

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

2.

SEDUTA DI MARTEDÌ 20 SETTEMBRE 2016

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE
MICHELA VITTORIA BRAMBILLA

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Di Iullo Tancredi, <i>presidente dell'Ordine degli psicologi della Regione Abruzzo</i>	4, 5, 6, 8, 10
Brambilla Michela Vittoria, <i>presidente</i>	3		
INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SALUTE PSICOFISICA DEI MINORI		Ferrara Elena	7
Deliberazione di integrazione del programma:		Giardina Fulvio, <i>presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi</i>	3, 9
Brambilla Michela Vittoria, <i>presidente</i>	3	Mattesini Donella	5
Audizione di rappresentanti del Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi (CNOP):		Padua Venera	7
Brambilla Michela Vittoria, <i>presidente</i> .	3, 5, 10, 11	ALLEGATO: Documentazione presentata dagli auditi	12
Bertorotta Ornella	6		

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE
MICHELA VITTORIA BRAMBILLA

La seduta comincia alle 14.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Deliberazione di integrazione del programma.

PRESIDENTE. Sulla base di quanto deliberato nella riunione dell'Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, del 28 giugno 2016, propongo una integrazione al programma dell'indagine conoscitiva sulla tutela della salute psicofisica dei minori nel senso di estendere l'ambito dell'indagine alla situazione e alla tutela della salute psicofisica dei minori disabili, nonché alla situazione dei reparti di pediatria oncologica, con un approfondimento specifico in merito alle cure palliative.

Su tali modifiche è stata acquisita l'intesa del Presidente del Senato e della Presidente della Camera, ai sensi dell'articolo 144, comma 1, del regolamento.

Nessuno chiedendo di intervenire, la Commissione delibera la modifica dell'indagine conoscitiva e l'integrazione del programma nei termini illustrati dalla presidente.

(Così rimane stabilito).

Audizione di rappresentanti del Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi (CNOP).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla salute psicofisica dei minori, l'audizione di rappresentanti del Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi (CNOP).

Sono presenti il dottor Fulvio Giardina, presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi (CNOP) e il dottor Tancredi Di Iullo, Presidente dell'Ordine degli psicologi della Regione Abruzzo, nonché componente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi.

Do quindi la parola al dottor Giardina.

FULVIO GIARDINA, *presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi.* Ringrazio la presidente e la Commissione per l'invito, e voglio ricordare che presso il Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi è stato istituito nel settembre 2014 il Gruppo di lavoro Infanzia e adolescenza; attraverso questo gruppo di lavoro stiamo affrontando l'ipotesi di proporre una riduzione della frequenza scolastica, vogliamo che i bambini e i ragazzi a scuola vadano e tornino allegri, con la voglia di ritornare.

Stiamo valutando anche questo progetto per far scomparire l'impegno scolastico pomeridiano, perché deve prevalere il gioco, e debbo dire che il MIUR condivide questo percorso che contiamo di definire meglio a fine anno.

Lascerei ora la parola al mio collega Di Iullo, che tra l'altro è il referente del gruppo di lavoro Infanzia adolescenza.

PRESIDENTE. Lascio quindi la parola al presidente dell'Ordine degli psicologi della Regione Abruzzo, Tancredi Di Iullo.

TANCREDI DI IULLO, *presidente dell'Ordine degli psicologi della Regione Abruzzo*. Vi ringrazio soprattutto per la sensibilità che questa Commissione mostra nell'occuparsi dei problemi dell'infanzia e dell'adolescenza.

Riprendo solo un passaggio del discorso del presidente per lanciare il messaggio che la psicologia non si occupa più solo di psicopatologia, ma cerca di favorire il benessere delle persone e nella fattispecie dei minori.

Per questo motivo il Consiglio nazionale ha attivato per l'infanzia e l'adolescenza una serie di gruppi di lavoro. Uno riguarda le problematiche che emergono nella scuola, l'altro, che ho l'onore di presiedere, riguarda proprio l'infanzia e l'adolescenza.

Abbiamo predisposto un piccolo *dossier* che lasciamo agli atti, e nel *mare magnum* dei dati e delle statistiche abbiamo cercato di estrapolare quelli che in questo momento sono di maggiore attualità. Ci riferiamo ad esempio a tutta la problematica legata all'uso dei *social*, che rimanda anche alla legge già esaminata dalle Commissioni parlamentari sul bullismo e *cyberbullismo*, altra nota di merito.

Il 24 per cento dei minori trascorre alla televisione da due a quattro ore al giorno, dato importante per evidenziare come guardare la televisione senza la mediazione di un adulto possa creare le condizioni per il malessere dell'infanzia, laddove siamo invece accomunati dall'obiettivo di perseguire il benessere. Lo stesso vale per il computer, davanti al quale il 23,6 per cento dei minori trascorre da due a quattro ore al giorno.

L'uso dei *social* per noi psicologi non va demonizzato, perché sono strumenti che ci appartengono, che facilitano le comunicazioni, avvicinano le persone, ma sicuramente dobbiamo aiutare i nostri ragazzi a farne un uso più appropriato, più consono e, anziché usarlo per videogiocare, usarlo per collegarsi con la biblioteca di New York.

Vi è quindi una positività nel sistema di comunicazione, ma abbiamo necessità anche di aiutare gli adulti, i genitori, a non avere questo rapporto di odio e amore

verso il computer, perché il genitore nasconde la sua incapacità o lasciando che i ragazzi lo utilizzino da soli o addirittura vietandolo. Questo atteggiamento ci porta direttamente a tutti i pericoli legati al *cyberbullismo*, sul quale abbiamo riportato qualche dato.

Le statistiche sugli atti di *cyberbullismo* parlano di un 7 per cento verso le donne e del 4,6 per cento verso gli uomini, cui si aggiungono tutti gli altri fenomeni connessi al *cyberbullismo*.

Con il mio gruppo di lavoro ci stiamo occupando di tutto quello che riguarda la violenza sui minori; non mi soffermo sul maltrattamento psicologico, sul maltrattamento fisico e sull'abuso sessuale, ma mi preme sottolineare un altro fenomeno, la cosiddetta « violenza assistita », ossia la violenza a cui il minore assiste quando c'è una situazione di grossa conflittualità tra adulti, tra genitori.

La violenza assistita può indurre il ragazzo ad imitare, quindi come affrontiamo i discorsi di rispetto dell'altro, di rispetto della donna se l'insegnamento deriva da questo dato? Stiamo parlando di un 4,2 per cento di persone, laddove i numeri danno una dimensione, ma il 4 per cento rappresenta comunque un dato rilevante.

Per quanto riguarda l'abbandono scolastico, ci ricollegiamo all'altro gruppo di lavoro del Consiglio nazionale, quello sui disturbi di apprendimento, perché l'abbandono scolastico nasce non solo nei quartieri a rischio per fenomeni di carattere sociale, economico e ambientale, ma anche dal fatto che il ragazzo, a causa di problematiche di apprendimento non riconosciute o non gestite nel corso degli anni, ritenendosi incapace di apprendere, si autoconvince che la scuola non è importante e che quindi può abbandonarla.

