nella tutela del benessere dei minorenni.



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

2.

Obiettivi e metodologia



2. Obiettivi e metodologia

L'obiettivo dell'indagine epidemiologica descritta nel presente report, che si colloca come seconda attività della ricerca nazionale promossa dall'Autorità garante, **è quello di rilevare problematiche legate alla salute mentale nel periodo post pandemico**. L'indagine è stata effettuata sotto il coordinamento di una cabina di regia costituita da rappresentanti dell'Agia e dell'Iss nonché del Ministero dell'istruzione e del merito e dei due centri clinici di eccellenza, Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e Irccs Eugenio Medea di Bosisio Parini (Lecco). La cabina di regia ha avuto la funzione di coordinamento, programmazione e organizzazione delle attività, nonché quella di integrare tra loro le varie fasi e le differenti componenti coinvolte nella ricerca. All'interno dell'Iss, l'équipe di ricerca è stata composta da sei ricercatrici – senior e junior – esperte di indagini qualitative e quantitative sul neurosviluppo e sulla salute mentale di bambini e ragazzi. Il Comitato scientifico ha operato a titolo non oneroso ed è stato coinvolto nelle diverse fasi del progetto di ricerca per suggerire e indicare potenziali aree di approfondimento, per la costituzione del protocollo metodologico e sperimentale.

L'indagine epidemiologica ha avuto l'obiettivo di identificare soggetti con disturbi conclamati o a rischio tramite la somministrazione di questionari scientificamente validati, già utilizzati in indagini precedenti (Frigerio et al., 2009), rivolti ai genitori di bambini e ragazzi di età compresa tra i 6 e i 18 anni.

La possibilità di partecipare al questionario e all'indagine epidemiologica è stata offerta a tutti i genitori con figli tra i 6 e 18 anni frequentanti una scuola pubblica in cinque regioni campione (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania e Sicilia). La diffusione dell'indagine nelle scuole è stata realizzata grazie alla collaborazione con il Ministero dell'istruzione e del merito attraverso l'invio di note esplicative agli uffici scolastici regionali e alle scuole stesse. Le scuole sono state sensibilizzate tramite contatti telefonici agli istituti scolastici da parte dei ricercatori dell'Iss al fine di illustrare lo scopo e la rilevanza dell'indagine nazionale e i genitori sono stati sensibilizzati alla partecipazione dalle scuole tramite circolari e l'utilizzo del registro elettronico.

Attraverso la somministrazione di un questionario aggiuntivo sono state raccolte variabili socioeconomiche e geografiche al fine di esplorare le potenziali correlazioni con l'insorgere dei disagi.



I questionari utilizzati per la rilevazione dei disagi sono il Questionario sulle capacità e difficoltà (Strengths and difficulties questionnaire – di seguito indicato con Sdq; Goodman, 2001) e il Questionario sul comportamento del bambino (Child Behavior Checklist – di seguito indicato con Cbcl; Achenbach, 2001). Il secondo questionario è stato somministrato solo in presenza di un esito positivo del primo.

L'indagine epidemiologica è stata condotta da maggio 2023 a dicembre 2024.

2.1 Obiettivi

Gli obiettivi dell'indagine epidemiologica sono:

stimare la prevalenza dei problemi di salute mentale nella popolazione dei minorenni dai 6 ai 18 anni per ciascuna classe di età (ordine di scuola), per regione e tipo di Comune.

esplorare le possibili relazioni con le variabili socioeconomiche.

La conoscenza dell'incidenza di tali problematiche nella popolazione in fase evolutiva è fondamentale per mettere in atto strategie di intervento mirate e commisurate ai bisogni dei minorenni. I dati, infatti, costituiscono le basi della conoscenza per costruire misure adeguate alle esigenze che emergono; questa indagine vuole pertanto contribuire a colmare il gap conoscitivo nell'ambito della salute mentale di bambini e adolescenti.

Il metaobiettivo del progetto, gerarchicamente sovraordinato, e l'*outcome* che l'Agia ha inteso perseguire in tutte le attività è la promozione del benessere, del diritto alla salute e del diritto al pieno sviluppo dei bambini e degli adolescenti. Per questo motivo la rilevazione e l'analisi dei dati non possono essere un punto d'arrivo del percorso conoscitivo ma devono costituire il punto di partenza per interventi tempestivi di presa in carico e, in generale, per individuare la strada per ripristinare il benessere.

A tal fine l'Autorità garante ha voluto affiancare all'indagine epidemiologica un aiuto concreto, realizzato con l'intervento di due centri clinici di eccellenza (ondazione Irccs Ca' Granda Ospedale maggiore policlinico di Milano e IRCCS Eugenio Medea di Bosisio Parini - Lecco) che hanno messo a disposizione delle famiglie il consulto di professionisti che operano nell'ambito della salute mentale. Le famiglie hanno, quindi, potuto avere un colloquio di confronto e orientamento con psicologi e neuropsichiatri



per comprendere il percorso più adatto da seguire.

La ricerca non termina con la raccolta dei dati ma **dà vita all'azione** di responsabilità che si crea quando si viene a conoscenza di un problema che le famiglie e i bambini/gli adolescenti stanno affrontando, per supportarli e far loro conoscere i possibili percorsi da intraprendere.

2.2 Metodologia

2.2.1 Disegno di campionamento ed estrazione del campione

Al fine di costruire un'indagine rappresentativa a livello nazionale è stato inizialmente definito il disegno campionario.

Per garantire la massima partecipazione degli istituti scolastici, sulla base dei rapporti collaborativi già esistenti tra Iss e alcuni uffici scolastici regionali, sono state selezionate le seguenti cinque regioni, distribuite tra Nord, Centro e Sud: Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania e Sicilia. Lo studio si configura come un'indagine rappresentativa a livello nazionale senza vincoli o stratificazioni.

Il disegno della strategia campionaria ha tenuto conto delle importanti informazioni preliminari ottenute nella prima fase della ricerca (Agia, *Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi*, 2022; Scattoni et al., 2023) considerando come variabili informative: la popolazione di studenti nella fascia 6-18 anni presenti nelle scuole, la dimensione del comune e l'ordine di scuola. Per ciascuna regione inclusa nello studio, i comuni sono stati classificati in base ai seguenti criteri: comune capoluogo (Sì/No) e dimensione del comune (piccolo/grande). Per ciascun comune il numero di alunni è stato calcolato come somma degli alunni di tutte le scuole di ogni ordine presenti nel comune. La dimensione dei comuni (piccolo/grande) è stata categorizzata sulla base della mediana del numero di alunni dei comuni, calcolata separatamente per i comuni non capoluogo e i comuni capoluogo. Non è stata prevista la costruzione di un campione stratificato in base alla tipologia di comune (capoluogo/non capoluogo) o alla sua dimensione (piccolo/grande).

Sulla base del database delle scuole fornito dall'Ufficio di statistica del Ministero dell'istruzione e del merito, la mediana del numero di alunni dei comuni non capoluogo è 306, e per i comuni capoluogo è 14.658. Le specifiche dei criteri di classificazione dei comuni sono sintetizzate nella tabella 1.



	N. alunni delle scuole di ogni ordine	Strato
No	≤ 300	No Capoluogo-Piccolo
No	> 300	No Capoluogo-Grande
Sì	≤ 15000	Capoluogo-Piccolo
Sì	> 15000	Capoluogo-Grande

Tabella 1. Classificazione dei comuni in funzione di capoluogo (No/ Sì) e dimensione (numero di alunni che frequentano le scuole di ogni ordine ($\leq$ mediana/ $>$ mediana))

In ciascuna regione è stato quindi pianificato un disegno di campionamento stratificato specificando, sulla base della dimensione campionaria, il numero di alunni (e quindi il numero di scuole) da selezionare in ciascuno strato, in modo da riprodurre la distribuzione degli alunni tra gli strati osservata in ciascuna regione. Questo disegno è stato applicato separatamente per le scuole primarie, le scuole secondarie di primo grado e le scuole secondarie di secondo grado. Alle scuole è stato richiesto di proporre il questionario a tutti gli alunni delle scuole campionate.

A partire dal *dataset* delle scuole fornito dal Ministero dell'istruzione e del merito, una lista di 1.441 scuole da includere nello studio è stata estratta mediante una procedura casuale progettata per implementare le specifiche del piano di campionamento ed implementata con il software *STATA 17*.

2.2.2 Calcolo della numerosità campionaria (Studio con stima a livello nazionale stratificata per ordine di scuola)

Il calcolo della dimensione del campione è basato sull'obiettivo primario dello studio: costruire una stima della prevalenza degli alunni con disturbi mentali, separatamente per ciascuna regione inclusa nello studio e per ciascun ordine di scuola (primaria, secondaria di I grado, secondaria di II grado) considerato come *proxy* della fascia di età. Sulla base della letteratura scientifica e dell'unico studio epidemiologico italiano effettuato sulla tematica, la prevalenza attesa di preadolescenti (10-14 anni) con disturbi mentali è del 20% (Frigerio et al., 2006; Frigerio et al., 2009). La dimensione campionaria è stata quindi calcolata al fine di garantire la stima della proporzione degli alunni con disturbi mentali, con un margine di errore prefissato del 5% per un livello di confidenza del 95%. Per il calcolo è stata adottata la formula per popolazioni infinite. La numerosità campionaria ottenuta è stata aumentata per tener conto del *design effect*



(correlazione tra le misurazioni rilevate sui bambini afferenti alla stessa scuola). Per il calcolo del *design effect* (Deef), è stata ipotizzata una dimensione della scuola (M) pari al numero mediano di alunni per istituzione scolastica - calcolato separatamente per ciascun ordine di scuola sulla base del database disponibile (contenente i dati delle scuole delle regioni Piemonte, Lombardia, Toscana, Emilia-Romagna, Lazio, Campania e Sicilia) - e di un coefficiente di correlazione intraclassa (ρ) pari a 0,2 (Martinson et al., 1999; Killip et al., 2004).

La dimensione campionaria per ciascun ordine di scuola è riportata in Tabella 2.

	Primaria	Sec. I grado	Sec. II grado
Numero di alunni da arruolare nello studio	924	1313	2159

*stimato sul database con le 5 regioni

Tabella 2. Dimensione campionaria (numero di alunni) per ordine di scuola da arruolare

2.2.3 Strategia e monitoraggio del reclutamento

Il numero dei soggetti reclutati e dei questionari compilati dai genitori è stato monitorato a 30 giorni dall'inizio dello studio, per valutare un eventuale potenziamento del bacino di reclutamento attraverso l'estrazione di altre scuole nei comuni considerati. L'andamento del reclutamento è stato monitorato successivamente su base settimanale, tramite la piattaforma realizzata *ad hoc* per l'inserimento dei dati da parte dei genitori.

Sono stati implementati processi standard di controllo automatizzato (verifica che i dati siano nel formato corretto o entro un intervallo previsto di valori e verifiche di coerenza).

La diffusione dell'indagine epidemiologica nelle scuole è avvenuta grazie alla collaborazione del Ministero dell'istruzione e del merito, che ha inviato a maggio 2023 una nota (Allegato a- lettera per Usr e scuole campionate) agli Uffici scolastici regionali e ai Dirigenti scolastici delle scuole campionate, al fine di sensibilizzare i genitori alla partecipazione allo studio e di veicolare i documenti relativi al consenso informato, la scheda informativa e il link d'accesso alla piattaforma tecnologica dove compilare tutti i consensi necessari e i questionari.



Successivamente, a novembre 2023, il Ministero dell'istruzione e del merito ha inviato una nota di sollecito (Allegato b – lettera per Usl e scuole) e ha organizzato una riunione online con gli Uffici scolastici regionali delle cinque regioni interessate e con il Forum nazionale delle associazioni dei genitori della scuola (Fonags) per incrementare la consapevolezza sull'indagine e il numero dei partecipanti.

Il monitoraggio del reclutamento ha evidenziato un'iniziale scarsa adesione da parte delle scuole e dei genitori. Pertanto, al fine di superare le criticità legate alla scarsa adesione sono state adottate le seguenti strategie:

- estensione dell'invito a tutti gli istituti scolastici primari, secondari di primo e secondo grado delle regioni selezionate, per un totale di 12.686 scuole;

- contatti telefonici con gli istituti scolastici da parte dei ricercatori dell'Iss al fine di illustrare lo scopo e la rilevanza dell'indagine nazionale.

Sebbene le strategie adottate abbiano notevolmente sensibilizzato le scuole a partecipare, non è stato tuttavia possibile raggiungere la dimensione campionaria prefissata.

2.2.4 Somministrazione dei test/questionari

I test/questionari da utilizzare nell'ambito dello studio sono stati selezionati, in sede di stesura del progetto approvato, tra quelli di maggior rilevanza e uso internazionale per individuare la presenza di disturbi del neurosviluppo e/o del disagio psicologico nella popolazione di bambini e ragazzi dalla scuola primaria fino a 18 anni e validati scientificamente per la popolazione italiana (*Strenght and difficulties questionnaire*, Questionario sulle capacità difficoltà – Sdq - e *Child behavior checklist*, Questionario sul comportamento del bambino – Cbcl).

I questionari/test standardizzati sono stati rivolti a bambini e ragazzi dalla scuola primaria fino ai 18 anni, suddivisi in tre sottogruppi target per fascia d'età: 6-10, 11-13, 14-18 anni. Per assicurare la massima partecipazione dei genitori è stata sviluppata una piattaforma tecnologica attraverso la quale effettuare la compilazione dei test e lo *scoring* automatico. Sono stati inoltre coinvolti i due centri clinici di eccellenza già citati (Irccs Ca' Granda e Irccs Eugenio Medea) nel campo dei disturbi del neurosviluppo, che hanno messo a disposizione psicologi e neuropsichiatri per gli incontri preliminari con le famiglie.



La somministrazione dei test si è articolata in due fasi.

Nella prima fase sono stati somministrati a tutti i partecipanti due questionari: il *Questionario sulle capacità e sulle difficoltà* (Sdq), che permette uno *screening* di primo livello sull'insorgenza di disturbi e un questionario socio-anamnestico, con cui sono state rilevate le informazioni sullo stato socioeconomico della famiglia. L'ordine di somministrazione prevedeva prima la rilevazione delle variabili socio-demografiche seguita dalla compilazione del questionario sulle capacità e sulle difficoltà. Con la prima fase si è proceduto alla stima della percentuale di bambini con Sdq positivo per ciascun ordine di scuola (*proxy* della fascia di età).

Il risultato della prima fase ha determinato l'eventuale accesso alla seconda fase. In presenza di un risultato positivo al questionario Sdq (Goodman, 2001) è stata prevista la somministrazione del *Questionario sul comportamento del bambino* (Cbcl) 6-18 anni che consente di dettagliare la tipologia di disturbi che sono emersi nella prima fase. Con la seconda fase è stato, quindi, possibile conoscere l'incidenza delle varie tipologie di disturbi emersi nei bambini con Sdq positivo.

I due questionari sono stati valutati in base a scale e parametri definiti scientificamente in letteratura (Achenbach, 2001, Goodman, 2001) e lo *scoring* è stato attribuito in modo automatico tramite il software Aseba-pc. Successivamente esperti clinici hanno prodotto una sintesi interpretativa dei risultati per ogni questionario.

Al termine della compilazione ai genitori partecipanti è stata fornita la copia dei questionari compilati e la sintesi interpretativa sopra citata.

Ai genitori, qualora il secondo questionario confermasse l'esito del primo, è stata data la possibilità di contattare i professionisti dei due centri clinici, tramite l'e-mail fornita sulla piattaforma, per chiedere informazioni più dettagliate. I clinici hanno reso disponibili una serie di *slot* prenotabili dai genitori e, una volta effettuata la prenotazione, sono stati organizzati incontri da remoto per fornire tutte le informazioni necessarie a supportare il/la figlio/a. Nella Figura 1 è dettagliato il diagramma di flusso o *flowchart* che rappresenta le varie fasi di somministrazione dei questionari.