Non sfugge a nessuno l'importanza del processo di maturazione che la scuola può indurre, l'importanza per il futuro dei nostri ragazzi e della società dei percorsi realizzati a scuola. Questo rappresenta quindi un ulteriore motivo di malessere che va gestito, fronteggiato, preso in considerazione unitamente al MIUR, presso cui, come diceva il presidente, siamo stati

accolti sia dal sottosegretario che dai dirigenti, quindi stiamo portando avanti un discorso di individuazione precoce dei disturbi di apprendimento.

Ci sono poi i dati sull'obesità che rimandano a tutti i programmi specifici; il Ministero della salute ha attivato il progetto «Occhio alla salute», ho partecipato ai tavoli di interlocuzione e in quanto dipendente di un'ASL abruzzese mi confronto con i colleghi. Stanno emergendo i dati sull'alimentazione scorretta dei ragazzi, che sono connessi non solo ad abitudini alimentari legate a determinati contesti, ma anche a condizioni socio-economiche che impediscono una modulazione della famosa dieta mediterranea, quindi su questo impatta molto anche la condizione economica.

In merito al disagio mentale, vorrei riferirmi al disturbo a carattere anche psichiatrico che si evidenzia nell'età adulta, ma che impattiamo all'interno della categoria di disturbi dell'età evolutiva che riconduciamo ai disturbi pervasivi dello sviluppo, l'autismo, che sta prendendo denominazioni di vario genere per cui si parla di «spettro autistico», oltre a una serie di altre problematiche definite in sanità disturbi della condotta, disturbi delle emozioni, che traggono origine dall'infanzia.

Questi elementi che molto umilmente sottoponiamo alla vostra attenzione unitamente ad altri, accentuano l'azione meritoria di questa Commissione nell'occuparsi dell'infanzia e dell'adolescenza.

PRESIDENTE. Grazie, dottore, le pongo subito una prima domanda partendo dalla sua relazione. Credo spetti a questa Commissione nell'ambito di questa indagine anche stabilire se oggi i minori abbiano dallo Stato sufficiente assistenza in questi ambiti che ne coinvolgono la salute.

Lei parlava di problemi psicologici e di disabilità come l'autismo, quindi dal vostro osservatorio come valuta l'assistenza che il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori nelle varie occasioni in cui questa si rende necessaria, dai casi di violenza ai casi di violenza assistita, dall'autismo alle disabilità che soprattutto nella fase adolescenziale necessiteranno dell'aiuto di uno psi-

colo per essere comprese e capite meglio, dall'obesità ai disturbi dell'alimentazione? Il punto è anche questo, si fa abbastanza?

L'impressione che ho avuto parlando con vari professionisti è che spesso vengano seguiti solo a livello privato o di associazioni, quindi chi ha la possibilità è seguito, mentre i minori che non ne hanno la possibilità è sono svantaggiati perché l'aspetto psicologico viene lasciato in secondo piano rispetto ad interventi sanitari che non afferiscono solo alla sfera emotiva e mentale.

DONELLA MATTESINI. Le domande sarebbero tante, ma intanto sono d'accordo con lei sull'esigenza anche in termini di minori di parlare di salute come prevenzione, punto fondamentale, quindi che il lavoro che svolgete dentro le strutture pubbliche e nell'attività privata porti questo segno.

Occuparsi di minori vuol dire secondo voi occuparsi in primo luogo degli adulti? Si cresce infatti con l'esempio e l'esempio vale per l'uso degli strumenti tecnologici come per la violenza assistita. Ieri sera è stato presentato un bel film in uscita, in cui un bambino di fronte alla mamma fuggita dal marito violento in casa rifugio stava battibeccando con una bambina, la mamma gli dice di smetterla e non essere violento, ma lui risponde: «il babbo lo faceva tutti i giorni con te!», quindi si cresce effettivamente per esempio.

Quanto anche sul tema della salute è importante educare gli adulti e qual è il vostro punto di vista su questo? Credo che o partiamo da questo o faremo un cammino in salita, non potendo utilizzare al meglio le risorse. Questo vale naturalmente per l'organizzazione dei servizi pubblici, vale per l'educazione degli insegnanti, vale per tutti coloro che devono accompagnare la crescita di minori. Vorrei sapere cosa ne pensate, però purtroppo non potrò ascoltare la risposta.

PRESIDENTE. Diamo prima risposta a queste due domande e poi passiamo ad una nuova.

TANCREDI DI IULLO, *presidente dell'Ordine degli psicologi della Regione Abruzzo.*

Rispetto alla domanda della presidente, come voi sapete le legislazioni regionali sono varie, quindi ogni regione ha una legislazione diversa ed è difficile fare un quadro sinottico.

Globalmente il nostro osservatorio ci dice che i servizi riferiti al tema del disturbo dello spettro autistico, ad altre disabilità o anche ai DSA, disturbi specifici dell'apprendimento, sono sicuramente carenti. Questo non significa che in una regione possano essere meno organizzati che in un'altra.

Da questo punto di vista non vorrei essere di parte (qui c'è il senatore Razzi che è abruzzese come me) ma in Abruzzo non abbiamo servizi di neuropsichiatria infantile composti da psicologo, neuropsichiatra e assistenti sociali, se non il centro di riferimento per l'autismo a L'Aquila.

ORNELLA BERTOROTTA. Anche in Calabria non ci sono.

TANCREDI DI IULLO, *presidente dell'Ordine degli psicologi della Regione Abruzzo*. Questo è sicuramente troppo poco. Tutto quello che riguarda la riabilitazione cognitiva dei minori in molte regioni d'Italia è affidato al privato convenzionato, quindi il pubblico non riesce ad assicurare i servizi.

Tutto quello che riguarda le problematiche concernenti il disturbo del percorso di apprendimento del ragazzo a scuola, una volta assicurato dalle famose *equipes* medicopsicopedagogiche gestite dai comuni, adesso dovrebbe essere seguito dai servizi di neuropsichiatria che latitano sul nostro territorio.

Da questo punto di vista consideriamo necessario attivare per i minori servizi che abbiano un'organizzazione non rigida, perché tendenzialmente pensiamo a neuropsichiatra, psicologo e assistente sociale, mentre dobbiamo tener conto che esistono i terapeuti della riabilitazione, i terapeuti occupazionali, i logopedisti, altre figure che devono ragionare (anche questa è prevenzione) con un altro paradigma mentale e di approccio professionale: il lavoro multidisciplinare.

Non dobbiamo più essere compartimenti stagni ancorati alle nostre compe-

tenze di neuropsichiatra, psicologo, logopedista, assistente sociale, ma abbiamo necessità di fare squadra. Come si evidenzia anche nelle discussioni tra i colleghi del Consiglio nazionale, questo potrebbe rappresentare un valore aggiunto nella creazione dei servizi, perché la soluzione di un problema emerge da una sintesi, non dal singolo professionista. Questo è un discorso che mi permetto di suggerire.