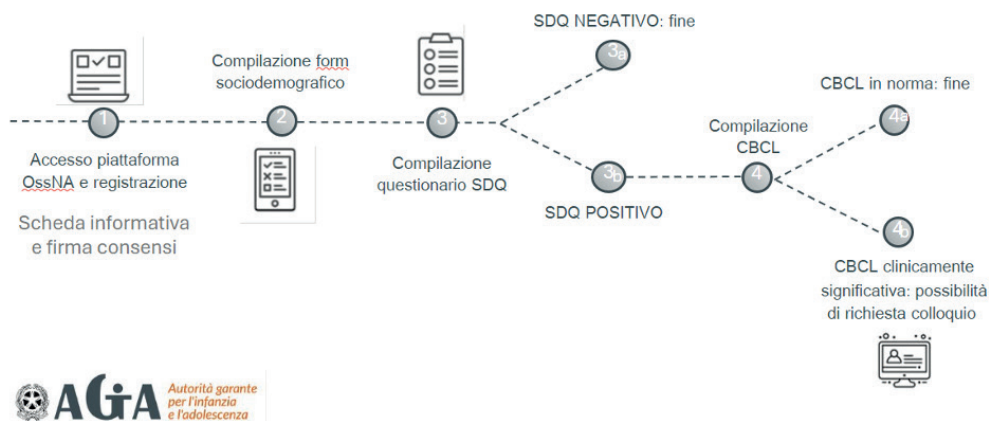


Figura 1. Flowchart di somministrazione dei questionari

La compilazione del questionario è avvenuta su una piattaforma informatica dell'Iss creata per questa ricerca, che ha permesso non solo la raccolta dei dati ma anche l'analisi automatizzata dei questionari, supponendo a eventuali errori di raccolta manuale. Inoltre, attraverso la piattaforma informatica, è stato possibile organizzare incontri da remoto per i genitori i cui risultati dei questionari erano clinicamente significativi, rispondendo alle esigenze organizzative delle famiglie.

2.2.5 I questionari

Di seguito sono riportati i testi dei questionari somministrati nella prima e seconda fase (Allegati b e c) ai genitori, dopo che questi avevano firmato il consenso informato.

Questionario socio-anamnestico

Il questionario socio-anamnestico mira a rilevare le variabili socio-demografiche del bambino/adolescente (genere, data di nascita, nazionalità, classe frequentata, disagi o sofferenza psichica) e dei genitori (nazionalità, titolo di studio e condizione lavorativa). Di seguito sono riportate le domande poste all'inizio dell'intervista:



1) Genere di sua figlia/o? (opzioni di risposta: maschio, femmina, altro/nessuna risposta)

2) Data di nascita di sua figlia/o (compilazione guidata)

3) Classe frequentata da sua figlia/o (compilazione guidata)

4) Nazionalità di sua figlia/o? (compilazione guidata)

5) La sua nazionalità (del genitore)? (compilazione guidata)

6) Sua/o figlia/o manifesta disagi o sofferenza psichica? (sì o no)

6a) Sua/o figlia/o ha mai sofferto/soffre di alcune delle seguenti patologie? (opzioni di risposta: depressione, ansia, alterazioni del ritmo sonno-veglia, disturbo da stress post-traumatico, disturbi dell'umore, disturbi del comportamento alimentare, disturbi della condotta, psicosi, disturbi del neurosviluppo, ideazioni suicide (tentato suicidio e suicidio), autolesionismo, uso di alcool, uso di droghe, uso di tabacco, iperutilizzo problematico di videogiochi, ritiro sociale, altro - specificare)

6b) Se sua/o figlia/o manifesta disagi o sofferenza psichica, sono emersi: (opzioni di risposta: prima dell'emergenza Covid (marzo 2020); dopo l'emergenza Covid (marzo 2020))

7) Titolo di studio più alto da Lei conseguito (opzioni di risposta: licenza elementare, diploma di scuola media inferiore, diploma di scuola media superiore, laurea, titolo post-laurea (master/specializzazione/dottorato))

8) La sua condizione professionale attuale? (opzioni di risposta: occupato, disoccupato, in cerca di prima occupazione, studente, pensionato, altro)

9a) In caso di lavoro dipendente, qual è la sua categoria professionale? (opzioni di risposta: dirigente, direttivo/quadro/funziionario, impiegato ad alta specializzazione, impiegato generico, operaio specializzato, operaio generico)

9b) Altra categoria di lavoro dipendente (campo aperto)

9c) In caso di lavoro autonomo, qual è la sua categoria professionale attuale? (opzioni di risposta: imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio)

9d) Altra categoria di lavoro autonomo (campo aperto)



Questionario sulle capacità e sulle difficoltà (Sdq)

Il questionario Sdq è stato somministrato in versione per i genitori dei bambini/ragazzi dai 4 ai 17 anni e validato fino ai 18 anni (Allegato B). L'Sdq è uno dei questionari utilizzati per identificare i problemi psicopatologici nei bambini e negli adolescenti. L'Sdq è un questionario composto di 25 *item* suddivisi in cinque subscale: 1) “iperattività”, che contiene anche *item* sui problemi di attenzione; 2) “problemi di condotta”; 3) “difficoltà emotive” (soprattutto aspetti legati all’ansia e alla depressione); 4) “comportamenti prosociali”; 5) “rapporti con i pari”. Lo stesso questionario può essere compilato dai genitori, dagli insegnanti o dai ragazzi a partire dagli 11 anni di età. Nel presente studio è stato somministrato ai genitori. Il genitore disponeva di una scala di *Likert* a tre punti per indicare quanto un certo attributo è descrittivo del comportamento del bambino. L'Sdq ha dimostrato di avere buone proprietà psicometriche (struttura fattoriale e consistenza interna) e di essere semplice e veloce nella compilazione. Vengono riportati i punteggi percentili dell'Sdq, per consentire l'utilizzo del questionario sia come scheda informativa sulle difficoltà psicologiche degli alunni sia come strumento di *screening* per le scuole (per individuare casi con difficoltà comportamentali ed emotive). Nel caso di utilizzo dell'Sdq come *screening* nelle scuole, un valore compreso tra l'80° e il 90° percentile indica un problema psicologico di grado lieve (livello subclinico), mentre un punteggio superiore al 90° percentile indica un problema psicologico di maggiore gravità (livello clinico). Per quanto riguarda le subscale “iperattività”, “condotta”, “emotività” e “rapporti coi pari”, un punteggio elevato corrisponde a un maggior grado di disagio psicologico. Diversamente, un punteggio elevato nella subscale “comportamenti prosociali” indica che il bambino è capace di esprimere atteggiamenti di altruismo. Riassumendo: il punteggio subclinico per la scala di “emotività” è 4, mentre quello clinico è 6; per la “condotta” il punteggio subclinico è 4 e quello clinico è 5; per l’“iperattività” il *cut-off* subclinico è 6 e quello clinico è 8; rispetto al “rapporto coi pari”, il punteggio subclinico è 3, mentre quello clinico è 5; infine per la “prosocialità” un punteggio subclinico è 4, e quello clinico 3 (Marzocchi et al. 2002).

Questionario sul comportamento del bambino - Cbcl, 6-18 anni

Il questionario sul comportamento del bambino 6-18 anni (di seguito Cbcl) è utilizzato per la valutazione dei problemi emozionali e comportamentali e, in questo



studio, è stato compilato dai genitori (Cbcl/6-18-questionari per i genitori)¹. Per ogni voce che descrive un comportamento del bambino/adolescente è possibile assegnare un punteggio di 0 (non vero), 1 (in parte o qualche volta vero), 2 (molto vero o spesso vero) (Achenbach, 2001) (Allegato c). I questionari per l'età scolare consentono al clinico di analizzare il comportamento del bambino e dell'adolescente in base alle scale sulle competenze, alle scale sindromiche, e alle scale *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (Dsm)-oriented. Le scale per le competenze nella versione genitori sono: "attività", "socialità" e "scuola". Le scale sindromiche per l'età scolare sono: "ansia/depressione", "ritiro/depressione", "lamentele somatiche", "problemi sociali", "problemi di pensiero", "problemi di attenzione", "comportamento di trasgressione delle regole" e "comportamento aggressivo". È possibile, inoltre, ricavare informazioni sul funzionamento globale del bambino e dell'adolescente attraverso: a) la scala di "internalizzazione", data dalla somma dei punteggi alle prime tre scale; b) la scala di "esternalizzazione", data dalla somma dei punteggi alle ultime due scale; c) una scala "totale", data dalla somma dei punteggi a tutti gli items del questionario.

Le scale Dsm-oriented sono: "problemi affettivi", "problemi d'ansia", "problemi da deficit di attenzione/iperattività", "problemi di oppositività-provocazione", "problemi somatici", "problemi di condotta", "problemi ossessivi-compulsivi", "problemi di stress post-traumatico", "ritmo cognitivo rallentato" (non presente nel *Youth self report* - Ysr) e "qualità positive" (presente solo nel Ysr).

In caso di risultato positivo al questionario sulle capacità e difficoltà (Ssd positivo - Goodman, 2001) è stata richiesta la somministrazione del questionario sul comportamento del bambino (Cbcl) - 6-18 anni che consente di dettagliare la tipologia di disturbi che sono emersi all'Sdq.

In base a un algoritmo sono stati definiti dei "semafori" per identificare il livello di gravità dei problemi riportati dai genitori rispetto ai propri figli/e.

- Fuoco: indica un profilo di disregolazione clinicamente significativo. Si verifica quando almeno una delle seguenti condizioni è soddisfatta:
 - ansia/depressione ≥ 70 , problemi attentivi ≥ 70 , comportamento aggressivo ≥ 70

¹ Esiste anche una versione per il bambino/adolescente denominata *Youth self report*.



- oppure, la somma di ansia/depressione + problemi attentivi + comportamento aggressivo ≥ 210 .
- Rosso: segnala la presenza di almeno una tra le seguenti condizioni clinicamente significativa:
 - problemi internalizzanti, problemi esternalizzanti o problemi totali ≥ 70
 - oppure, la somma di ansia/depressione + problemi attentivi + comportamento aggressivo ≥ 180 .
- Giallo: indica un livello *borderline* quando almeno due delle seguenti scale sono superiori a un valore di soglia:
 - problemi internalizzanti, problemi esternalizzanti o problemi totali ≥ 65 .

2.2.6 Analisi statistica di variabili socio-economiche, demografiche e cliniche

I dati relativi al numero di casi di disagio o sofferenza psichica riportati dai genitori sono stati raccolti e analizzati, distinguendo tra quelli con insorgenza precedente e quelli con insorgenza successiva alla pandemia da Covid-19 (marzo 2020).

Le variabili socio-economiche, demografiche e cliniche sono state descritte mediante frequenze e percentuali per le variabili categoriche e medie e deviazioni standard per le variabili continue.

Il numero di bambini con Sdq positivo è stato descritto per regione, per ordine di scuola (*proxy* della classe di età), per tipo e dimensione del comune e per genere. Sono state descritte le variabili socioeconomiche dei genitori divisi per esito del questionario Sdq (esito positivo vs esito negativo). Le stesse analisi sono state condotte per esito del questionario Cbcl (semaforo fuoco, rosso, giallo e verde).



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

3. Risultati



3. Risultati

3.1 Partecipazione degli istituti scolastici

In tutte le cinque regioni partecipanti alla ricerca sono state invitate a partecipare all'indagine un totale di 12.686 istituzioni scolastiche tra primarie e secondarie di primo e di secondo grado. Il tasso di adesione, tuttavia, non ha raggiunto i livelli attesi. Nello specifico, la partecipazione delle scuole è stata del 3,6% in Lombardia, del 6,3% in Emilia-Romagna, del 3,6% in Toscana, del 3,5% in Campania e del 2,18% in Sicilia. Per quanto riguarda l'ordine scolastico, le scuole secondarie di primo grado hanno registrato la partecipazione più alta (4,7%), seguite dalle scuole primarie (4,3%). Le scuole secondarie di secondo grado, invece, hanno registrato il tasso di adesione più basso, pari al 2,9%. La maggiore partecipazione dei genitori delle scuole primarie è comprensibile in considerazione dell'età dei bambini: i genitori con bambini in fascia d'età 6-10 si trovano più probabilmente ad affrontare, per la prima volta, disagi o ritardi nel neurosviluppo. Risultano quindi maggiormente propensi a partecipare all'indagine rispetto a genitori di ragazzi nella fascia d'età 11-18.

Complessivamente, il numero di scuole partecipanti, ovvero quelle in cui almeno un genitore ha compilato un questionario, è di 459. Di queste, 141 si trovano in Lombardia, 106 in Emilia-Romagna, 98 in Campania, 60 in Toscana e 54 in Sicilia. La Figura 2 mostra la distribuzione delle scuole primarie, secondarie di primo grado

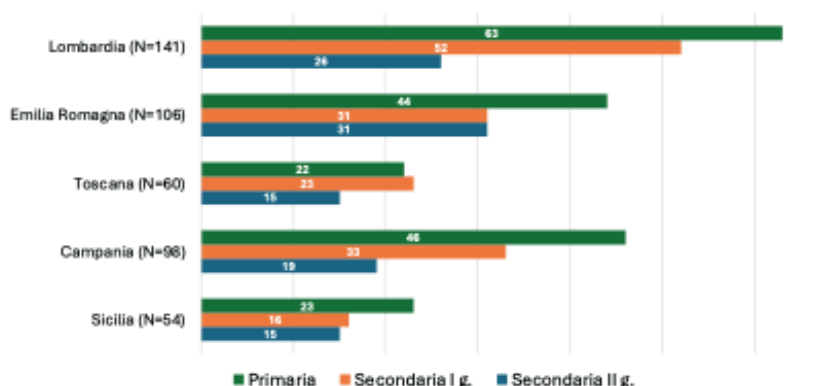


Figura 2 Scuole con almeno un questionario compilato, suddivise per ordine scolastico e regione (N=459)



e secondarie di secondo grado con almeno un questionario compilato, suddivise per ordine scolastico e regione.

In termini di partecipazione dei genitori all'interno delle scuole che hanno aderito all'indagine, osserviamo che la percentuale di questionari compilati sul numero di alunni per istituto scolastico risulta mediamente pari a 4,6% per le scuole primarie, pari a 4,3% per le scuole secondarie di primo grado e pari a 1,3% per le scuole secondarie di secondo grado.

È stata analizzata, poi, la distribuzione delle scuole partecipanti, suddividendole in base alla dimensione del comune di appartenenza per ciascuna regione. In termini percentuali, le scuole situate in comuni non capoluogo (N=9.972; 77%) hanno mostrato una maggiore adesione rispetto a quelle situate nei comuni capoluogo (N=2.914; 23%). Inoltre, sia nei comuni capoluogo che in quelli non capoluogo la partecipazione è risultata più elevata tra le scuole situate in comuni di grandi dimensioni (N=9.578; 76%) mentre è stata inferiore nelle istituzioni scolastiche situate in comuni più piccoli (N=3.108; 24%).

Le distribuzioni per tipologia e dimensione del comune sono simili anche quando suddivise per ordine scolastico (primaria, secondaria di I grado e secondaria di II grado). La partecipazione delle scuole appare comparabile, sia in base alla dimensione del comune che all'ordine scolastico, tra le diverse regioni.

3.2 Caratteristiche socio-demografiche dei genitori

L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche dei genitori partecipanti alla ricerca è molto importante per capire quali nuclei familiari hanno partecipato all'indagine, manifestando un bisogno di aiuto nella gestione dei disagi psichici.

Soltanto un numero limitato di genitori ha compilato il questionario socioeconomico. Su un totale di 3.207 questionari socio-demografici inviati, più della metà presenta dati mancanti relativi alla nazionalità (genitore compilatore: 57%; altro genitore non compilatore: 59%) e quasi l'80%, per entrambi i genitori, sul titolo di studio e condizione professionale. Tali dati riflettono la ridotta disponibilità dei rispondenti a fornire informazioni personali nelle indagini, specialmente se collegati a dati relativi alla salute mentale dei figli.

Un totale di 2.530 persone ha compilato lo *Strenght and difficulties questionnaire* (Sdq).



Di esse 2.487 sono genitori e sei sono tutori legali (per 37 rispondenti l'informazione genitore o tutore legale era mancante). Tra quelli che hanno risposto troviamo 640 genitori di nazionalità italiana e 15 di altre nazionalità; l'altro genitore risultava essere italiano per 623 volte e non italiano per 17. La quasi totalità dei rispondenti è composta da genitori italiani (97%).