La senatrice Mattesini ha ragione, perché, se vogliamo ragionare in termini di prevenzione, dobbiamo necessariamente occuparci degli adulti che aiutano a crescere i ragazzi. Nel momento in cui interveniamo sui ragazzi possiamo parlare di prevenzione secondaria, ma un processo patologico è già stato innescato, quindi condivido le sue considerazioni sull'esigenza di dare molta attenzione agli adulti, ai genitori.

Voi sapete che noi psicologi siamo stati molto bravi a costruire tante teorie di apprendimento, ma quella che non cambia mai è l'apprendimento per imitazione. Prima vi parlavo di violenza assistita, per cui, se mio figlio mi sente dire a mia moglie « prendimi l'acqua », il suo *modus operandi* sarà quello di dire alla sorella o alla moglie « prendimi l'acqua ». Questo è un discorso non di violenza assistita, ma comunque di approccio al rapporto con l'altro sesso e in generale di rispetto dell'altro. Questo avviene per il meccanismo dell'apprendimento per imitazione.

Per quanto riguarda gli incidenti stradali diciamo che indossare la cintura e il casco riduce i rischi, come è dimostrato, ma dobbiamo trasferire questo esempio ai minori che portiamo con noi, a dimostrazione che l'intervento deve essere fatto con gli adulti, così come per un'altra serie di problematiche e per il valore che diamo alla scuola è necessario un intervento sugli educatori, sugli insegnanti.

Quando li definisco educatori non sminuisco il loro ruolo, perché educatori tendenzialmente siamo tutti e ha un significato nobile. Sugli insegnanti è opportuno adottare una modalità diversa anche per organizzare i processi di apprendimento e la giornata del ragazzo.

Il presidente diceva che stiamo lavorando per ridurre il numero di ore di lezione, ma questo non significa che la scuola il pomeriggio non possa essere utilizzata per attività socializzanti, laboratoriali, per far crescere i ragazzi in contesti sicuramente migliori delle nostre piazze.

ELENA FERRARA. Innanzitutto volevo ringraziarvi della relazione e dei dati che ci avete fornito, io sono particolarmente interessata all'aspetto della prevenzione e del contrasto al *cyberbullismo*, e la norma in discussione alla Camera è stata approvata al Senato all'unanimità un anno e mezzo fa, a seguito di un'indagine conoscitiva.

I dati che avete presentato sicuramente fanno riferimento a delle ricerche, sono in continua evoluzione e non sono positivi. Credo che il dato più eclatante sia la situazione psicologica della vittima, laddove l'isolamento è maggiore perché la Rete non dà tregua, quindi i casi di depressione superano il 70 per cento, quelli i autoleisionismo il 50, così come il pensare al suicidio il 50, mentre l'11 lo tenta e qualcuno ci riesce.

Vi faccio questa domanda ringraziandovi di aver posto questo come tema importante (la presidente Brambilla è da tempo interessata e attenta come anche questa Commissione) perché mi interessa approfondire la differenza tra una vittima ancora in fase evolutiva e una vittima maggiorenne. Secondo voi qual è sul piano psicologico la differenza sostanziale, che ci possa aiutare a capire se le misure ipotizzate per i minori e non per tutti siano ancora da salvaguardare oppure siano da annacquare nel *mare magnum* della popolazione intera?

VENERA PADUA. Anch'io ringrazio non per forma, ma sinceramente riconoscendo per il vostro lavoro davvero prezioso.

Sono contenta di questa occasione perché in Commissione abbiamo lavorato insieme e purtroppo conosciamo le sofferenze da educatori, da insegnanti, da medici, ognuno per quello che vive, ma era opportuno evidenziare sul discorso dello spettro autistico, della riabilitazione cogni-

tiva o psicologica le difficoltà, disparità e disomogeneità presenti nel nostro Paese.

La norma sull'autismo che abbiamo felicemente approvato e della quale mi onoro di essere stata relatrice (abbiamo sofferto per portarla a casa, però in maniera condivisa, perché tutte le forze politiche l'hanno sostenuta) deve stimolare ognuno di noi come cittadino e come professionista impegnato ad aiutare i familiari di questi bambini e ragazzi che poi diventano uomini e donne, perché crescono e il problema diventa più grave.

Sappiamo anche che la diagnosi sembra scomparire, in realtà non scompare, ma si trasforma e si disperde in altre forme. Adesso abbiamo una norma che finalmente, nonostante il Titolo V e tutte le difficoltà connesse, pone l'esigenza di avere un quadro omogeneo per il nostro Paese, che ognuno poi declinerà come ritiene, però seguendo delle linee guida molto stringenti, perché un piccolo articolo alla fine della norma stabilisce che le regioni che non la applicano subiranno una detrazione dal loro fondo.

Dobbiamo però essere molto attenti ad informare i genitori, perché spesso non sono a conoscenza di tutto questo. Finalmente dopo quindici anni i Livelli essenziali di assistenza (LEA) stanno per arrivare e prevedono terapie cognitivo-comportamentali o comunque terapie validate scientificamente, perché è insopportabile che un bambino che nasce a Canicattì piuttosto che in Valle d'Aosta possa avere una terapia e una sorte diverse, laddove, se l'intervento non è intensivo e assolutamente tempestivo, servirà a poco o nulla.

Credo che in questo abbiamo ottenuto un buon risultato, ma da realizzare concretamente, e tutti noi dobbiamo darci una mano in questo senso.

Per quanto riguarda il discorso della neuropsichiatria, lavorando come pediatra a livello consultoriale vedo che i servizi funzionano a macchia di leopardo, in alcune realtà funzionano dignitosamente, anche nel profondo sud, ma in altre parti anche del centro e del nord non è la stessa cosa, quindi dobbiamo accrescere questa consapevolezza anche nelle famiglie.

In sanità ci siamo posti spesso queste problematiche e le abbiamo affrontate, ed è fondamentale far crescere i genitori, perché l'educazione è prioritaria in quanto i bambini faranno quello che vivono, quindi cominciamo dai genitori prima che dalla scuola in quanto, se i genitori si comportano in un certo modo, i bambini che sono spugne faranno esattamente la stessa cosa, quindi prima di tutto c'è il rispetto della persona e il riconoscimento dell'altro.

Bisogna far crescere le famiglie, che purtroppo hanno sempre meno strumenti, e continuo a ribadire in ogni occasione che ci sono delle cellule capillarmente disposte in tutto il nostro territorio nazionale, i consultori familiari, che adesso sono stati trasformati in ambulatori ostetrici, e lo dice una che lavora in consultorio ed è un medico (c'è sempre questo confronto affettuoso tra psicologi e medici).

Il consultorio deve tornare ad essere con il convinto aiuto di tutti un consultorio familiare che si rivolge a utenti da zero a cento anni, quindi aiutare i genitori ad essere genitori. Io ho presentato una proposta di legge sulla responsabilità genitoriale, qualcuno ha sorriso, qualcuno ha apprezzato, ma ritengo che questo sia il cuore del problema perché la prevenzione comincia dai genitori, così come per quanto riguarda l'alimentazione.

La presidente mi scuserà perché ho preso una parte della sua domanda, ma è anche un aiuto che chiedo a tutti noi, perché ognuno per quello che fa (l'insegnante, il papà, la mamma, il rappresentante istituzionale, il professionista) ha il dovere di consegnare a questi nostri bambini e ragazzi un percorso diverso, perché non si vuole bene ai bambini dando loro un *iPhone* a tre anni, ma quando nascono i bambini devono vedersi regalare dei libri che possono tenere in mano e con i quali giocare, che poi impareranno anche a leggere, amando la lettura.

Lo dico come invito, senza demonizzare, a darli quando è il momento, perché i bambini seguono delle fasi di crescita e, se prima non sanno stare seduti e poi imparano a gattonare e a correre, c'è un motivo, allo stesso modo non gli si può dare in

mano una cosa del genere che è uno strumento utile ad una certa età. Far capire questo ai genitori non è semplice, quindi aiutiamoci tutti a crescere. Grazie.

TANCREDI DI IULLO, *presidente dell'Ordine degli psicologi della Regione Abruzzo*. Comincio dalle domande della senatrice che deve andare via: tutto condivisibile, il ringraziamento va al suo attuale ruolo di senatrice ma anche alla sua competenza come pediatra.

Il discorso dei consultori familiari: oggi, a distanza di anni, noi ridiamo sulla funzione del consultorio perché il consultorio nasce come discorso di prevenzione, ma attualmente si è trasformato in ambulatorio ostetrico-ginecologico, e immagino che voi possiate riprendere il discorso.

L'esigenza di aiutare i genitori mi trova totalmente d'accordo, come presidente di un Ordine ma anche come professionista che da trentacinque anni lavora con la disabilità cognitiva, quindi con l'autismo, trova in me un paladino del lavoro fatto con i genitori.

Molti anni fa si diceva che l'autismo derivava dalle mamme frigorifero e lei non può immaginare quante ore di lavoro ho passato ad aiutare le mamme a capire che non c'era alcun frigorifero, ma che potevano fare le cose in una certa maniera. Cito questo esempio per significarle la mia vicinanza alle cose che ha detto e la mia totale condivisione, e posso affermarlo anche a nome di tutto il Consiglio nazionale.

Per quanto riguarda la domanda della senatrice Ferrara, gli psicologi dell'età evolutiva parlano di fasi dello sviluppo, di un collegamento tra la maturità neurologica e i processi di apprendimento e quindi di maturità psicologica. Da questo punto di vista quello che può capire un minore nella fase infantile è diverso da quello che può capire un minore in fase adolescenziale, ci sono istanze e modalità di recepimento diverse, quindi anche l'impatto di episodi di bullismo sicuramente è diverso, così come lo sarà al raggiungimento della maggiore età, perché la persona di 24-25 anni dovrebbe aver raggiunto un assetto maturativo diverso, tale da poter giustificare le avversità della vita.

Sicuramente ci deve essere un approccio diverso nelle diverse fasi, magari senza essere così meticolosi (infanzia, adolescenza, pre-infanzia) perché non possiamo pretenderlo da una legislazione dello Stato, però tenendo conto di questi elementi.

Dobbiamo anche tenere conto che non sempre l'età anagrafica corrisponde all'età maturativa psicologica, quindi può succedere che una persona di 24 anni impatti male, perché in precedenza la sua crescita maturativa non è avvenuta come avrebbe dovuto.

FULVIO GIARDINA, *presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi*. Consentitemi due considerazioni generali; se oggi mia figlia che ha dieci anni dice « papà sto giocando » noi immaginiamo che stia giocando nel cortile a palla o saltando la corda con i compagni, ma nel linguaggio comune ormai è convenzionale ritenere gioco l'uso del *computer* e del telefonino, quindi abbiamo dato una connotazione ludica a uno strumento che in realtà non lo è.

Sono d'accordo con lei, senatrice, ma è impossibile togliere a un bambino di tre anni un gioco; ci sono addirittura telefonini che hanno una struttura logica tipica del bambino, quindi il problema è che generalmente nei casi di bullismo all'inizio c'è una complicità tra vittima e carnefice, c'è il gioco.

Se andiamo su *Facebook* e vediamo quante sono le immagini che fanno ridere o in televisione le trasmissioni che propongono le cadute, è evidente che utilizzano lo strumento per ridere, quindi è molto difficile individuare il discrimine, ossia quando il comportamento viri e non sia più ludico, perché inizialmente nel bullismo la vittima accetta il gioco, perché è un gioco comune e giocando ci si diverte. Quando si va oltre per l'adulto il comportamento è definito dal Codice penale, in quanto commette un reato, perché un adulto possiede la capacità di separare le due cose, ma in età minorile è molto più difficile perché rientra nella tipologia magica del gioco.

Nel discorso del benessere che dovremmo perseguire è impossibile prevedere la patente per l'uso del telefonino, in quanto

tutti siamo ormai schiavi delle nuove tecnologie e rientra nella nostra vita quotidiana: tre giorni fa ho smarrito il mio telefonino a Verona, non ricordavo più neppure il numero di mia moglie, mi sentivo solo e vittima della tecnologia.

Occorre però una trasformazione: così come prevediamo che nelle scuole si impari la lingua inglese, la lingua francese, la lingua della nuova tecnologia, laddove un bambino studiando l'inglese impara non solo le parolacce, ma anche a costruire un pensiero in lingua inglese, allo stesso modo vorremmo che nel sistema scolastico entrasse a pieno titolo questo meccanismo. Non vi so dire come, ma non può essere appannaggio solo dello studente di un istituto tecnico, bisogna insegnare a guidare la macchina, dobbiamo garantire questa capacità.

La resilienza è la capacità di metabolizzare la sofferenza; spesso da bambini abbiamo assistito a scene brutte o siamo stati rimproverati da papà e mamma in maniera dura, ma l'abbiamo superato, l'abbiamo metabolizzato, mentre a volte il non ricordo determina un sintomo nevrotico. La resilienza significa riprendere le fila di uno stile educativo che riscopre queste cose.

Tutto quello che vi sto dicendo i minori stranieri non accompagnati lo stanno sperimentando, per cui paradossalmente fra dieci anni saranno molto più forti dei nostri ragazzi, perché stanno sperimentando tutta quella tipologia emozionale che oggi non caratterizza più i nostri figli, quindi stiamo creando i presupposti per una situazione inversa fra dieci, quindici o vent'anni.

Sono d'accordo con lei, senatrice, e lei sa che il sistema di riduzione della spesa nel sistema sanitario ha decurtato la parte psicologica, ritenendo che la psicologia sia secondaria, ma in una società evoluta (siamo il settimo Paese del mondo) ancora non capire che tutto passa dalla mente significa avere una visione troppo tecnologica.

Noi vorremmo quindi che i consultori riprendessero la missione per cui sono stati costituiti, che si proponesse nelle scuole un insegnamento fin da quando il bambino è in grado di comprendere, facendo scoprire

le potenzialità che lo strumento ludico può avere, perché questo ci permetterebbe di evitare che si rida sempre quando uno scivola sulla buccia di banana. Non so se sono stato chiaro.