Per quanto riguarda il livello d'istruzione dei genitori compilatori, si rileva una maggiore partecipazione dei genitori con una laurea o un titolo post-laurea (51%), seguono, al 42%, quelli con un diploma di scuola secondaria di primo grado e, al 7%, quelli con un diploma di scuola secondaria di primo grado o nessun titolo. Per quanto riguarda il livello d'istruzione dei genitori non compilatori, invece, si rileva una maggiore partecipazione dei genitori con un diploma di scuola secondaria di primo grado (48%), seguiti dal 27% dei genitori con una laurea o titolo post-laurea e dal 25% dei genitori con un diploma di scuola secondaria di primo grado o nessun titolo².

In merito alla situazione occupazionale, la maggior parte dei partecipanti risulta occupata (genitori compilatori: 84%; genitori non compilatori: 94%)³.

Per quanto riguarda, infine, le categorie professionali, i genitori compilatori risultano funzionari, dirigenti e impiegati ad alta specializzazione nel 39% dei casi, impiegati o operai generici nel 38% dei casi mentre rientra nella categoria "altro" il 22% dei genitori. Per i genitori non compilatori, la maggior parte dei rispondenti è composta da impiegati o operai generici (53%), seguiti da funzionari, dirigenti e impiegati ad alta specializzazione (32%) e "altro" (15%)⁴.

2 I valori assoluti relativi alla variabile titoli di studio dei genitori compilatori sono: 49 partecipanti dichiarano di avere un diploma di scuola secondaria di primo grado o nessun titolo, 299 partecipanti hanno un diploma di scuola secondaria di secondo grado, 275 hanno una laurea, 85 un titolo post-laurea. I valori assoluti relativi alla variabile titoli di studio dei genitori non compilatori sono: 167 hanno un diploma di scuola secondaria di primo grado o licenza elementare o nessun titolo, 327 hanno un diploma di scuola secondaria di secondo grado, 150 una laurea, 37 un titolo post-laurea.

3 Si riporta di seguito la distribuzione della variabile posizione lavorativa dei genitori compilatori: 52 risultano disoccupati, 2 in cerca di prima occupazione, 589 occupati, 4 pensionati e 53 appartenenti alla categoria "altro". Per i genitori non compilatori, la distribuzione è la seguente: 33 si dichiarano disoccupati, uno in cerca di prima occupazione, 606 occupati, 6 pensionati e uno appartiene categoria "altro".

4 Si riporta di seguito la distribuzione delle risposte dei genitori compilatori alla variabile posizione lavorativa: 70 si sono definiti in posizioni direttive /quadro/ funzionario, 26 dirigenti, 118 impiegati ad alta specializzazione, 180 impiegati generici, 16 operai specializzati, 15 operai generici e 123 appartengono alla categoria "altro". Per i genitori non compilatori, la distribuzione è la seguente: 71 si sono definiti in posizioni direttive quadro funzionario, 20 dirigenti, 77 impiegati ad alta specializzazione, 104 impiegati generici, 114 operai specializzati, 57 operai generici e 80 appartenevano alla categoria "altro".



L'esito positivo o negativo all'Sdq è stato descritto in base al titolo di studio (Figura 3) e alla condizione professionale (Figura 4) del genitore compilatore e dell'altro genitore non compilatore.

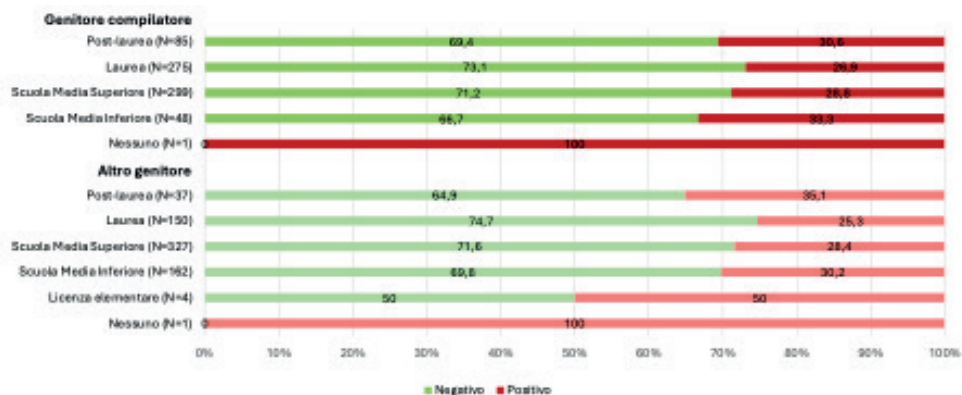


Figura 3 Strength and difficulties questionnaire (Sdq): esito positivo o negativo stratificato in base al titolo di studio del genitore compilante (N=708) e dell'altro genitore (N=681)



Figura 4 Strength and difficulties questionnaire (Sdq): esito positivo o negativo stratificato in base alla condizione professionale del genitore compilante (N=700) e dell'altro genitore (N=672)

L'esito positivo o negativo dell'Sdq non sembra influenzato né dal titolo di studio né dalla condizione professionale dei genitori. Tuttavia, questi risultati vanno interpretati con cautela, considerando l'elevata percentuale di dati mancanti dovuta alla mancata



compilazione delle variabili socio-demografiche da parte dei genitori.

3.3 Disagi o sofferenza psichica riferiti dai genitori nel periodo pre e post pandemia

I genitori hanno risposto a due domande relative ai disagi o alla sofferenza psichica dei propri figli, indicando anche il periodo di insorgenza.

Le domande erano:

- “Sua/o figlia/o ha mai sofferto/soffre di alcune delle seguenti patologie?”, con la possibilità di selezionare diverse opzioni di risposta.
- “Se sua/o figlia/o manifesta disagi o sofferenza psichica, sono emersi” con le opzioni: “prima dell'emergenza Covid (marzo 2020)” o “dopo l'emergenza Covid (marzo 2020)”.

La Figura 5 evidenzia che sono stati segnalati da parte dei genitori un totale di 1.235 disagi o sofferenze psichiche nei propri figli. Si noti che i genitori potevano riportare più di una condizione per il proprio figlio. Tra questi, l'ansia è risultata il disagio più frequentemente riportato (N=457), seguita da alterazioni del ritmo sonno-veglia (N=170), ritiro sociale (N=94), disturbi del comportamento alimentare (N=89), iperutilizzo problematico di videogiochi (N=76), disturbi della condotta (N=61) e disturbi del neurosviluppo (N=47). I genitori riferiscono che, per la maggior parte dei disturbi, i disagi o la sofferenza psichica dei figli essi sono emersi più frequentemente nel periodo post-pandemico, a eccezione dei disturbi del neurosviluppo.

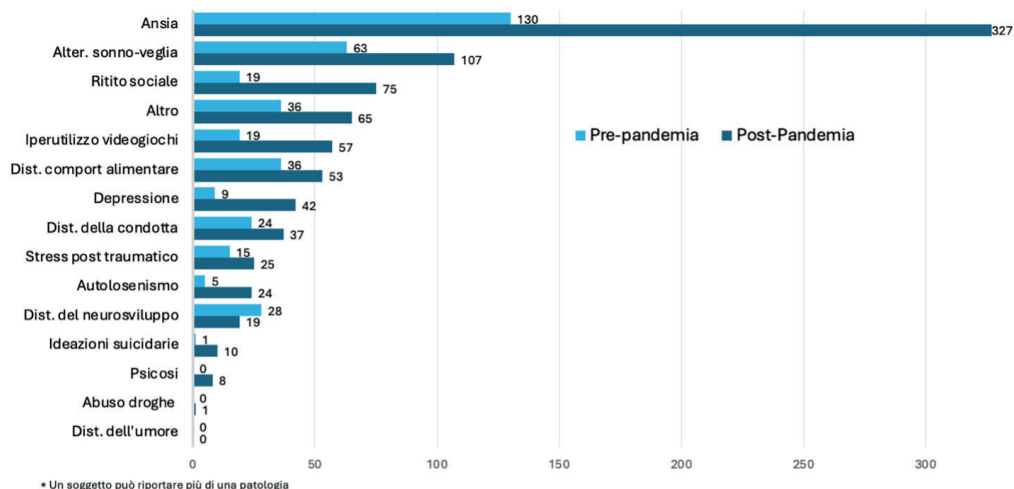


Figura 5 Tipo di patologie del figlio/a riportate dal genitore e periodo di insorgenza (pre-pandemia: N=385; post-pandemia: N=850)

La Figura 6 evidenzia che, complessivamente, i disagi o la sofferenza psichica sono stati riferiti più frequentemente dai genitori di studenti delle scuole secondarie di secondo grado, sia nel periodo pre-pandemico che nel periodo post-pandemico.

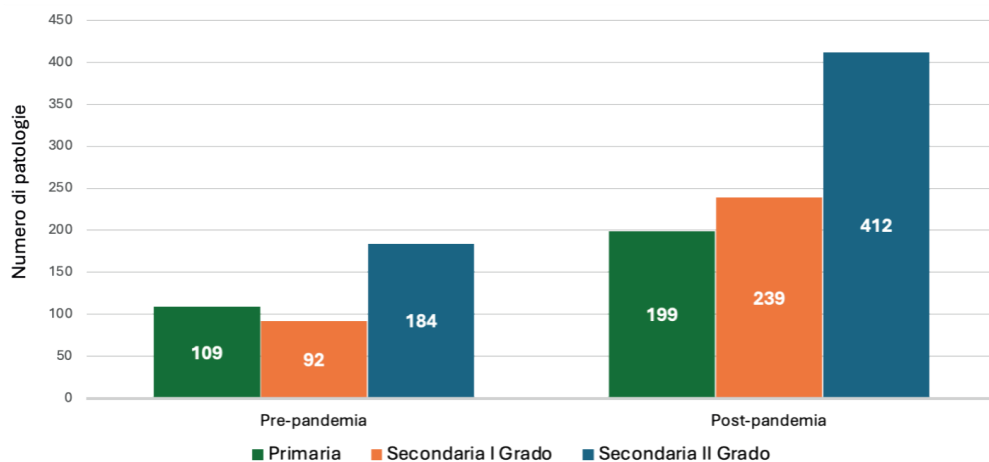


Figura 6 Somma delle patologie del figlio/a riportate dal genitore, stratificate per ordine scolastico e periodo di insorgenza (pre-pandemia: N=385; post-pandemia: N=850)



3.4 Questionario sulle capacità e sulle difficoltà (Sdq)

Il totale dei questionari Sdq compilati dai genitori è di 2.530. Di questi, il 31,26% (791 questionari) ha riportato un risultato positivo, mentre il 68,74% (1.739 questionari) ha mostrato un esito negativo (Figura 7). Un risultato è stato classificato come positivo se la scala totale rientrava nelle categorie “border” o “clinica”, oppure se almeno una delle scale presentava un punteggio clinico, o ancora se almeno una scala era classificata come “border” e la scala “impatto” aveva un punteggio pari o superiore a 1. Questi dati devono essere interpretati tenendo conto che, su un totale di 3.207 questionari inviati, il 21% (N=677) dei questionari Sdq risulta mancante..

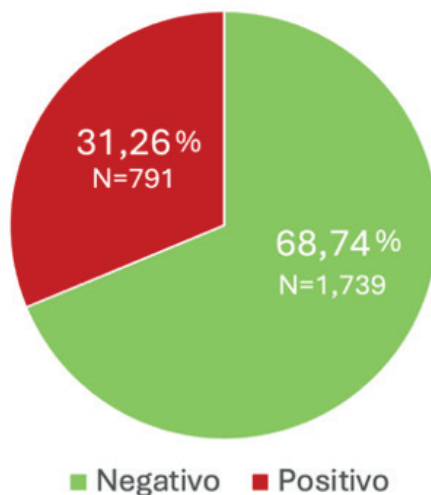


Figura 7 Esito positivo e negativo dello Strength and difficulties questionnaire (Sdq) (N=2.530)

La distribuzione per ordine di scuola evidenzia che la percentuale più alta di Sdq con esito positivo si riscontra negli istituti scolastici secondari di secondo grado (41%), seguita dal 32% nelle scuole di primo grado e dal 24% nelle scuole primarie. Questi dati suggeriscono che gli adolescenti, nella fascia di età più avanzata, presentano livelli di sofferenza e/o disagio superiori rispetto ai bambini più piccoli (Figura 8).

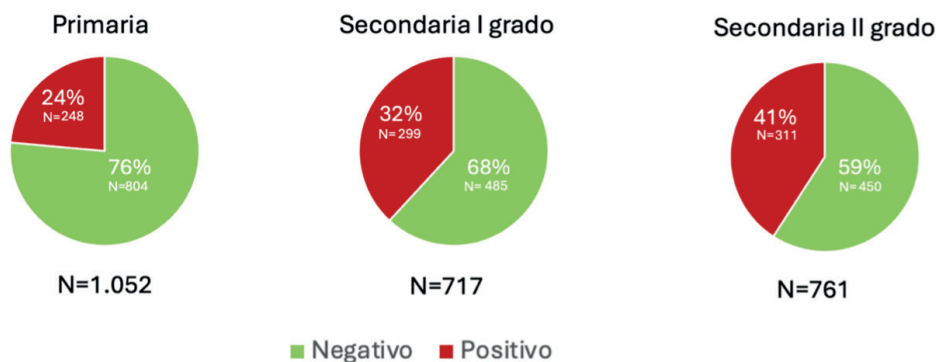


Figura 8 Strength and difficulties questionnaire (Sdq): percentuali dell'esito positivo o negativo stratificato in base all'ordine scolastico (N=2.530)

Dalle analisi condotte stratificando i dati per regione e per dimensione del comune non emergono differenze sostanziali. Le percentuali degli esiti positivi e negativi della Sdq si mantengono costanti e non risultano influenzate dalla regione di appartenenza né dalla dimensione del comune (capoluogo o non capoluogo, piccolo o grande).

L'esito dell'Sdq non mostra differenze significative in base al genere. Su un totale di 1.195 femmine, l'Sdq risulta positivo nel 30% dei casi e su 1.333 maschi si ha un esito positivo nel 33%. Tuttavia, quando il risultato positivo dell'Sdq viene stratificato per grado di scuola e genere, si osservano più Sdq positivi tra le femmine (43%) della scuola secondaria di secondo grado rispetto ai maschi dello stesso grado scolastico (39%) (Figura 9).

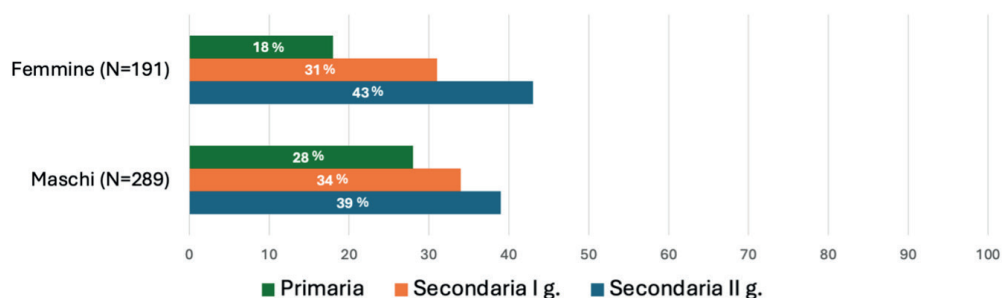


Figura 9 Strength and difficulties questionnaire (Sdq): percentuali dell'esito positivo stratificate in base al grado scolastico e al genere (N=2.530).

Le percentuali di risultati positivi all'Sdq sono simili tra genitori con diversi livelli d'istruzione, confermando la sensibilità dello strumento e la sua facilità di compilazione, indipendentemente dalle competenze del compilatore.

3.5 Questionario sul comportamento del bambino (Cbcl)

Su tutti i soggetti positivi all'Sdq (Goodman, 2001) è stata richiesta la somministrazione del questionario sul comportamento del bambino (Cbcl) - 6-18 anni che consente di dettagliare la tipologia di disturbi che sono emersi all'Sdq.