PRESIDENTE. Chiarissimo. Mi scuso perché dobbiamo chiudere, in quanto alle 15.00 comincerà l'Aula. Una precisazione, dottor Iullo: siccome abbiamo un *focus* sulla disabilità e lei ci parlava di disabilità di tipo psicologico, quindi di autismo, avete un protocollo per seguire i minori disabili fisici e non soltanto a livello psicologico? Seguire un minore autistico è un discorso, ma i minori che hanno disabilità di tipo diverso con le quali devono convivere, per cui bisogna farglielo comprendere e accettare, hanno ugualmente bisogno di un aiuto, sia loro sia le famiglie. Esiste un protocollo che applicate, alcuni di voi sono specializzati in questo, c'è un centro che se ne occupa?

TANCREDI DI IULLO, presidente dell'Ordine degli psicologi della Regione Abruzzo. Se non ho capito male lei chiedeva se esista qualcosa che permette anche agli altri ragazzi o alle altre famiglie di relazionarsi con i ragazzi autistici.

PRESIDENTE. No, quando parliamo di disabilità noi parliamo di disabilità di tipo psicologico, cioè autistici, o di disabili vari, però un minore con disabilità chiaramente avrà una fragilità emotiva, a maggior ragione se non ha un ritardo, ma solo una disabilità fisica magari importante, quindi sicuramente soprattutto quando comincia a diventare adolescente avrà bisogno di uno psicologo per convivere con una situazione di menomazione rispetto ai suoi coetanei.

Qual è la situazione in questo caso, a parte l'autismo voi psicologi per le altre disabilità applicate un protocollo?

TANCREDI DI IULLO, presidente dell'Ordine degli psicologi della Regione Abruzzo. Un protocollo inteso in senso stretto non esiste, almeno a quanto mi risulta, comunque interventi sulla riabilitazione psicofisica o anche cognitiva vengono realizzati

dallo psicologo all'interno delle strutture di riabilitazione che prima citavo e che in massima parte sono convenzionate con il sistema sanitario regionale e nazionale.

Lei ha fatto un esempio ed è stata molto molto precisa, perché per il bambino con una disabilità motoria a cinque, sei, sette anni il problema si pone poco, mentre a otto, nove, dieci anni, quando il fratellino o il compagno di scuola va a giocare a pallone quella disabilità pesa. Da questo punto di vista, sicuramente nelle strutture riabilitative dove interviene la psicologia: è previsto un percorso di accompagnamento e di elaborazione.

Faccio un esempio della classica elaborazione, per cui al bambino si dice che è vero che non può giocare a pallone, però sa fare altre cose, quindi un discorso di valorizzazione delle altre possibilità. Questo comporta che lo psicologo e gli altri operatori debbano conoscere non solo i deficit, ma soprattutto le potenzialità di quel bambino, altrimenti qual è la *performance* positiva che si può evidenziare?

Questo paradigma mentale, culturale, professionale è stato abbracciato in sanità e consiste nel valorizzare il positivo, partendo dal *deficit* solo come fotografia dell'esistente. Questo è il messaggio che con grande fatica stiamo cercando di far comprendere alle scuole, la necessità di valorizzare.

C'è un meccanismo preciso in psicologia, l'effetto alone o effetto Pigmalione, in base al quale di fronte ad esempio a un bambino Down si evidenzia all'interno dell'area della disabilità che può essere educato più degli altri. Quando ero studente universitario qui a Roma il professor Bollea è stato il primo a dire che con il bambino Down prima si iniziava a lavorare e più risultati positivi si avevano, ma proprio in quest'ottica di proiettarsi nel futuro, di trovare il positivo e di non fermarsi al tratto somatico.

Questo discorso vale per le emiparesi, che colpiscono molti ragazzi che magari poi hanno il fratello aitante che è anche attaccante nella squadra di calcio e si chiedono «perché io no?». Ecco quindi la funzione (e di questo la ringrazio, presi-

dente, perché è un *assist*) della psicologia, la funzione dello psicologo. Noi non siamo venuti qui a chiedere, però è importante dire queste cose, grazie alla nostra formazione possiamo operare insieme ai pediatri e ai neuropsichiatri, come categoria abbiamo la maturità per interfacciarci alle altre professioni, ed è proprio questa la funzione dello psicologo, che nell'ambito della riabilitazione deve accompagnare i percorsi di crescita dei ragazzi nell'accettazione di sé, perché non avere i capelli, come me, non significa non poter fare lo psicologo !

PRESIDENTE. Credo che vi chiederemo di tornare perché questa indagine conoscitiva abbraccia molti aspetti. Disabilità e oncologia pediatrica sono i primi da cui

partiamo, ma poi ci sono altri tre *focus*, quindi non possiamo esaurire il tema in una sola seduta, anche perché l'indagine durerà molto, quindi vi contatteremo di nuovo e naturalmente vi terremo informati sui vari sviluppi.

Nel ringraziare gli auditi, dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

DOTT. RENZO DICKMANN

*Licenziato per la stampa
il 18 aprile 2017*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

ALLEGATO



Al 1° gennaio 2015¹ il totale delle persone di minore età, al di sotto dei 18 anni è di 10.096.165, pari al 16,6% della popolazione residente in Italia. 2.293.778 (23%) è adolescente (Tabella 1), di questi il 186.450 (3,7%) sono stranieri.

Tabella 1. Minori per fascia d'età

Fasce d'età	0-13	14-17
Percentuale Minori	77%	23%

SOCIAL NETWORK

In un'indagine svolta dall'ISTAT² nel 2014, l'83% dei ragazzi tra gli 11 e i 17 anni utilizzava internet con un telefono cellulare e il 57% navigava sul web. I maggiori fruitori di tecnologia sono gli adolescenti 14-17 anni, che utilizzano giornalmente il telefono cellulare nel 92,6% dei casi, nel 50,5% dei casi usano il personal computer e nel 69% dei casi navigano su Internet.

Le ragazze fra gli 11 e i 17 anni usano più frequentemente dei coetanei maschi sia il telefono sia il cellulare, sia Internet. Tali abitudini hanno un impatto anche sulla "sedentarietà" degli adolescenti (Figura 1; Figura 2).

Figura 1. Tempo trascorso davanti alla televisione

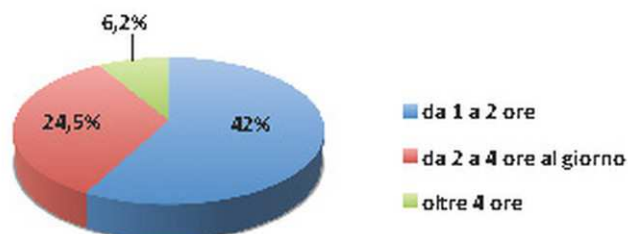
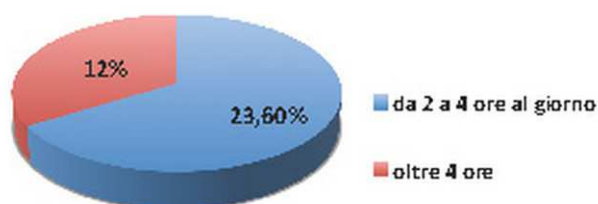


Figura 2. Tempo trascorso davanti al PC





VIDEOGIOCHI

L'incidenza dei videogiochi nello sviluppo psichico dei minori è un dato acquisito. I ragazzi tendono a trasportare nella vita reale alcune tipologie di comportamenti mutuati dai videogiochi. Chiaramente ne possono derivare disagi psichici e comportamentali. Da una ricerca³ condotta nel 2014 da MOIGE (Movimento Italiano Genitori) è emerso che le percentuali dei ragazzi che durante la settimana (dal lunedì al venerdì) utilizzano videogiochi sono molto alte. Gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado giocano in percentuale minore rispetto agli studenti più piccoli. Infine le ragazze mostrano una propensione nettamente inferiore di quella dei ragazzi a giocare (Tabella 2, Figura 3 e Figura 4).