In base a un algoritmo sono stati definiti dei “semafori” per identificare il livello di gravità dei problemi riportati dai genitori rispetto ai propri figli/e:

- fuoco: indica un profilo di disregolazione clinicamente significativo. Si verifica quando almeno una delle seguenti condizioni è soddisfatta:
 - ansia/depressione ≥ 70 , problemi attentivi ≥ 70 , comportamento aggressivo ≥ 70 ;
 - oppure, la somma di ansia/depressione + problemi attentivi + comportamento aggressivo ≥ 210 .
- Rosso: segnala la presenza di almeno una tra le seguenti condizioni clinicamente significativa:
 - problemi internalizzanti, problemi esternalizzanti o problemi totali ≥ 70 ;

- oppure, la somma di ansia/depressione + problemi attentivi + comportamento aggressivo ≥ 180 .
- Giallo: indica un livello “borderline” quando almeno due delle seguenti scale sono superiori a un valore di soglia:
 - problemi internalizzanti, problemi esternalizzanti o problemi totali ≥ 65 .

Su 636 genitori che hanno compilato il questionario Cbcl, il 10,22% (N=65) ha ottenuto un semaforo fuoco e il 45,75% (N=291) un semaforo rosso (Figura 10). Questi dati devono essere interpretati tenendo conto che 155 Cbcl presentavano dati mancanti che non consentivano il calcolo dell'algoritmo.

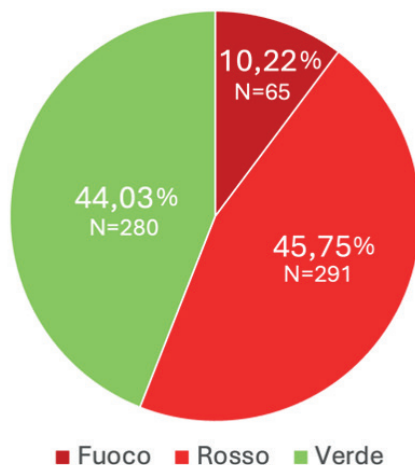


Figura 10 Semafori fuoco, rossi e verdi del Child behavior checklist (Cbcl) (N=636)

Dalle analisi condotte stratificando i dati per regione e per dimensione del comune non emergono differenze sostanziali. Le percentuali dei semafori della Cbcl si mantengono costanti e non risultano influenzate dalla regione di appartenenza né dalla dimensione del comune (capoluogo o non capoluogo, piccolo o grande).

Inoltre, non sono presenti differenze sostanziali in base al genere dello studente. Su 286 femmine, un semaforo fuoco si riscontra nel 11% dei casi, mentre un semaforo rosso nel 45%. Per i 349 maschi, rispettivamente, si osservano 10% di casi di semaforo fuoco e 46% di semaforo rosso.

La distribuzione per ordine di scuola evidenzia che la percentuale più alta di semafori



fuoco e rossi si riscontra negli istituti scolastici secondari di secondo grado (10% e 49%, rispettivamente), seguita dal 10% e 47% nelle scuole primarie e dal 10% e 41% nelle scuole secondarie di primo grado. Questi dati suggeriscono che gli adolescenti nella fascia di età più avanzata presentano, come rilevato anche dall'Sdq, livelli di sofferenza e/o disagio superiori rispetto ai bambini più piccoli (Figura 11).

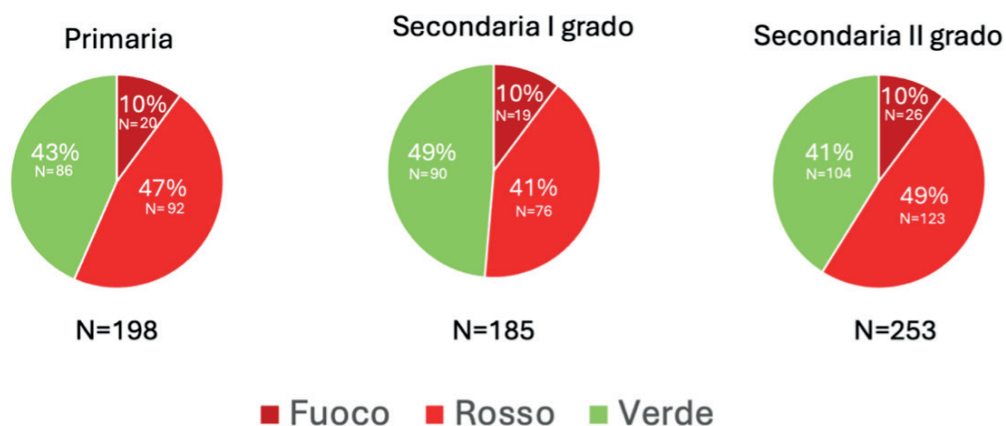


Figura 11 Semafori fuoco, rossi e verdi del Child behavior checklist (Cbel) (N=636) stratificati in base all'ordine scolastico

Stratificando la somma dei semafori rossi e fuoco della C per genere e grado scolastico, si osserva una maggiore prevalenza tra le femmine della scuola secondaria di secondo grado (51%) rispetto ai maschi nello stesso grado scolastico (34%). Al contrario, nella scuola primaria i semafori rossi e fuoco sono più frequenti nei maschi (38%) rispetto sia ai maschi della scuola secondaria (34%) sia alle femmine nello stesso grado scolastico (22%) (Figura 12)

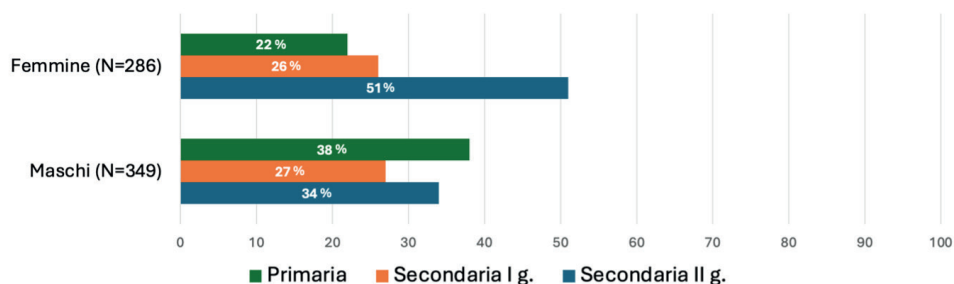


Figura 12 Child behavior checklist (CbcI): percentuali dei semafori fuoco e rossi stratificate in base all'ordine scolastico e al genere (N=635, un soggetto con informazioni mancanti per genere)

La Figura 13 mostra nel dettaglio i punteggi delle scale della Cbcl, evidenziando alcune differenze in specifiche aree comportamentali in bambini e adolescenti nelle diverse fasce di età. Risultano essere più frequenti ansia/depressione, ritiro/depressione, lamentele somatiche, problemi affettivi, problemi d'asia, problemi somatici, problemi di stress post-traumatico e ritmo cognitivo rallentato negli studenti delle scuole secondarie di secondo grado rispetto alle altre fasce di età. Il comportamento aggressivo risulta più frequente nei bambini frequentanti la scuola primaria.

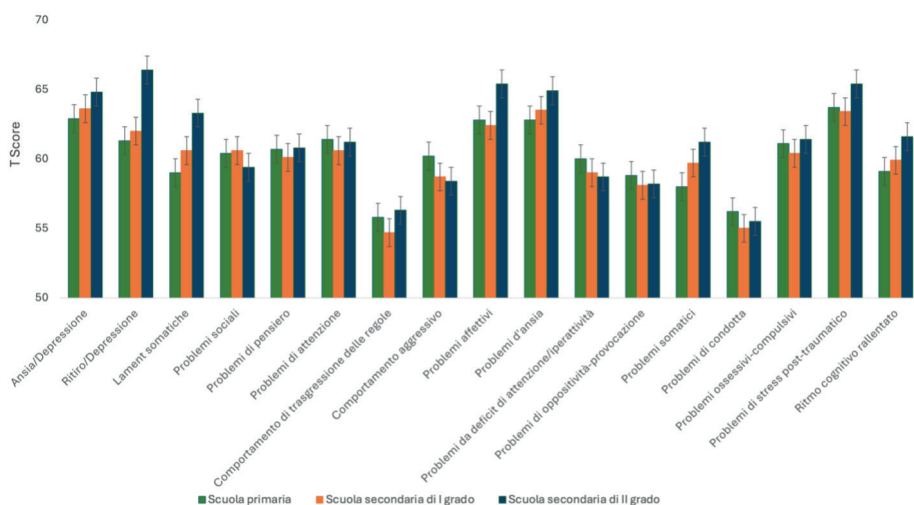


Figura 13 Punteggi T-score medi delle scale del Child behavior checklist (CbcI) (N=636) per grado scolastico



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

4. Conclusioni



4. Conclusioni

Il presente report costituisce la seconda e ultima fase della ricerca triennale promossa dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza sull'impatto che la pandemia da Covid-19 ha avuto sulla salute mentale di bambini e ragazzi. Essa riporta i risultati dell'indagine volta a stimare le problematiche di salute mentale in bambini e adolescenti in un campione di soggetti afferenti alle scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado di cinque regioni italiane - Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania e Sicilia - nel periodo post-pandemico. L'indagine è stata condotta tramite la somministrazione dei questionari standardizzati *Strength and difficulties questionnaire* (Sdq) e *Child behavior checklist* (Cbcl).

La collaborazione del Ministero dell'istruzione e del merito e delle scuole è stata fondamentale per trasmettere ai genitori le informazioni sul progetto. I genitori, su base volontaria, hanno aderito all'indagine e, in caso di necessità, hanno avuto la possibilità di accedere a un consulto specialistico. I dati potrebbero riflettere la risposta di famiglie che percepiscono un disagio nel proprio figlio/figlia e che potrebbe necessitare di un intervento nel sistema di presa in carico. È importante sottolineare che il campione non è rappresentativo della popolazione generale, come evidenziato dai dati esistenti sulle risposte positive al Sdq nella popolazione generale, confermando che la popolazione di riferimento è selezionata.

La metodologia dello studio fonda le proprie basi sulle indagini preliminari condotte nella prima fase del progetto, sull'analisi della letteratura corrente e sull'uso di strumenti standardizzati e informatizzati.

La scelta dei questionari standardizzati Sdq e Cbcl è stata effettuata sulla base di studi antecedenti con finalità di indagine epidemiologica a livello nazionale (Frigerio et al., 2006; 2009). Inoltre, i suddetti questionari si rivelano strumenti efficaci per la conduzione di indagini di questo tipo (Theunissen et al., 2019; Nakamura et al., 2009), consentendo di individuare difficoltà legate alla salute mentale attraverso la compilazione da parte dei genitori, indipendentemente dal loro livello di istruzione. Nel presente studio, le percentuali di risultati positivi all'Sdq si sono rivelate simili tra genitori con alti e bassi livelli di istruzione, confermando la sensibilità dello strumento e la sua facilità di compilazione, indipendentemente dalle competenze del compilatore. La gestione dei dati è avvenuta in maniera informatizzata, tramite l'accesso a una

piattaforma specificamente creata che ha permesso non solo la raccolta dei dati ma anche l'analisi automatizzata dei questionari, supplendo a eventuali errori di raccolta manuale. Inoltre, attraverso la piattaforma informatica è stato possibile organizzare incontri da remoto per i genitori i cui risultati dei questionari erano clinicamente significativi, rispondendo alle esigenze organizzative delle famiglie.

La selezione del campione è stata condotta tenendo conto delle importanti informazioni preliminari ottenute attraverso i focus group (Agia, 2022; Scattoni et al., 2023), che hanno suggerito di considerare come variabili di stratificazione della popolazione di studenti, nella fascia 6-18 anni, sia la dimensione del comune che l'ordine di scuola come proxy della fascia di età. Sono state incluse infatti sia scuole primarie che secondarie di I e II grado, per intercettare studenti di ogni età, in particolare quelli che, come emerso dai focus group, avevano sofferto di più, ovvero gli studenti che avevano affrontato anni di transizione da un ordine scolastico all'altro. Sono state inoltre incluse scuole provenienti da comuni piccoli e grandi, al fine di intercettare popolazioni di studenti provenienti da setting urbani ed extraurbani, rappresentativi di tutto il territorio nazionale.

È importante considerare, a tal proposito, che la partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria da parte dei genitori, che hanno accolto l'invito veicolato dalle istituzioni scolastiche a compilare i questionari online e a usufruire eventualmente di un consulto specialistico, per orientarsi rispetto alle difficoltà dei propri figli. Tale azione ha rappresentato un'importante opportunità per le famiglie che si trovavano in stato di necessità rispetto alle difficoltà di salute mentale dei bambini e ragazzi. In tal senso, è possibile ipotizzare che le famiglie che hanno partecipato allo studio siano state prevalentemente quelle che si trovavano in uno stato di allarme e che, di fronte a un'opportunità di ascolto hanno aderito. Pur se la partecipazione di queste famiglie e i risultati conseguentemente ottenuti potrebbero non costituire un dato rappresentativo di tutta la situazione nazionale, essi, tuttavia, raccolgono un'importante fotografia di un bisogno inespresso e del disagio che le famiglie stanno affrontando a causa dei recenti eventi pandemici. In tal senso, il progetto si è posto non solo come un'azione di ricerca scientifica ma anche come base per una futura azione di sanità pubblica di supporto alle famiglie.

La metodologia rigorosa con cui è stato condotto lo studio ha portato infatti alla possibilità di intercettare una fetta di popolazione minorile che attualmente soffre



di problematiche relative alla salute mentale e di esplorare le concomitanti variabili socio-demografiche associate.

Da notare che la partecipazione delle scuole è stata più bassa di quanto atteso. Hanno aderito complessivamente 459 scuole, senza distinzione di adesione tra le diverse regioni, ma con una più alta partecipazione delle scuole provenienti da comuni grandi, non capoluogo. I dati socio-demografici relativi ai genitori sono stati solo parzialmente compilati, tuttavia è stato possibile rilevare, sulla base dei dati raccolti, come il titolo di studio e la condizione professionale dei genitori non abbiano influenzato l'esito del questionario Sdq, confermando la validità di tale strumento.

Dall'analisi dei disagi o della sofferenza psichica riferiti dai genitori nel periodo pre e post-pandemia, si evince che questi sono stati riportati più frequentemente dai genitori di studenti delle scuole secondarie di secondo grado, sia nel periodo pre-pandemico che in quello post-pandemico. In particolare, l'ansia è risultata il disagio più frequentemente riportato, seguita da alterazioni del ritmo sonno-veglia, ritiro sociale, disturbi del comportamento alimentare, iperutilizzo problematico di videogiochi, disturbi della condotta e disturbi del neurosviluppo.

Su un totale di 2.530 questionari Sdq compilati, nel 31,24% dei casi l'esito è stato positivo e i genitori sono stati invitati a compilare anche il questionario Cbcl. Questi dati evidenziano una significativa proporzione di partecipanti che richiedono ulteriori valutazioni e interventi, sottolineando l'importanza di monitorare e supportare il benessere psicologico dei bambini e dei ragazzi coinvolti. Nel precedente studio italiano di Donato et al (2021) che ha indagato lo stato di salute mentale in una popolazione di 3002 ragazzi (età media di 15,2 anni) proveniente da due centri urbani italiani (Napoli e Brescia) la prevalenza di Sdq positivi si attestava sul 17,8%. I risultati presentati in questo report riportano una prevalenza del 31,24%, e, considerata la bassa adesione allo studio e la possibilità che i genitori maggiormente in stato di necessità abbiano risposto più frequentemente all'indagine, appaiono riflettere lo stato di allarme di un gruppo di genitori e non possono essere considerati dati di prevalenza della popolazione minorenni italiana.

Inoltre, si è registrato che il 41% dei questionari con Sdq positivo riguardano ragazzi che afferiscono a scuole secondarie di secondo grado, mentre il 32% frequentano scuole di primo grado e il 24% scuole primarie, evidenziando una più alta sofferenza e/o disagio nei ragazzi adolescenti. Non emergono differenze significative tra regioni,



comuni o in base al genere. Tuttavia, si è riscontrata una maggiore percentuale di risultati positivi all'Sdq tra le femmine della scuola secondaria di secondo grado rispetto ai maschi dello stesso grado scolastico.