Tabella 2. Studenti che durante la settimana utilizzano i videogiochi

	Scuole secondarie di 1° grado	Scuole secondarie di 2° grado
	%	%
Giocano	71,7	61,4
Non giocano	28,2	38,6
TOTALE	99,9	100

Figura 3. Studenti Scuola secondaria di 1° grado

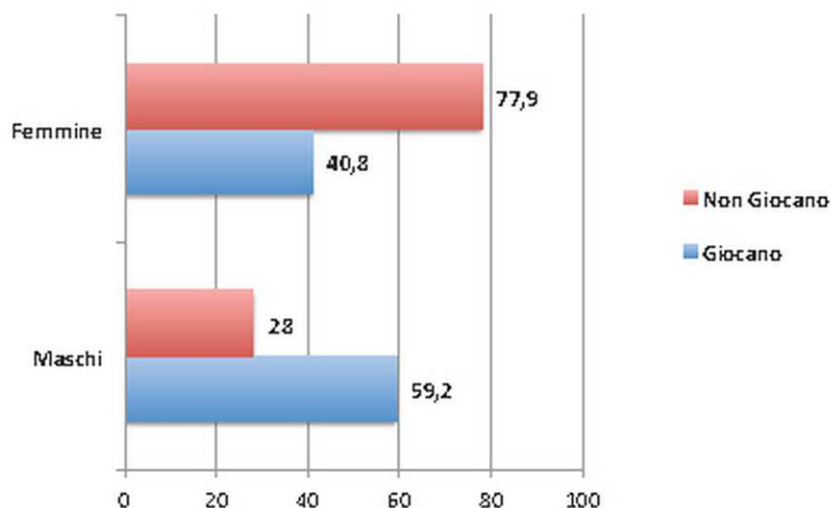
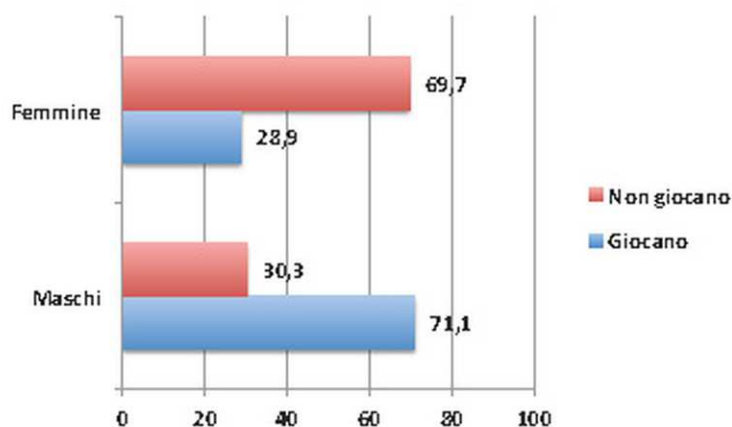




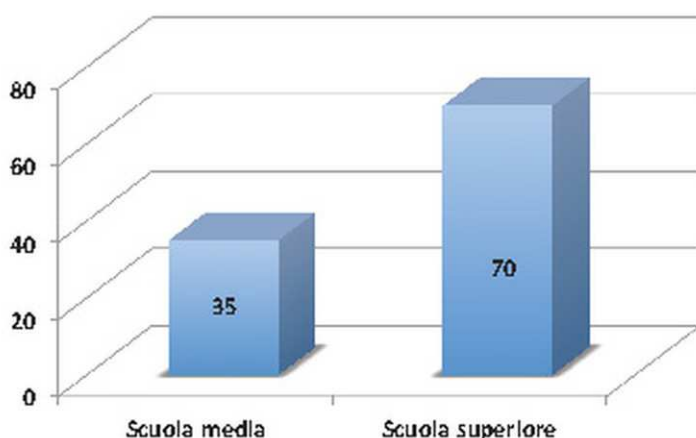
Figura 4. Studenti Scuola secondaria di 2° grado



Il momento della giornata dove più frequentemente si gioca con i videogiochi è il pomeriggio, sia per gli studenti di 1° che di 2° grado.

Il dato più preoccupante riguarda la permissività dei genitori che seppur essendo al corrente dell'uso di questi prodotti non impongono, divieti e regole (Figura 5). Chiaramente l'assenza di regole all'interno del sistema familiare determina una maggiore propensione del ragazzo ad avvicinarsi a questi prodotti. I genitori non impongono divieti al 70% degli studenti di scuola superiore e al 35% degli studenti di scuola media (Figura 5).

Figura 5. % Divieti e regole



**BULLISMO**

Rispetto agli altri Paesi europei la situazione italiana è relativamente meno preoccupante, anche se il fenomeno è in crescita.

Secondo un'indagine ISTAT⁴ condotta nel 2014 poco più del 50% degli 11-17enni ha subito qualche episodio offensivo, non rispettoso e/o violento da parte di altri ragazzi o ragazze nei 12 mesi precedenti. Hanno subito comportamenti offensivi, non rispettosi e/o violenti più i ragazzi 11-13enni che gli adolescenti 14-17enni. (Tabella 3 e Tabella 4).

Tabella 3. Bullismo per fascia d'età

Fasce d'età	11-13	14-17
%	22,5	17,9

Tabella 4. Frequenza del bullismo

	%
Più volte al mese	19,8
Con cadenza settimanale	9,1

Più le femmine che i maschi. Le ragazze sono più di frequente vittime di *cyber bullismo* dei ragazzi. (Tabella 5).

Tabella 5. Episodi offensivi, non rispettosi e/o violenti per sesso

	F	M
Atti di Bullismo	20,9%	18,8%
Atti di Cyber bullismo	7,1%	4,6%

Tabella 6. Prepotenze più comuni

Brutti soprannomi, parolacce o insulti	12,1%
Derisione per l'aspetto fisico e/o il modo di parlare	6,3%
Diffamazione	5,1%
Esclusione	4,7%
Aggressione con spintoni, botte, calci e pugni	3,8%

Interessanti i risultati di una recentissima indagine condotta da CENSIS⁵ in collaborazione con la Polizia Postale e delle Comunicazioni, con un focus sui dirigenti scolastici, che nel 77% dei casi ha indicato Internet fra gli ambienti dove avvengono più frequentemente i fenomeni di bullismo, (Tabella 7).