I risultati della somministrazione del questionario Cbcl mostrano che in totale, su 636 questionari Cbcl compilati, il 10,22% (N=65) ha ottenuto un semaforo fuoco e il 45,75% (N=291) un semaforo rosso. In particolare, le scuole secondarie di secondo grado riportano la più alta percentuale di semafori fuoco e rossi (rispettivamente il 10% e 49%) mentre nelle scuole primarie sono risultati essere rispettivamente il 10% e 47%, infine nelle scuole secondarie di primo grado sono risultati essere il 10% e 41%. Anche in questo caso non si sono registrate differenze in base alle regioni o alla tipologia di comune, o in base al genere. Sebbene i dati raccolti non consentano di produrre stime di prevalenza o di costruire *score* di rischio su scala nazionale a causa della limitata adesione allo studio, i risultati evidenziano chiaramente la necessità urgente di una presa in carico da parte dei servizi per una parte della popolazione. In particolare, gli adolescenti risultano essere il gruppo più colpito, senza differenze significative a livello geografico o in base al tipo di *setting* urbano.

Questi risultati sono in linea con le evidenze pubblicate di recente a livello internazionale. Studi europei hanno rilevato, utilizzando il questionario Sdq, un significativo aumento dei sintomi emotivi tra gli adolescenti durante i periodi di *lockdown* (Bosch et al., 2022), con una maggiore incidenza tra le femmine. Per i maschi, invece, è stato documentato un incremento significativo dei sintomi di iperattività (Loy et al., 2024), oltre a un aumento dei problemi di condotta, dell'iperattività e delle difficoltà nelle relazioni con i coetanei (Hu & Qian, 2021). Anche i risultati di indagini condotte tramite la somministrazione dello strumento Cbcl confermano un peggioramento dei livelli di salute mentale di bambini e ragazzi, in particolare in termini di aumento delle problematiche di tipo internalizzante (ansia, depressione) ed esternalizzante (ADHD, problemi comportamentali) (Blackwell et al., 2024).

Da questa analisi si aprono importanti finestre di riflessione. I bambini e i ragazzi italiani stanno ancora soffrendo in termini di salute mentale le conseguenze della pandemia e delle restrizioni a essa associate che hanno coinvolto anche le loro famiglie. La tutela della salute mentale, infatti, è strettamente collegata allo stato di salute generale delle famiglie, le quali hanno dovuto affrontare importanti sfide connesse alla pandemia, in termini lavorativi, organizzativi, gestionali e di salute mentale.



Appare fondamentale in tal senso, al fine di tutelare la salute mentale di bambini e ragazzi, tutelare *in primis* il benessere delle famiglie, tramite azioni di welfare circolare e sussidiario. Migliorare i sistemi di welfare, infatti, è essenziale per proteggere la salute mentale delle famiglie, favorendo una popolazione più sana e resiliente (Senior et al., 2019). La resilienza delle famiglie è strettamente legata, inoltre, alla consapevolezza e alla formazione in ambito di benessere psicologico e salute mentale. Aumentare la capacità di riconoscere i segnali di allarme dei bambini e dei ragazzi e la capacità di accoglierli e intervenire nel contesto casalingo è di fondamentale importanza per assicurare la messa in atto di strategie a supporto dei minori ed eventualmente, nei casi di maggiore bisogno, per assicurare la tempestiva richiesta di aiuto ai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza da parte delle famiglie. Promuovere iniziative di formazione per i genitori sulla salute mentale dei bambini e dei ragazzi è quindi cruciale. Allo stesso modo, aumentare la consapevolezza dei bambini e ragazzi stessi sull'importanza delle emozioni e del benessere psicologico concorre a far sì che la salute mentale occupi un ruolo di rilievo all'interno delle famiglie.

È interessante notare come, nonostante la bassa adesione, il contesto scolastico si sia rivelato idoneo alla partecipazione dei genitori allo studio e abbia visto la collaborazione dei dirigenti nel veicolare le informazioni. In tal senso la scuola, come anche evidenziato nei focus group (Agia, 2022; Scattoni et al., 2023), è un contesto privilegiato nell'individuazione precoce di problematiche di salute mentale e può rappresentare il luogo in cui accogliere le prime richieste di aiuto. Appare fondamentale promuovere azioni volte a potenziare le competenze, in materia di salute mentale, degli insegnanti e dei dirigenti scolastici che rappresentano spesso la figura di primo ascolto per bambini/ragazzi e famiglie.

L'Istituto superiore di sanità ha diffuso a tal proposito un importante strumento formativo *Salute mentale a scuola: un manuale* (<https://www.iss.it/en/-/progetto-iss-salute-mentale-1>), nell'ambito dell'Accordo di collaborazione per la realizzazione del progetto: *"Effetti dell'emergenza pandemica Covid-19 sui minori di età: Strategie di prevenzione e contrasto delle problematiche di salute mentale e delle dipendenze"*. Il suddetto manuale, traduzione e adattamento dall'inglese dell'omonimo manuale dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), costituisce un'azione pubblica di supporto formativo per i docenti, al fine di aumentare la consapevolezza e le competenze in materia di salute mentale, con finalità preventive e di primo intervento. Strumenti formativi di



questo genere rappresentano, insieme ad altre azioni di formazione residenziale e universitaria, azioni fondamentali per promuovere il neurosviluppo e la salute mentale, supportare la crescita sana di bambini e ragazzi e migliorare la generale qualità della vita degli studenti e delle famiglie tramite l'azione del corpo docente. Gli insegnanti non sono deputati a dover diagnosticare o trattare soggetti con difficoltà nell'ambito della salute mentale; tuttavia rappresentano le figure spesso più vicine ai bambini e ragazzi, quelle con cui questi passano molto tempo durante la giornata e in tal senso dovrebbero poter essere formati circa le problematiche di neurosviluppo e salute mentale.

Intercettare, riconoscere, attuare strategie efficaci e indirizzare ai servizi specialistici, qualora necessario, rappresentano infatti azioni di prevenzione e cura fondamentali. Sempre nell'ottica di supportare bambini e ragazzi nell'ambiente scolastico, appare importante riflettere sulla possibilità di istituire strategicamente e capillarmente la figura dello psicologo scolastico, al fine di dare un primo, tempestivo ed efficace ascolto alle problematiche di salute mentale degli studenti, in collaborazione con gli insegnanti. La figura dello psicologo scolastico dovrebbe essere parte delle équipe psicologiche territoriali e inserirsi pienamente nell'équipe socio-sanitaria che prende in carico tali problematiche, assolvendo all'importantissimo compito di intercettare precocemente i soggetti vulnerabili, dare una prima risposta di ascolto e indirizzare le famiglie e i bambini/ragazzi verso gli interventi e i servizi più appropriati per gli specifici bisogni.

Inoltre, avere a disposizione in maniera strutturale personale qualificato nell'ambito della salute mentale potrebbe aiutare a ridurre lo stigma associato a problematiche di questo tipo e la reticenza, in alcuni contesti, a rivolgersi a servizi specialistici, aumentando la consapevolezza e la cultura della crescita sana anche da un punto di vista psicologico e del neurosviluppo. L'indirizzamento precoce e tempestivo ai consulti specialistici trova luogo ove i servizi abbiano la possibilità di accogliere le richieste di aiuto. In tal senso appare fondamentale il potenziamento dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza con assunzioni di personale, per ridurre le liste di attesa e per permettere alle famiglie di avere una risposta idonea.

I lunghi tempi di attesa non solo non permettono di prendere in carico i soggetti vulnerabili tempestivamente, ma aumentano il senso di solitudine delle famiglie che si trovano ad affrontare problematiche di questo tipo, diminuendo la fiducia nei servizi



e nei professionisti, per i quali la costruzione di *compliance* salde e durature è alla base degli interventi stessi. Inoltre, il sovraccarico di lavoro per i pochi professionisti presenti nel Servizio sanitario nazionale aumenta i casi di *burn-out* professionale e non permette la corretta presa in carico di tutte le richieste di aiuto.

È evidente come il sistema del welfare, il sistema scolastico e quello sanitario contribuiscano congiuntamente alla tutela del neurosviluppo e della salute mentale di bambini e ragazzi. Per ottenere risultati concreti sono necessarie azioni strategiche e coordinate, che tengano ben in evidenza che la tutela socio-economica delle famiglie tutela indirettamente il neurosviluppo e la salute mentale di bambini e ragazzi, così come le iniziative scolastiche e l'offerta di cura le tutelano direttamente. La visione del problema deve essere globale, con l'obiettivo di indirizzare le azioni strategiche d'intervento a livello locale in modo equo e uniforme.

L'articolo 32 della Costituzione italiana definisce la tutela della salute quale diritto fondamentale del cittadino e in tal senso le azioni del Ministero della salute, del Ministero dell'istruzione e del merito e del Ministero del lavoro e delle politiche sociali rappresentano il punto di raccordo per mettere in atto appropriate strategie. È necessario che le politiche di sostegno al neurosviluppo e alla salute mentale di bambini e ragazzi prevedano azioni capillari e congiunte, eguali su tutto il territorio nazionale. Le strategie di supporto dovrebbero essere volte ad assicurare ai bambini e ai ragazzi un ambiente sano in cui crescere tramite azioni deputate a sostenere le famiglie, un ambiente accogliente in cui formare, tramite azioni deputate a formare il personale scolastico e un ambiente efficiente in cui curarsi tramite azioni deputate a rafforzare i servizi.



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

5.

Le raccomandazioni dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza



5. Le raccomandazioni dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza

Le raccomandazioni dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza si rivolgono al Governo nazionale, delle autorità regionali e a tutte le altre istituzioni che operano nell'ambito del neurosviluppo e della salute mentale dei minorenni, con l'obiettivo di indirizzare le loro decisioni e politiche, garantendo che i diritti dei bambini e dei ragazzi siano tutelati, indipendentemente dalla loro condizione personale, familiare, sociale o dalla loro provenienza geografica.

Queste raccomandazioni rivestono particolare importanza poiché trattano temi fondamentali come il neurosviluppo, il benessere psicologico e la salute mentale dei bambini e dei ragazzi nell'ambito scolastico. Inoltre, si basano su una ricerca quantitativa che ha evidenziato le preoccupazioni dei genitori riguardo alla salute mentale dei loro figli.

Raccomandazione generale

L'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza raccomanda che tutti i servizi e gli interventi di prevenzione e cura dei disturbi del neurosviluppo e della salute mentale dei minorenni vengano adeguatamente potenziati per rispondere in modo efficace ai crescenti bisogni dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie. Questo dovrebbe avvenire in conformità con i principi di specificità, partecipazione, eguaglianza, continuità e autonomia, che derivano dai principi fondamentali della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Inoltre, tali interventi dovrebbero essere accompagnati da attività mirate alla promozione del neurosviluppo, del benessere psicologico e della salute mentale, con particolare attenzione alle situazioni di vulnerabilità nei contesti scolastici, come le malattie croniche, la disabilità, la migrazione, la povertà economica o socioeducativa, lo svantaggio socio-culturale e altre condizioni simili.

Raccomandazioni specifiche

La raccomandazione generale, che si applica a tutti gli ambiti istituzionali e i contesti, è ulteriormente articolata in raccomandazioni specifiche, mirate a settori particolari e progettate come parte di un *continuum* dinamico volto a migliorare il sistema di



promozione della salute, prevenzione, accoglienza e cura del neurosviluppo e della salute mentale nell'età evolutiva.

Raccomandazione specifica I. Sviluppare azioni coordinate al fine di supportare il welfare per le famiglie.

Si raccomanda :

alla Presidenza del Consiglio dei ministri

- di promuovere una strategia nazionale integrata per il neurosviluppo e la salute mentale che metta al centro il benessere delle famiglie.
- di istituire un tavolo interministeriale permanente per il monitoraggio e il miglioramento delle politiche di welfare circolare e sussidiario.
- di promuovere campagne mirate a ridurre lo stigma sul neurosviluppo e la salute mentale, con particolare attenzione al benessere familiare.

Al Ministero della salute

- di implementare programmi di prevenzione e intervento precoce per il benessere psicologico e il neurosviluppo dei bambini/adolescenti e delle loro famiglie.
- di sostenere la formazione continua degli operatori sanitari per affrontare le nuove esigenze emerse post-pandemia.
- di realizzare un monitoraggio continuo, anche tramite piattaforme informatiche dedicate, dello stato di salute mentale dei bambini e ragazzi e una valutazione dell'efficacia degli interventi e di individuare aree di miglioramento.

Al Ministero dell'istruzione e del merito

- di implementare programmi di prevenzione e ascolto per il benessere psicologico e il neurosviluppo dei bambini e adolescenti.
- di sostenere la formazione continua degli operatori scolastici per affrontare le nuove esigenze emerse post-pandemia.

Al Ministero del lavoro e delle politiche sociali

- di rafforzare i sistemi di congedo parentale e di sostegno economico per le fa-



miglie, specialmente in situazioni di vulnerabilità.

- di promuovere misure per la conciliazione tra vita lavorativa e familiare, specialmente in presenza di situazioni di fragilità e problematiche del neurosviluppo/salute mentale.
- **di** incentivare iniziative di welfare aziendale volte al benessere psicologico dei lavoratori e delle loro famiglie.

Al Ministero dell'economia e delle finanze

- di incrementare le risorse economiche destinate ai servizi di welfare psicologici, di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, delle dipendenze e di salute mentale, garantendo finanziamenti stabili e strutturati.
- di agevolare fiscalmente le famiglie che usufruiscono di servizi di supporto psicologico e/o di supporto specialistico sanitario.
- **di** prevedere incentivi per le regioni e i comuni che sviluppino progetti innovativi in ambito di welfare familiare.

Conferenza delle regioni e delle province autonome

- di coordinare e uniformare le politiche di welfare e salute mentale su tutto il territorio nazionale per ridurre le disuguaglianze regionali.
- di promuovere la condivisione interregionale di buone pratiche *evidence-based* che favoriscano il benessere delle famiglie e dei minori.
- di incentivare collaborazioni tra enti pubblici, privati e del terzo settore per costruire reti locali di supporto alle famiglie.

Raccomandazione specifica 2. Formazione dei docenti e dei dirigenti scolastici

Si raccomanda:

Al Ministero dell'istruzione e del merito

- di introdurre corsi di formazione e di aggiornamento periodico per docenti e personale scolastico sulla gestione del disagio psicologico, dei disturbi del neurosviluppo e di salute mentale e sull'inclusione scolastica e sulle strategie di supporto



per studenti in difficoltà, per affrontare le nuove esigenze emerse post-pandemia.

- di redigere linee di indirizzo nazionali per affrontare i bisogni educativi e psicosociali degli studenti, adattabili ai contesti regionali.
- di offrire agli educatori e insegnanti percorsi formativi su come promuovere la resilienza, il benessere emotivo, il neurosviluppo e le competenze relazionali degli studenti.
- di promuovere e valorizzare i patti educativi di comunità, quali strumenti per favorire un modello di scuola partecipata in cui tutta la comunità educante è coinvolta nel processo di promozione del neurosviluppo, del benessere psicologico e della salute mentale.

Al Ministero dell'università e della ricerca

- di potenziare, nei programmi di formazione universitaria per insegnanti e professionisti educativi, le conoscenze di base sulla salute mentale, sul neurosviluppo, sul benessere psicologico, sulle difficoltà psicosociali e sulle strategie di supporto per studenti in difficoltà.
- di promuovere studi e ricerche sul benessere psicologico a scuola e sulla formazione degli insegnanti, per affrontare le nuove sfide educative.

Al Ministero della salute

- di collaborare con il Ministero dell'istruzione e del merito per includere professionisti della salute mentale in maniera strutturale nelle scuole di ogni ordine e grado a disposizione dei ragazzi, promuovendo una logica proattiva e non solo a sportello.
- di formare docenti e operatori scolastici a riconoscere e gestire i segnali di disagio psicologico, dei disturbi del neurosviluppo e di salute mentale in ambito scolastico, fornendo loro strumenti di primo intervento e reti di riferimento.
- di creare modelli di intervento congiunti tra scuole e servizi sanitari per garantire un supporto integrato.

Al Ministero del lavoro e delle politiche sociali

- di promuovere iniziative per il benessere psicologico del personale scolastico,



garantendo un contesto lavorativo più resiliente.

Raccomandazione specifica 3. Formazione di genitori e degli studenti

Si raccomanda:

Al Ministero dell'istruzione e del merito

- di introdurre nei *curricula* scolastici argomenti sul neurosviluppo, il benessere psicologico, la gestione delle emozioni, la gestione dei conflitti e le relazioni interpersonali.

Al Ministero del lavoro e delle politiche sociali

- di promuovere percorsi formativi gratuiti per genitori di bambini e adolescenti con difficoltà o disturbi del neurosviluppo, finalizzati a fornire strumenti pratici per la gestione quotidiana e il supporto educativo.

Al Ministero della salute

- di potenziare campagne informative nazionali per aumentare la consapevolezza sull'importanza del coinvolgimento attivo dei genitori nella promozione del benessere psicologico, del neurosviluppo e della salute mentale dei figli.
- di promuovere piattaforme online con corsi e materiali didattici specifici per genitori e figli, accessibili gratuitamente anche da remoto, per garantire una formazione continua su temi legati alla salute mentale, al neurosviluppo e al benessere psicologico.
- di offrire formazione ai genitori per riconoscere i segnali di disagio nei figli e fornire supporto psicologico per affrontare situazioni di stress o difficoltà.
- di promuovere programmi di educazione al neurosviluppo e alla salute mentale e al benessere psicofisico per bambini e adolescenti, con un focus sulla prevenzione.

Al Ministero dell'economia e delle finanze

- di allocare risorse specifiche per finanziare programmi di formazione per i genitori, con particolare attenzione alle famiglie economicamente svantaggiate.



Raccomandazione specifica 4. Istituzione dello psicologo scolastico

Si raccomanda:

Al Ministero dell'istruzione e del merito

- di istituire la figura dello psicologo scolastico in ogni istituto, con contratti stabili e finanziamenti dedicati. I servizi di psicologia scolastica operano per la promozione delle competenze psicologiche per la vita (*life skills*) e le relative attività sono organizzate in modo comunitario e collettivo per promuovere benessere e salute e per favorire l'ascolto e la partecipazione delle persone di minore età, nonché il dialogo intergenerazionale attraverso il coinvolgimento degli adulti di riferimento, superando la modalità di intervento individuale e “a sportello”.
- di redigere linee operative nazionali per definire i compiti, le responsabilità e le modalità d'intervento dello psicologo scolastico e della sua integrazione nei servizi psicologici/consuntoriali e sanitari.

Al Ministero della salute

- di potenziare protocolli operativi tra Asl e scuole per l'accesso diretto degli psicologi nei contesti educativi.
- di promuovere corsi di aggiornamento per psicologi su temi specifici come il disagio psichico in età evolutiva, i disturbi del neurosviluppo, bullismo, cyberbullismo e gestione delle crisi.

Al Ministero dell'università e della ricerca

- di promuovere master e corsi di specializzazione specifici in psicologia scolastica per formare professionisti altamente qualificati.
- di promuovere tirocini formativi in collaborazione con le scuole per gli studenti dei corsi di laurea in psicologia.
- di finanziare studi sull'impatto dello psicologo scolastico su benessere psicologico e competenze accademiche degli studenti.

Al Ministero del lavoro e delle politiche sociali

- di istituire la figura dello psicologo scolastico attraverso contratti dedicati, con garanzie di continuità e di integrazione stabile nei servizi psicologici/consuntoriali



nonché di retribuzione adeguata.

Al Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi

- di definire standard operativi e deontologici per la figura dello psicologo scolastico.
- di offrire corsi di aggiornamento e supervisione per psicologi scolastici.

Raccomandazione specifica 5. Potenziamento dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

Si raccomanda:

Al Ministero della Salute

- di incrementare il personale specializzato (neuropsichiatri infantili, psicologi, educatori, terapisti e assistenti sociali) e di garantire un'adeguata dotazione di spazi e attrezzature nei servizi territoriali, volti anche all'implementazione dell'uso della telemedicina.
- di ridurre le liste d'attesa per diagnosi e trattamenti neuropsichiatrici.
- di sviluppare pratiche operative per favorire l'integrazione tra servizi di neuropsichiatria, pediatria, medicina generale, dipendenze e psichiatria dell'adulto.
- di istituire in ogni Asl un punto di ascolto gratuito dedicato ai genitori e ai figli.

Al Ministero dell'università e della ricerca

- di potenziare la formazione sulle strategie a supporto del neurosviluppo e del benessere mentale in ambito scolastico nelle scuole di specializzazione in neuropsichiatria infantile.
- di destinare finanziamenti dedicati a studi innovativi sulla diagnosi precoce e sui trattamenti efficaci per i disturbi del neurosviluppo.

Alla Conferenza delle regioni e delle province autonome

- di modulare i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza rispetto alle specifiche esigenze territoriali, garantendo equità nell'accesso ai servizi in tutte le regioni.



- di monitorare i bisogni neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza e di valutare l'efficacia degli interventi.
- di allocare risorse specifiche per il rafforzamento dei servizi territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, con priorità per i contesti più critici e per le aree svantaggiate.

Raccomandazione specifica 6. Azioni congiunte per promuovere il neurosviluppo, il benessere psicologico e la salute mentale dei minorenni

Si raccomanda alla Presidenza del Consiglio dei ministri di:

- pianificare e coordinare strategie condivise per la promozione del neurosviluppo e della salute mentale e il benessere psicologico.
- elaborare linee programmatiche nazionali su neurosviluppo, salute mentale e benessere psicologico nei contesti scolastici e familiari.
- promuovere il coordinamento di programmi e interventi educativi preventivi.
- favorire la collaborazione tra scuole, servizi di neuropsichiatria infantile, servizi psicologici, servizi per le dipendenze e servizi sociali per garantire una presa in carico tempestiva e personalizzata.
- ampliare lo stanziamento di fondi dedicati alla ricerca per la promozione del neurosviluppo e della salute mentale e per la cura dei disturbi a essi correlati, nonché per la cura e la prevenzione delle dipendenze.
- favorire la partecipazione di associazioni e organizzazioni locali del terzo settore per creare una rete di supporto integrata, capace di rispondere alle diverse esigenze.
- migliorare l'integrazione tra servizi e la continuità di cura, longitudinale e trasversale implementando, tra le altre, la rete pediatria-neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, la rete con i servizi educativi e scolastici, quella con i servizi psicologici e sociali e delle dipendenze e quella con i servizi per l'età adulta e sviluppando strategie di sistema che consentano di usare al meglio le risorse disponibili, agendo da moltiplicatori di salute.
- realizzare, in occasione della Giornata nazionale per la promozione del neu-



rosviluppo e/o di altre giornate nazionali e internazionali dedicate, iniziative di sensibilizzazione e di promozione del neurosviluppo, del benessere psicologico e della salute mentale in infanzia e adolescenza, prevedendo il coinvolgimento attivo delle persone di minore età, dei loro genitori e di tutti gli altri attori coinvolti nei percorsi di crescita.

– ascoltare la voce delle ragazze e dei ragazzi per conoscere le loro esigenze nell'ambito del benessere psicologico.



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

6. Appendice



Appendice

Cabina di regia

- Cristiana Corinaldesi, Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza
- Carmela Anna Nappi, Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza
- Maria Luisa Scattoni, Istituto superiore di sanità
- Clelia Caiazza, Ministero dell'istruzione e del merito
- Massimo Molteni, U.O. Psicopatologia dell'età evolutiva Irccs Eugenio Medea di Bosisio Parini (Lecco)
- Antonella Costantino, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza Policlinico di Milano - Irccs Cà Granda

Team dell'Iss

- Maria Luisa Scattoni, Istituto superiore di sanità: coordinatore scientifico del progetto
- Maria Puopolo, Istituto superiore di sanità, Dirigente di ricerca, biostatistica
- Francesca Fulceri, Istituto superiore di sanità, ricercatore, Neuropsichiatra infantile
- Martina Micai, Istituto superiore di sanità, ricercatore, psicologa
- Letizia Gila, Istituto superiore di sanità, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva
- Angela Caruso, Istituto superiore di sanità, ricercatore, neurobiologa
- Paola Colombo, Associazione “La nostra famiglia” - Irccs Eugenio Medea
- Mara Sabbioni, Istituto superiore di sanità, dottoranda, neurobiologa
- Giulia Galati, Istituto superiore di sanità collaboratrice tecnica degli enti di ricerca



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

Allegati



Allegati

m_pi.AOODGSIP.REGISTRO
UFFICIALE.U.0001871.02-05-2023.h.12:20



Ministero dell'istruzione e del merito
Dipartimento per il Sistema Educativo di Istruzione e di Formazione
Direzione Generale per lo Studente, l'Inclusione e l'Orientamento Scolastico
Ufficio IV

Agli Uffici Scolastici Regionali per la
Lombardia, l'Emilia-Romagna,
la Toscana, la Campania, la Sicilia

dirlo@postacert.istruzione.it; drer@postacert.istruzione.it;
drto@postacert.istruzione.it; drca@postacert.istruzione.it;
drsi@postacert.istruzione.it

ai Dirigenti degli Istituti scolastici statali
delle Regioni sopra indicate

e, p.c.: al Capo Dipartimento
per il sistema educativo di istruzione e formazione
SEDE

Oggetto: Collaborazione tra il Ministero dell'istruzione e del merito e l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza per la realizzazione di una ricerca sull'impatto della pandemia sulla salute mentale di bambini e adolescenti.

Il Ministero dell'istruzione e del merito partecipa ad una ricerca promossa dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (AGIA) insieme all'Istituto superiore di sanità relativa all'impatto della pandemia sulla salute mentale di bambini e adolescenti. Il MIM è componente della Cabina di regia progettuale insieme ad AGIA, ISS e due centri clinici di eccellenza nel campo dei disturbi del neurosviluppo (IRCCS Ca' Granda e IRCCS Medea - Bosisio Parini).

L'iniziativa è volta a rilevare gli effetti della pandemia sulla salute mentale dei minori e individuare i bisogni psicosociali e di salute mentale di bambini e adolescenti in relazione a quanto vissuto nel periodo della suddetta emergenza, al fine di progettare un piano d'azione e proporre alle Istituzioni competenti le opportune iniziative.

Il Progetto coinvolge genitori e studenti: in particolare, ai genitori saranno somministrati questionari dedicati all'individuazione del disagio psicologico di bambini e adolescenti, mentre agli studenti sarà richiesto di partecipare ad un questionario di ascolto per conoscere il loro punto di vista e le loro esigenze riguardo al tema della salute mentale.

I questionari di seguito indicati, proposti ai genitori, sono stati validati scientificamente e selezionati dall'ISS e dai centri clinici sopra menzionati:

Ufficio IV Dirigente: Clelia Caiazza	Tel. 06 5849 3603 dgsip.ufficio4@istruzione.it
---	---

Viale Trastevere, 76/A - 00153 Roma
dgsip.segreteria@istruzione.it 06/5849 3337 - 2995



Ministero dell'istruzione e del merito
Dipartimento per il Sistema Educativo di Istruzione e di Formazione
Direzione Generale per lo Studente, l'Inclusione e l'Orientamento Scolastico
Ufficio IV

- Questionario relativo alle capacità e alle difficoltà (SDQ)
- Questionario sul comportamento del bambino (CBCL)

I genitori che parteciperanno alla ricerca saranno informati degli esiti dei test da parte dei Centri clinici, con l'eventuale opportunità di effettuare un incontro online di orientamento. Il protocollo della ricerca e la documentazione inerente all'utilizzo dei dati, nonché la procedura di raccolta e trattamento dei dati particolari, hanno ricevuto parere favorevole dal Comitato Etico Nazionale per le sperimentazioni degli Enti pubblici di Ricerca (EPR) e sono stati oggetto della valutazione d'impatto da parte del Data Protection Officer dell'ISS, con esito favorevole.

Tale ricerca verrà effettuata in alcune scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado campionate in cinque regioni: Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania, Sicilia. Sarà cura dell'ISS provvedere ad inviare alle scuole facenti parte del campione una mail contenente i link ai questionari. I Dirigenti scolastici provvederanno a veicolare ai genitori i link ai questionari, unitamente alla scheda informativa e alla richiesta di consenso alla partecipazione allo studio.

Al contempo, l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza intende ascoltare gli studenti dai 16 anni di età per intercettare le loro esigenze, al fine di prevenire i disagi psicologici, tramite un apposito questionario, che verrà proposto agli studenti in forma anonima e sarà disponibile a partire dal 2 maggio sul sito dell'Agia >> www.iopartecipo.garanteinfanzia.org. Questa parte dello studio è condotta sotto la supervisione di un Comitato scientifico nominato dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza e composto da massimi esperti e qualificati rappresentanti del mondo scientifico, accademico, degli ordini professionali e delle professioni di aiuto, con il compito di consulenza e validazione degli strumenti e dei risultati.

Per ulteriori informazioni relative alla ricerca, è possibile far riferimento alla coordinatrice dello studio e primo ricercatore dell'ISS, dott.ssa Maria Luisa Scattoni (marialuisa.scattoni@iss.it) e al DPO dell'ISS, dott. Carlo Villanacci (responsabile.protezionedati@iss.it).

Tanto premesso, si pregano gli Uffici in indirizzo di diffondere la presente iniziativa informando tutte le istituzioni scolastiche dei territori di competenza del prossimo avvio dell'indagine e della possibilità di essere coinvolte a campione nello studio.

Si ringrazia per la consueta e fattiva collaborazione.

IL DIRETTORE GENERALE
Maria Assunta Palermo



Firmato digitalmente da
PALERMO MARIA ASSUNTA
C=IT
O=MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

Ufficio IV
Dirigente: Clelia Caiazza

Tel. 06 5849.3603
dgsip.ufficio4@istruzione.it



m pi.AOODGSIP.REGISTRO
UFFICIALE.U.0004787.10-11-2023.h.10:45



Ministero dell'istruzione e del merito
Dipartimento per il Sistema Educativo di Istruzione e di Formazione
Direzione Generale per lo Studente, l'Inclusione e l'Orientamento Scolastico
Ufficio IV

Agli Uffici Scolastici Regionali per la
Lombardia, l'Emilia-Romagna,
la Toscana, la Campania, la Sicilia
drlo@postacert.istruzione.it; drer@postacert.istruzione.it;
drto@postacert.istruzione.it; drca@postacert.istruzione.it;
drsi@postacert.istruzione.it

ai Dirigenti degli Istituti scolastici statali
delle Regioni sopra indicate

e, p.c.: al Capo Dipartimento
per il sistema educativo di istruzione e formazione
SEDE

Oggetto: Collaborazione tra il Ministero dell'istruzione e del merito e l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza per la realizzazione di una ricerca sull'impatto della pandemia di covid 19 sulla salute mentale di bambini e adolescenti.

Il Ministero dell'istruzione e del merito partecipa ad una ricerca promossa dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (AGIA), coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità e relativa all'impatto della pandemia sulla salute mentale di bambini e adolescenti.

Il MIM è componente della Cabina di regia progettuale insieme ad AGIA, ISS e due centri clinici di eccellenza nel campo dei disturbi del neurosviluppo (IRCCS Ca' Granda e IRCCS Medea - Bosio Parini).

L'iniziativa si colloca nell'ambito di tale ricerca ed è volta a individuare i bisogni psicosociali e di salute mentale di bambini e adolescenti al fine di progettare un piano d'azione e proporre alle Istituzioni competenti le opportune iniziative di promozione della salute mentale positiva.

Il Progetto coinvolge i genitori, destinatari di specifici questionari, validati scientificamente, selezionati dall'ISS e dedicati all'individuazione del disagio psicologico di bambini e adolescenti:

- Questionario relativo alle capacità e alle difficoltà (SDQ);
- Questionario sul comportamento del bambino (CBCL).