Tabella 7. Ambienti dove avvengono atti di bullismo

Internet	77%
Luoghi di aggregazione dei ragazzi	47%
Tragitto tra casa e scuola o all'interno della scuola stessa	35%

Tabella 8. Episodi di cyber bullismo gestiti personalmente dai dirigenti scolastici

sexting (Invio con il telefono di foto o video sessualmente espliciti)	10%
Adescamento on line	3%

USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

Da una rilevazione svolta nel 2014⁶ coinvolgendo studenti italiani tra i 15 e i 19 anni di 438 istituti scolastici di secondo grado è emerso che la sostanza maggiormente consumata è la cannabis. Il policonsumo di sostanze, legali e illegali, rappresenta lo stile prevalente, soprattutto per quanto riguarda l'assunzione di alcool, tabacco e cannabis: il 63,4% degli studenti che hanno ammesso il policonsumo ha dichiarato l'assunzione di queste sostanze psicoattive nei 30 giorni precedenti la rilevazione (Tabella 9).

Tabella 9. Uso di sostanze psicoattive

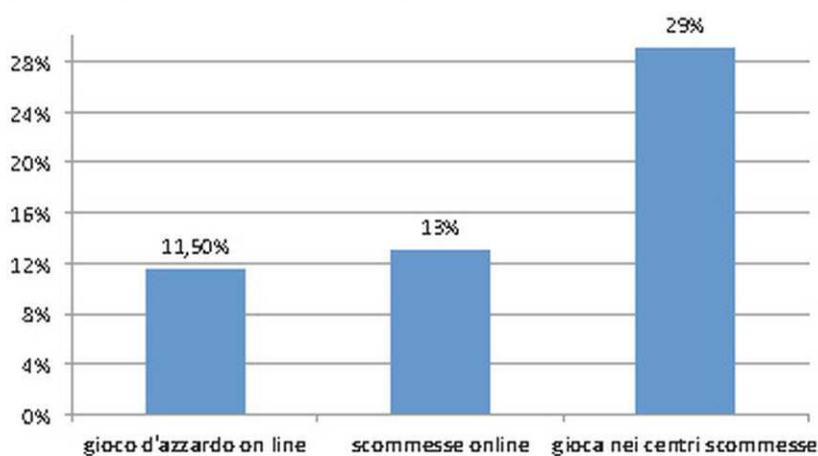
	Almeno una volta nella vita	Nel corso dell'ultimo anno
Cannabis	26,7%	15%
Cocaina e/o crack	2,2%	1,6%
Eroina	0,35%	0,2%
Ecstasy e/o anfetamine	2,2	1,3
Allucinogeni	2,9%	2% (in prevalenza maschi)
Tranquillanti e sedativi senza prescrizione medica	4,8%	2,9% F – 1,3% M



GIOCO D'AZZARDO

Dai dati dell'Osservatorio sulle tendenze e Comportamenti degli Adolescenti⁷ rilevati su un campione di circa 4.000 ragazzi su tutto il territorio nazionale, emerge che l'11,5% dei ragazzi intervistati gioca regolarmente d'azzardo on line; il 13% scommette on line (per il 77% sul calcio e per il 10,4% su altri sport); il 29% gioca anche nei centri scommesse (in genere gli adolescenti tra i 17 e i 19 anni), (Figura 6).

Figura 6. Il gioco d'azzardo nei nativi digitali





ALCOL

L'abuso di alcol rappresenta un comportamento a rischio con notevoli ripercussioni sia sul piano sociale che su quello psicofisico del giovane. Differenti possono essere gli esiti negativi: dagli aspetti classicamente legati alle forme di abuso, come perdita di efficacia nello studio, attività sessuale a rischio, condotte di guida pericolose, comportamenti antisociali o diversamente suicidari ed evoluzioni verso altre forme di abuso di sostanze psicoattive.

Per i giovani è facile entrare in contatto con l'alcol. Rispetto alle droghe l'alcol può essere un ospite fisso in molte case. Vi è pertanto una maggiore familiarità e l'approccio sembra in molti casi naturale.

L'indagine del MOIGE prima citata rileva che gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado (dai 14 ai 18 anni) tendono a sottostimare le conseguenze negative dell'alcol. Soltanto il 27,7% indica le conseguenze come molto negative, rispetto al 43,7% degli studenti di primo grado (dagli 11 ai 14 anni).

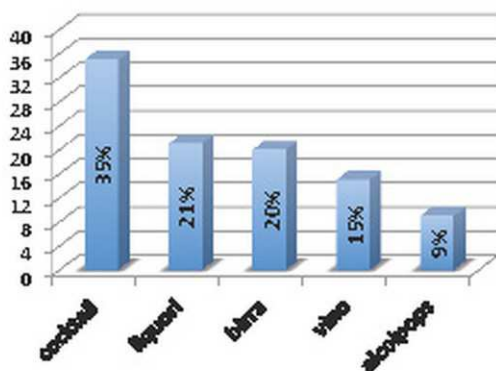
Il 74,7% degli studenti di 2° grado dichiara di aver bevuto almeno una volta negli ultimi tre mesi, mentre tra gli studenti delle Scuole di 1° grado il 40,8%.

Tabella 10. Consumo di alcol

	Scuole secondarie di 1° grado	Scuole secondarie di 2° grado
	%	%
1 volta	23,7	20,8
2 o 3 volte in un mese	12	24
Una volta a settimana	3,8	19,9
Più di una volta a settimana	1,2	9,8

In riferimento alla quantità di alcol consumata negli ultimi tre mesi, il 23,6% degli studenti delle Scuole secondarie di secondo grado sostiene di aver bevuto in media, in ogni occasione in cui hanno consumato alcol, oltre 4 bicchieri. Relativamente alla tipologia delle bevande consumate si veda la Figura 7.

Figura 7. Bevande alcoliche preferite dai giovani





Secondo il recente report nazionale pubblicato dall'Istat (2013; periodo di riferimento anno 2012), il modello di consumo *binge drinking* è molto frequente nei giovani maschi e 9,5% delle femmine per i ragazzi dai 18 ai 24 anni; 12,4% dei maschi e 8,4% delle ragazze per i minori dagli 11 ai 17 anni) e rappresenta in questa fascia di popolazione un'abitudine consolidata.

CONSUMO DI SIGARETTE

Nell'indagine del MOIGE, gli studenti intervistati sia delle Scuole secondarie di primo che di secondo grado, dimostrano di avere in buona percentuale chiara consapevolezza dei rischi e delle conseguenze negative del fumare. I rischi sono molti per il 75,4% degli studenti di primo grado, seguito da abbastanza (17,5%). Soltanto il 7,1% ritiene che i rischi per la salute possano essere pochi (5,1%) o per nulla (2%) presenti nel fumare.

Nonostante ciò elevata è la percentuale degli studenti che dichiara di aver fumato almeno una volta, in particolare tra gli studenti di secondo grado (Tabella 11).