Il protocollo della ricerca e la documentazione inerente all'utilizzo dei dati, nonché la procedura di raccolta e trattamento dei dati particolari, hanno ricevuto parere favorevole dal Comitato Etico Nazionale per le sperimentazioni degli Enti pubblici di Ricerca (EPR) e sono stati oggetto della valutazione d'impatto da parte del Data Protection Officer dell'ISS, con esito favorevole.

Ufficio IV
Dirigente: Clelia Caiazza

Tel. 06 5849.3603
dgisip.ufficio4@istruzione.it



Ministero dell'istruzione e del merito
Dipartimento per il Sistema Educativo di Istruzione e di Formazione
Direzione Generale per lo Studente, l'Inclusione e l'Orientamento Scolastico
Ufficio IV

I genitori che parteciperanno alla ricerca, ottenendo dai questionari dei punteggi per cui verrà suggerita una valutazione di approfondimento, saranno informati da parte dei Centri clinici dell'eventuale opportunità di effettuare un incontro online informativo e di orientamento.

La ricerca verrà effettuata in alcune scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado campionate nelle regioni Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania, Sicilia.

Sarà cura dell'ISS provvedere ad inviare alle scuole facenti parte del campione una mail contenente i link per la compilazione online dei questionari. I Dirigenti scolastici provvederanno a veicolare ai genitori i link ai questionari, unitamente alla scheda informativa e alla richiesta di consenso alla partecipazione allo studio tramite il registro elettronico.

Per ogni ulteriore informazione o chiarimento, si può contattare la coordinatrice dello studio e dirigente di ricerca dell'ISS, dott.ssa Maria Luisa Scattoni (marialuisa.scattoni@iss.it).

Tanto premesso, si pregano gli Uffici in indirizzo di diffondere la presente iniziativa, comunicando a tutte le istituzioni scolastiche dei territori di competenza il prossimo avvio dell'indagine e la possibilità di essere coinvolte a campione nello studio. Si comunica, inoltre, che a breve sarà inviato un link specifico riservato alla registrazione degli Uffici Scolastici Regionali sul portale ISS, al fine di visualizzare in tempo reale gli Istituti selezionati per lo studio e il relativo stato di partecipazione dei genitori nella compilazione dei questionari.

Al termine dello studio, gli Uffici Scolastici Regionali potranno visionare i risultati dell'indagine a livello aggregato, senza la possibilità di identificazione dei rispondenti e di usufruire del materiale formativo/informativo elaborato dal Gruppo di Coordinamento Interregionale e Interistituzionale Salute Mentale e Dipendenze dell'Istituto Superiore di Sanità, di cui fanno parte i referenti del Ministero della Salute, del Ministero dell'Istruzione e del Merito e di tutte le Regioni. Tali iniziative formative/informative per la promozione della salute mentale positiva saranno realizzate anche attraverso la rete delle scuole che promuovono salute e saranno finalizzate all'individuazione tempestiva dei soggetti ad alto rischio e alla promozione di interventi strategici e integrati di prevenzione per la riduzione dei fattori di rischio associati ai problemi di salute mentale e alle dipendenze.

Fermo restando tutto quanto sopra, a meri fini conoscitivi, si allegano i questionari SDQ e CBCL.

Si ringrazia per la consueta e fattiva collaborazione.

IL DIRETTORE GENERALE
Maria Assunta Palermo



Firmato digitalmente da PALERMO MARIA ASSUNTA
C=IT
O=MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

Ufficio IV
Dirigente: Clelia Caiazza

Tel. 06 5849.3603
dgsp.ufficio4@istruzione.it



Questionario sulle capacità e sulle difficoltà (SDQ-Ita)

G⁴⁻¹⁶

Per ciascuna domanda metta un crocetta su una delle tre caselle: non vero, parzialmente vero, assolutamente vero. Sarebbe utile che lei rispondesse a tutte le domande nel migliore dei modi possibile, anche se non è completamente sicuro o la domanda le sembra un pò sciocca! Dovrebbe rispondere sulla base del comportamento del bambino negli ultimi sei mesi o durante il presente anno scolastico.

Nome del bambino

Maschio/Femmina

Data di nascita

	Non Vero	Parzialmente Vero	Absolutamente Vero
Rispettoso dei sentimenti degli altri	☐	☐	☐
Irrequieto, iperattivo, incapace di stare fermo per molto tempo	☐	☐	☐
Si lamenta spesso per mal di testa, mal di stomaco o nausea	☐	☐	☐
Condivide volentieri con gli altri bambini (dolci, giocattoli, matite ecc.)	☐	☐	☐
Spesso ha crisi di collera o è di cattivo umore	☐	☐	☐
Piuttosto solitario, tende a giocare da solo	☐	☐	☐
Generalmente obbediente, esegue di solito le richieste degli adulti	☐	☐	☐
Ha molte preoccupazioni, spesso sembra preoccupato	☐	☐	☐
È di aiuto se qualcuno si fa male, è arrabbiato o malato	☐	☐	☐
Costantemente in movimento o a disagio	☐	☐	☐
Ha almeno un buon amico o una buona amica	☐	☐	☐
Spesso litiga con gli altri bambini o li infastidisce di proposito	☐	☐	☐
Spesso infelice, triste o in lacrime	☐	☐	☐
Generalmente ben accetto dagli altri bambini	☐	☐	☐
Facilmente distratto, incapace di concentrarsi	☐	☐	☐
È nervoso o a disagio in situazioni nuove, si sente poco sicuro di sé	☐	☐	☐
Gentile con i bambini più piccoli	☐	☐	☐
Spesso dice bugie o inganna	☐	☐	☐
Preso di mira e preso in giro dagli altri bambini	☐	☐	☐
Si offre spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, altri bambini)	☐	☐	☐
Pensa prima di fare qualcosa	☐	☐	☐
Ruba a casa, a scuola o in altri posti	☐	☐	☐
Ha migliori rapporti con gli adulti che con i bambini	☐	☐	☐
Ha molte paure, si spaventa facilmente	☐	☐	☐
È in grado di portare a termine ciò che gli viene richiesto, rimanendo concentrato per tutto il tempo necessario	☐	☐	☐

Ha qualche altro commento o preoccupazione?

Voltare la pagina - vi sono altre domande sull'altro lato



In generale, pensa che suo figlio abbia alcune delle difficoltà elencate nelle seguenti categorie:
L'emozioni, la concentrazione, il comportamento o la capacità di andare d'accordo con gli altri?

No	Si, difficoltà minori	Si, difficoltà importanti	Si, difficoltà severe
☐	☐	☐	☐

Se ha risposto "Sì", continuare con le seguenti domande:

- Da quanto tempo suo figlio ha queste difficoltà?

Meno di un mese	1-5 mesi	6-12 mesi	Più di un anno
☐	☐	☐	☐

- Queste difficoltà lo turbano o lo fanno soffrire?

Per niente	Solo un pò	Abbastanza	Molto
☐	☐	☐	☐

- Queste difficoltà interferiscono con la sua vita quotidiana...?

	Per niente	Solo un pò	Abbastanza	Molto
LA VITA FAMIGLIARE	☐	☐	☐	☐
LE AMICIZIE	☐	☐	☐	☐
L'APPRENDIMENTO A SCUOLA	☐	☐	☐	☐
IL TEMPO LIBERO	☐	☐	☐	☐

- Queste difficoltà hanno creato forte disagio a lei o alla sua famiglia in generale?

Per niente	Solo un pò	Abbastanza	Molto
☐	☐	☐	☐

Firma

Data

Madre/Padre/Altro (per favore specificare):

Grazie per il suo aiuto

© Robert Goodman, 2005



QUESTIONARIO SUL COMPORTAMENTO DEL BAMBINO - Anni 6-18 Child Behavior Checklist for Ages 6-18 di Thomas M. Achenbach - 2001

NOME DEL BAMBINO/RAGAZZO			Professione dei genitori , anche se attualmente non lavorano. (Per favore specificate il tipo di professione - per esempio, meccanico, insegnante di scuola superiore, casalinga, operaio, tornitore, venditore di calzature, sergente dell'esercito.) PADRE: Professione _____ MADRE: Professione _____
SESSO DEL BAMBINO: ☐ M ☐ F	ETA' DEL BAMBINO:	GRUPPO ETNICO O RAZZA DEL BAMBINO:	
DATA ODIERNA:		DATA DI NASCITA DEL BAMBINO:	QUESTO QUESTIONARIO E' STATO COMPILATO DA (Scriva il suo nome) _____ il suo sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina la sua relazione con il bambino: ☐ Genitore naturale ☐ Genitore adottivo ☐ Nonno
CLASSE FREQUENTATA	Questo questionario deve riflettere la sua percezione del comportamento del bambino anche se altre persone potrebbero non condividere la sua opinione. Si senta libero di esprimere commenti aggiuntivi accanto ad ogni voce e nello spazio previsto a pag.3. Si accerti di rispondere a tutte le domande.		
NON FREQUENTA LA SCUOLA ☐			

I. Si prega di elencare gli sport che il bambino ama maggiormente praticare.

Per esempio: nuoto, calcio, pallacanestro, pattinaggio, ciclismo, pesca, etc

☐ Nessuno

Rispetto agli altri bambini della sua età quanto tempo trascorre in ognuno degli sport elencati?

	Meno degli altri	Come gli altri	Più degli altri	Non lo so	Peggio degli altri	Come gli altri	Meglio degli altri	Non lo so
a. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Rispetto agli altri bambini della sua età come pratica ciascuno di questi sport?

II Si prega di elencare gli hobbies, le attività, o giochi preferiti dal bambino, oltre agli sport. Per esempio: francobolli, bambole, libri, pianoforte, canto, arte, ecc. (Da non includere radio e TV)

☐ Nessuno

Rispetto agli altri bambini della sua età quanto tempo dedica a ciascuna di queste attività?

	Meno degli altri	Come gli altri	Più degli altri	Non lo so	Peggio degli altri	Come gli altri	Meglio degli altri	Non lo so
a. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Rispetto agli altri bambini della sua età quanto bene svolge ciascuna di queste attività?

SI ASSICURI DI AVERE RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE PRIMA DI ANDARE ALLA PAGINA SUCCESSIVA

Child Behavior Checklist for Ages 6-18 Copyright 2001 T. Achenbach, ASEBA, University of Vermont (USA)
Questionario sul Comportamento del Bambino (6-18 anni). Riproduzione autorizzata. Versione italiana curata da A. Frigerio (Istituto Scientifico "E. Medea" Ass. La Nostra Famiglia, Bosisio Parini (LC)). Traduzioni: C. Cattaneo e A. Frigerio (Istituto Scientifico "E. Medea" Ass. La Nostra Famiglia, Bosisio Parini (LC)); F. Giannotti e F. Cortesi (Università "La Sapienza" di Roma); A. Milone (Istituto Scientifico Stella Maris Calabrone (Pi)) © 2001

Riproduzioni non autorizzate sono perseguibili per legge

PAG. 1



Per favore compili. Si accerti di rispondere a tutte le domande.

III. Si prega di elencare qualsiasi organizzazione, club, squadra gruppo a cui il bambino appartiene

☐ Nessuno

Rispetto agli altri bambini della sua età quanto è attivo in ciascuna di queste?

	Meno attivo degli altri	Attivo come gli altri	Più attivo degli altri	Non lo so
a. _____	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐

IV. Si prega di elencare qualsiasi lavoro o lavoretto che il bambino svolge. Per esempio: fare il/la babysitter, rifare il letto, lavorare in un negozio, etc. (inclusi i lavori remunerati e non remunerati).

☐ Nessuno

Rispetto agli altri bambini della sua età come svolge queste attività?

	Peggio degli altri	Come gli altri	Meglio degli altri	Non lo so
a. _____	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐

V. 1. Più o meno, quanti amici intimi ha il vostro bambino? ☐ Nessuno ☐ 1 ☐ 2 o 3 ☐ 4 o più
(non includere fratelli e sorelle)

2. Più o meno, quante volte alla settimana il vostro bambino gioca o fa altre cose con gli amici al di fuori degli orari scolastici (non includere fratelli e sorelle)? ☐ Meno di una ☐ 1 o 2 ☐ 3 o più

VI. Rispetto agli altri bambini della sua età, in che modo vostro/a figlio/a:

	Peggio	Quasi uguale	Meglio	
a. Va d'accordo con i suoi fratelli e sorelle?	☐	☐	☐	☐ Non ha fratelli o sorelle
b. Va d'accordo con gli altri bambini?	☐	☐	☐	
c. Si comporta con i suoi genitori?	☐	☐	☐	
d. Gioca e lavora da solo?	☐	☐	☐	

SI ASSICURI DI AVERE RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE PRIMA DI ANDARE ALLA PAGINA SUCCESSIVA

PAG. 2



Per favore compili. Si accerti di rispondere a tutte le domande.

VII. 1. Indicare il rendimento scolastico

☐ Non va a scuola perché: _____

Faccia una crocetta per ogni voce	Fallimento/ Insuccesso	Al di sotto della media	Intorno alla media	Sopra la media
a. Lettura, scrittura, grammatica o letteratura italiana	☐	☐	☐	☐
b. Storia o Studi Sociali	☐	☐	☐	☐
c. Aritmetica o Matematica	☐	☐	☐	☐
d. Scienze	☐	☐	☐	☐
Altre materie scolastiche, per esempio: geografia, lingue straniere, informatica (non includere Educazione Fisica o altre materie non scolastiche)				
e. _____	☐	☐	☐	☐
f. _____	☐	☐	☐	☐
g. _____	☐	☐	☐	☐

2. Il vostro bambino frequenta una scuola speciale ☐ No ☐ Si Descrivere il problema _____
ha un'insegnante di sostegno? _____

3. Il vostro bambino ha mai ripetuto una classe? ☐ No ☐ Si Classe e motivo _____

4. Il vostro bambino ha mai avuto problemi scolastici o di altro tipo all'interno della scuola?

☐ No ☐ Si Descrivere il tipo di problema _____

Quando questi problemi sono cominciati?

Questi problemi sono finiti? ☐ No ☐ Si, quando? _____

Il vostro bambino è affetto da qualche malattia o disabilità (sia fisica che mentale)?

☐ No ☐ Si, per favore descrivere _____

Che cosa vi preoccupa di più di vostro figlio?

Descrivete gli aspetti migliori di vostro figlio

SI ASSICURI DI AVERE RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE PRIMA DI ANDARE ALLA PAGINA SUCCESSIVA

PAG. 3



Per favore compili. Si accerti di rispondere a tutte le domande.

Di seguito è riportato un elenco di affermazioni che descrivono i bambini e i ragazzi. Per ogni voce che descrive il suo bambino, nello **stato attuale o negli ultimi sei mesi**, si prega di mettere una crocetta: sul due (2) se l'affermazione è **molto vera, o per lo più vera**; sull'uno (1) se l'affermazione è **in parte o qualche volta vera**; sullo zero (0) se l'affermazione **non è vera** per il suo bambino. Valuti tutte le affermazioni meglio che può, anche se alcune non sembrano essere adatte a suo figlio/a.

0= Non vero (per ciò che ne sa) 1= In parte o qualche volta vero 2 = Molto vero o spesso vero

0	1	2	1. Agisce in modo infantile per la sua età	0	1	2	25. Non va d'accordo con gli altri bambini / ragazzi
0	1	2	2. Beve alcolici senza l'approvazione dei genitori (descrivere): _____	0	1	2	26. Non sembra sentirsi in colpa dopo essersi comportato male
0	1	2	3. Discute in modo polemico	0	1	2	27. Si ingelosisce facilmente
0	1	2	4. Non porta a termine le cose che comincia	0	1	2	28. Infrange le regole a casa, a scuola, o altrove
0	1	2	5. Ci sono veramente poche cose che lo divertono.	0	1	2	29. Ha paura di certi animali, situazioni o posti al di fuori della scuola (descrivere): _____
0	1	2	6. Si fa la caccia addosso	0	1	2	30. Ha paura di andare a scuola
0	1	2	7. Si vanta e si gloria	0	1	2	31. Ha paura di poter pensare o fare qualcosa di male
0	1	2	8. Non riesce a concentrarsi, non riesce a mantenere l'attenzione a lungo	0	1	2	32. Sente di dover essere perfetto
0	1	2	9. Non riesce a evitare certi pensieri; ossessioni (descrivere): _____	0	1	2	33. Pensa o si lamenta che nessuno gli vuole bene
0	1	2	10. Non riesce a stare seduto tranquillo, è irrequieto o iperattivo	0	1	2	34. Si sente perseguitato dagli altri
0	1	2	11. E' molto attaccato agli adulti, troppo dipendente	0	1	2	35. Si sente privo di valore o inferiore
0	1	2	12. Lamenta di sentirsi solo	0	1	2	36. Si fa spesso male, è spesso soggetto ad incidenti
0	1	2	13. E' confuso o sembra avere la testa nel pallone	0	1	2	37. E' coinvolto spesso in zuffe e liti
0	1	2	14. Piange molto	0	1	2	38. Viene spesso preso in giro dagli altri
0	1	2	15. E' crudele verso gli animali	0	1	2	39. Frequenta cattive compagnie
0	1	2	16. E' crudele, prepotente o malvagio verso gli altri	0	1	2	40. Sente suoni o voci che non ci sono (descrivere): _____
0	1	2	17. Sogna ad occhi aperti, si perde nei suoi pensieri	0	1	2	41. E' impulsivo o agisce senza pensare
0	1	2	18. Intenzionalmente si fa del male o ha tentato il suicidio	0	1	2	42. Preferisce stare da solo piuttosto che con gli altri
0	1	2	19. Esige molta attenzione	0	1	2	43. E' bugiardo o imbroglione
0	1	2	20. Distrugge le sue cose	0	1	2	44. Si mangia le unghie
0	1	2	21. Distrugge le cose che appartengono alla sua famiglia o ad altri	0	1	2	45. Nervoso, troppo sensibile, o teso
0	1	2	22. E' disobbediente a casa	0	1	2	46. Movimenti nervosi o tic (descrivere): _____
0	1	2	23. E' disobbediente a scuola	0	1	2	47. Ha incubi
0	1	2	24. Non mangia come dovrebbe				

SI ASSICURI DI AVERE RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE PRIMA DI ANDARE ALLA PAGINA SUCCESSIVA

PAG. 4



Per favore compili. Si accerti di rispondere a tutte le domande.

0= Non vero (per ciò che ne sa)	1= In parte o qualche volta vero	2 = Molto vero o spesso vero
0 1 2	48 Non piace agli altri bambini	0 1 2 69 E' riservato, tiene le cose per sé
0 1 2	49 Soffre di stitichezza	0 1 2 70 Vede cose che non ci sono (descrivere): _____
0 1 2	50 Appare troppo timoroso o ansioso	0 1 2 71 E' ipersensibile o facilmente imbarazzato
0 1 2	51 Soffre di vertigini o di stordimenti	0 1 2 72 Appicca fuochi
0 1 2	52 Si sente troppo colpevole	0 1 2 73 Ha problemi sessuali (descrivere): _____
0 1 2	53 Mangia troppo	0 1 2 74 Si mette in mostra o fa il pagliaccio
0 1 2	54 Sembra esageratamente stanco senza una buona ragione	0 1 2 75 E' troppo riservato o timido
0 1 2	55 E' in soprappeso	0 1 2 76 Dorme di meno della maggior parte dei bambini
0 1 2	56 Ha problemi fisici senza cause mediche conosciute	0 1 2 77 Dorme di più della maggior parte dei bambini durante il giorno e/o la notte (descrivere): _____
0 1 2	a Dolori (non includere mal di stomaco e mal di testa)	0 1 2 78 E' disattento o facilmente distraibile
0 1 2	b Mal di testa	0 1 2 79 Ha problemi nel parlare (descrivere): _____
0 1 2	c Nausea, malessere	0 1 2 80 Fissa il vuoto
0 1 2	d Problemi agli occhi (non includere se superati con lenti correttive) (descrivere): _____	0 1 2 81 Ruba in casa
0 1 2	e Eruzione cutanea o altri problemi di pelle	0 1 2 82 Ruba fuori di casa
0 1 2	f Dolori di stomaco	0 1 2 83 Accumula moltissime cose che non gli servono (descrivere): _____
0 1 2	g Vomito, conati	0 1 2 84 Ha strani comportamenti (descrivere): _____
0 1 2	h Altro (descrivere): _____	0 1 2 85 Ha strane idee (descrivere): _____
0 1 2	57 Assale fisicamente le persone	0 1 2 86 E' testardo, taciturno, irritabile
0 1 2	58 Si mette le dita nel naso, si stuzzica la pelle o altre parti del corpo (descrivere): _____	0 1 2 87 Ha repentini cambiamenti di umore o di stati d'animo
0 1 2	59 Gioca con le sue parti genitali in pubblico	0 1 2 88 E' spesso di cattivo umore (fa il muso)
0 1 2	60 Gioca troppo con le sue parti genitali	0 1 2 89 E' sospettoso
0 1 2	61 Ha uno scarso rendimento scolastico	0 1 2 90 Bestemmia o usa un linguaggio osceno
0 1 2	62 Non coordinato o impacciato nei movimenti	0 1 2 91 Parla di uccidersi
0 1 2	63 Preferisce la compagnia dei più grandi	0 1 2 92 Parla durante il sonno o fa il sonnambulo
0 1 2	64 Preferisce la compagnia dei più piccoli	0 1 2 93 Parla troppo
0 1 2	65 Si rifiuta di parlare	0 1 2 94 Prende molto in giro
0 1 2	66 Ripete certe azioni di continuo o compulsivamente (descrivere): _____	0 1 2 95 Ha accessi di collera
0 1 2	67 Scappa via da casa	0 1 2 96 Pensa al sesso eccessivamente
0 1 2	68 Strilla molto	

SI ASSICURI DI AVERE RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE.

PAG. 5



Per favore compili. Si accerti di rispondere a tutte le domande.

0= Non vero (per ciò che ne sa)			1= In parte o qualche volta vero	2 = Molto vero o spesso vero
0	1	2	97	Minaccia la gente
0	1	2	98	Si succhia il pollice
0	1	2	99	Fuma, mastica o sniffa tabacco
0	1	2	100	Ha disturbi del sonno (descrivere): _____
0	1	2	101	E' svogliato, marina la scuola
0	1	2	102	E' poco attivo, lento nei movimenti, non energico
0	1	2	103	E' scontento, triste o depresso
0	1	2	104	E' particolarmente rumoroso
0	1	2	105	Fa uso di droga (non includere alcool o tabacco) (descrivere): _____
0	1	2	106	Commette atti di vandalismo
0	1	2	107	Si fa la pipì addosso durante il giorno
0	1	2	108	Bagna il letto (fa la pipì a letto)
0	1	2	109	Piagnucola
0	1	2	110	Desidera essere del sesso opposto
0	1	2	111	Chiuso in se stesso, non si coinvolge con gli altri
0	1	2	112	Si preoccupa
			113	Scriva qui di seguito qualsiasi altro problema che il bambino presenta e che non è stato elencato prima
0	1	2		_____
0	1	2		_____
0	1	2		_____

SI ASSICURI DI AVERE RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE.

PAG. 6



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

Bibliografia



Bibliografia

Achenbach TM, 2001. Child Behavior Checklist. Encyclopedia of Clinical Neuropsychology 2011 Edition. Editors: Jeffrey S. Kreutzer, John DeLuca, Bruce Caplan.

AGIA 2022, Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi – documento di studio e di proposta. I – la ricerca qualitativa. <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2022-05/pandemia-neurosviluppo-salute-mentale.pdf>

AGIA, 2024, Salute mentale: come stanno i ragazzi. https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2024-10/salute-mentale-come-stanno-ragazzi_0.pdf

Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1989. Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza

Bersia M, Berchialla P, Charrier L, Lemma P, Borraccino A, Nardone P, Pierannunzio D, Ciardullo S, Comoretto RI, Dalmaso P. Mental Well-Being: 2010-2018 Trends among Italian Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan 13;19(2):863. doi: 10.3390/ijerph19020863. PMID: 35055683; PMCID: PMC8775535.

Bialy L, Elliott SA, Melton A, Ali S, Scott SD, Knisley L, Hartling L. Consequences of the Coronavirus disease 2019 pandemic on child and adolescent mental, psychosocial, and physical health: A scoping review and interactive evidence map. *J Child Health Care*. 2024 Mar 19;13674935241238794. doi: 10.1177/13674935241238794. Epub ahead of print. PMID: 38503453.

Blackwell CK, Wu G, Chandran A, Arizaga J, Bosquet Enlow M, Brennan PA, Burton P, Bush NR, Cella D, Cummins C, D'Sa VA, Frazier JA, Ganiban JM, Gershon R, Koinis-Mitchell D, Leve LD, Loftus CT, Lukankina N, Margolis A, Nozadi SS, Wright RJ, Wright RO, Zhao Q, LeWinn KZ; Environmental influences on Child Health Outcomes Program Collaborators. Longitudinal Changes in Youth Mental Health From Before to During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2024 Aug 1;7(8):e2430198. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.30198. PMID: 39186267.

Bosch R, Pagerols M, Prat R, Español-Martín G, Rivas C, Dolz M, Haro JM, Ramos-Quiroga JA, Ribasés M, Casas M. Changes in the Mental Health of Children



and Adolescents during the COVID-19 Lockdown: Associated Factors and Life Conditions. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 30;19(7):4120. doi: 10.3390/ijerph19074120. PMID: 35409803; PMCID: PMC8998498.

Cristina Montomoli, Maria Antonella Costantino , Asia Filosa, Matteo Franchi , Renato Borgatti , Anna Cantarutti, Elisa Fazzi , Jessica Galli, Riccardo Ghisoni, Olivia Leoni, Ivan Limosani, Erika Loi, Martina Mensi, Vanna Poli, Paola Sacchi, Simona Villani, Giovanni Corrao “Neurosviluppo, salute mentale e benessere psicologico di bambini e adolescenti in Lombardia 2015-2022”. Fondazione Cariplo, 2024

Donato F, Triassi M, Loperto I, Maccaro A, Mentasti S, Crivillaro F, Elvetico A, Croce E, Raffetti E. Symptoms of mental health problems among Italian adolescents in 2017-2018 school year: a multicenter cross-sectional study. *Environ Health Prev Med*. 2021 Jun 21;26(1):67. doi: 10.1186/s12199-021-00988-4. PMID: 34154531; PMCID: PMC8216089.

Frigerio A, Rucci P, Goodman R, Ammaniti M, Carlet O, Cavolina P, De Girolamo G, Lenti C, Lucarelli L, Mani E, Martinuzzi A, Micali N, Milone A, Morosini P, Muratori F, Nardocci F, Pastore V, Polidori G, Tullini A, Vanzin L, Villa L, Walder M, Zuddas A, Molteni M. Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrISMA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Apr;18(4):217-26. doi: 10.1007/s00787-008-0720-x. Epub 2009 Jan 22. PMID: 19165539.

Frigerio A, Vanzin L, Pastore V, Nobile M, Giorda R, Marino C, Molteni M, Rucci P, Ammaniti M, Lucarelli L, Lenti C, Walder M, Martinuzzi A, Carlet O, Muratori F, Milone A, Zuddas A, Cavolina P, Nardocci F, Tullini A, Morosini P, Polidori G, De Girolamo G. The Italian preadolescent mental health project (PrISMA): rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2006;15(1):22-35. doi: 10.1002/mpr.25. PMID: 16676683; PMCID: PMC6878488.

Killip S, Ziyad Mahfoud Z, Pearce K. What Is an Intraclass Correlation Coefficient? Crucial Concepts for Primary Care Researchers. *Ann Fam Med* 2004;2:204-208

Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Nov;40(11):1337-45. doi:10.1097/00004583-200111000-00015. PMID: 11699809.

Grzejszczak J, Strzelecki D, Gabryelska A, Kotlicka-Antczak M. Evaluation of



COVID-19 Effect on Mental Health, Self-Harm, and Suicidal Behaviors in Children and Adolescents Population. *J Clin Med*. 2024 Jan 27;13(3):744. doi: 10.3390/jcm13030744. PMID: 38337437; PMCID: PMC10856233.

Hu Y, Qian Y. COVID-19 and Adolescent Mental Health in the United Kingdom. *J Adolesc Health*. 2021 Jul;69(1):26-32. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.04.005. PMID: 34172140.

Loy JK, Klam J, Dötsch J, Frank J, Bender S. Exploring adolescent mental health during the COVID-19 crisis - strengths and difficulties. *Front Public Health*. 2024 Apr 4;12:1357766. doi: 10.3389/fpubh.2024.1357766. PMID: 38638467; PMCID: PMC11024382.

Martinson BC, Murray DM, Jeffery RW, Hennrikus DJ. Intraclass Correlation for Measures from a Worksite Health Promotion Study: Estimates, Correlates, and Applications. *Am J Health Promot* 1999;13(6):347-35;

Marzocchi GM, Di Pietro M, Vio C, Basi E, Filoramo G, Salmaso A., 2002. Il questionario SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire: uno strumento per valutare difficoltà comportamentali ed emotive in età evolutiva. *Ricerca Italiana – Difficoltà di apprendimento*. Edizioni Erickson Trento. Vol 8, n.1.

Nakamura, B. J., Ebesutani, C., Bernstein, A., & Chorpita, B. F. (2009). A psychometric analysis of the child behavior checklist DSM-oriented scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 178-189.

Oliveira JMD, Butini L, Pauletto P, Lehmkuhl KM, Stefani CM, Bolan M, Guerra E, Dick B, De Luca Canto G, Massignan C. Mental health effects prevalence in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2022 Apr;19(2):130-137. doi: 10.1111/wvn.12566. Epub 2022 Mar 1. PMID: 35229967; PMCID: PMC9115455.

Orazi F, Sofritti F, Lucantoni D. Mental well-being of children and adolescents during COVID-19: evidence from the Italian context and possible future developments. *Front Sociol*. 2024 Jul 10;9:1387030. doi: 10.3389/fsoc.2024.1387030. PMID: 39050770; PMCID: PMC11267977.

Orban E, Li LY, Gilbert M, Napp AK, Kaman A, Topf S, Boecker M, Devine J, Reiß F, Wendel F, Jung-Sievers C, Ernst VS, Franze M, Möhler E, Breitingner E, Bender



S, Ravens-Sieberer U. Mental health and quality of life in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: a systematic review of longitudinal studies. *Front Public Health*. 2024 Jan 8;11:1275917. doi: 10.3389/fpubh.2023.1275917. PMID: 38259801; PMCID: PMC10800626.

Sayed AA, El-Gendy AA, Aljohani AK, Haddad RA, Taher OH, Senan AM, Qashqari AM, Alqelaiti BA. The Effects of COVID-19 on the Mental Health of Children and Adolescents: A Review. *Cureus*. 2024 Mar 19;16(3):e56473. doi: 10.7759/cureus.56473. PMID: 38638779; PMCID: PMC11025694.

Scattoni ML, Micai M, Caruso A, Gila L, Fulceri F, Galati G, Costantino MA, Molteni M, Petralia P, Lanari M, Corinaldesi C, Garlatti C. Mental Health among Italian Children and Adolescents during and after the SARS-CoV-2 Pandemic: A Professionals' Focus Group Study. *J Clin Med*. 2023 Jun 26;12(13):4270. doi: 10.3390/jcm12134270. PMID: 37445305; PMCID: PMC10342473.

Senior SL, Caan W, Gamsu M. Welfare and well-being: towards mental health-promoting welfare systems. *Br J Psychiatry*. 2020 Jan;216(1):4-5. doi: 10.1192/bjp.2019.242. PMID: 31699169.

Theunissen MHC, de Wolff MS, Reijneveld SA. The Strengths and Difficulties Questionnaire Self-Report: A Valid Instrument for the Identification of Emotional and Behavioral Problems. *Acad Pediatr*. 2019 May-Jun;19(4):471-476. doi: 10.1016/j.acap.2018.12.008. Epub 2019 Jan 10. PMID: 30639760.



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

Via di Villa Ruffo, 6
00196 Roma
(+39) 06 6779 6988
segreteria@garanteinfanzia.org
www.garanteinfanzia.org