Tabella 11. Consumo di sigarette

Studenti di 2° grado	%
Poche volte	28,9
Molte volte	9,3
Fumatori abituali	20,9

Nel consumo di sigarette non vi è una significativa differenza tra i ragazzi e le ragazze. Le ragazze mostrano solo una lieve minore propensione al consumo rispetto ai ragazzi.

La maggioranza dei ragazzi dichiara di aver fumato la prima sigaretta tra i 14-15 anni (40,1%). Molto alta è anche la percentuale dei ragazzi tra i 12-13 anni (34,1%). Non è un caso che tra i 13 e i 15 anni avvengono solitamente numerosi passaggi evolutivi: maturazione fisica, cambiamento dei contesti sociali come quello scolastico e conseguentemente cambiamenti anche psicologici. La sigaretta, più di ogni altra cosa, è eretta spesso a simbolo di autonomia e adulità e per questo può esercitare maggiore fascinazione proprio nei mutamenti evolutivi, in particolare quando occorre "proporsi".



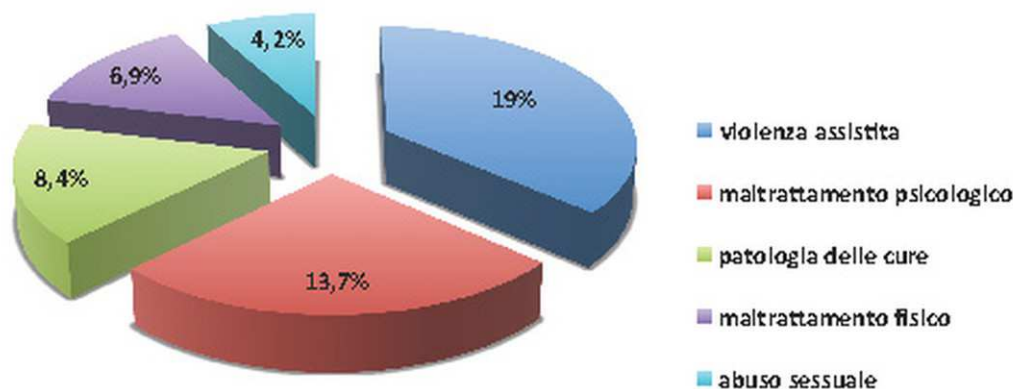
VIOLENZA SUI MINORI

La prima ricerca epidemiologica in Italia su basi scientifiche e confrontabili con i dati internazionali è stata condotta da Cismai e Terre des Homme, con il patrocinio dell'Autorità Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza e presentata nel maggio 2015.

La ricerca si è avvalsa della collaborazione di Anci e Istat e ha raccolto il numero dei minori maltrattati in carico a 251 comuni in tutto il territorio nazionale. L'indagine ha coperto un bacino effettivo di 2,4 milioni di popolazione minorile residente in Italia (il 25% della popolazione minorile italiana). Il dato finale evidenzia che 47,7 minorenni su 1000 sono seguiti dai servizi: i bambini e i ragazzi italiani che si trovano in uno stato di bisogno e per i quali è stato attivato un intervento dei Servizi Sociali sono quindi pari a 457.453.

Le stime emerse, tenendo conto, come sottolineano l'OMS ed altre autorevoli fonti, che le situazioni emerse rappresentano una piccola parte di una realtà ancora sommersa e difficile da rilevare, sono preoccupanti. Rispetto ai minori in carico ai Servizi Sociali per vari motivi di disagio dalla ricerca emerge che ci sono oltre 91mila minorenni maltrattati in Italia, ovvero circa 1 bambino ogni 5 di quelli in stato di bisogno seguiti dai Servizi Sociali è vittima di maltrattamento (Figura 8). Oltre la metà dei bambini maltrattati subisce, quindi, una grave forma di trascuratezza se si prendono in considerazione anche le patologie delle cure. Ed emerge il fenomeno della violenza assistita che costituisce la seconda forma di violenza più diffusa tra quelle registrate: circa 1 bambino su 5 fra quelli maltrattati è testimone di violenza domestica intrafamiliare.

Figura 8. Tipologia della violenza



**ABBANDONO SCOLASTICO**

In un'indagine condotta dal MIUR[®] (dati aggiornati a giugno 2013) è emerso che nella secondaria di I grado, gli alunni "a rischio di abbandono" sono prevalentemente iscritti al secondo e al terzo anno; il fenomeno è più evidente nella scuola secondaria di secondo grado in cui l'abbandono interessa prevalentemente il terzo e quarto anno di corso. Un discorso a parte meritano i corsi serali degli istituti secondari di secondo grado (prevalentemente istituti tecnici e professionali), frequentati quasi esclusivamente da studenti lavoratori i cui tassi di abbandono risultano estremamente elevati.

Tabella 12. Alunni a rischio di abbandono

	Alunni a rischio di abbandono		Iscritti a settembre
	v.a.	per 100 iscritti	
Sec. I grado	3.409	0,2	1.716.549
I anno	717	0,1	570.837
II anno	1.116	0,2	577.010
III anno	1.548	0,3	566.702
Sec. II grado	31.397	1,2	2.523.719
I anno	6.732	1,2	578.804
II anno	4.835	0,9	510.373
III anno	7.050	1,4	508.133
IV anno	8.246	1,8	466.752
V anno	4.734	1,0	459.357
di cui serali	4.520	7,5	60.583
I anno	523	9,0	5.800
II anno	309	7,1	4.347
III anno	1.540	8,8	17.441
IV anno	1.151	8,1	14.274
V anno	994	5,9	18.721

Fonte: MIUR - D.G. per gli Studi, la Statistica e i Sistemi Informativi - Servizio Statistico

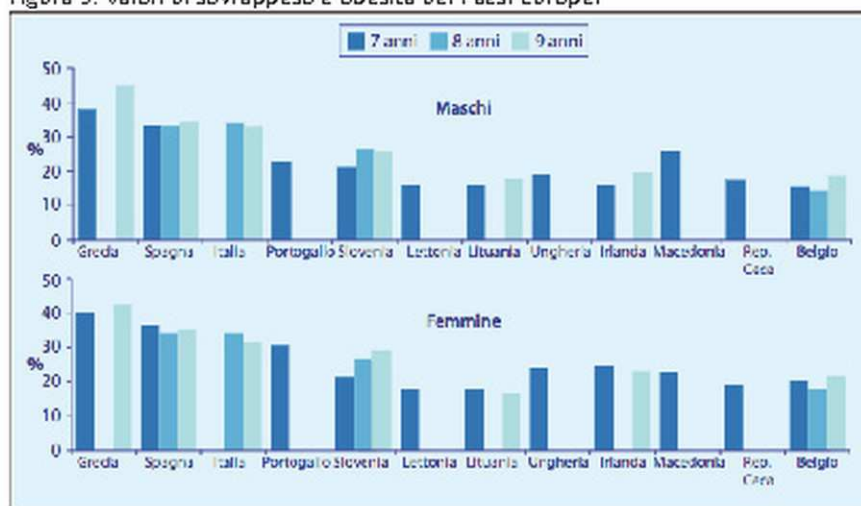
La maggiore concentrazione di alunni che si disperdono durante il percorso della scuola secondaria si registra negli istituti professionali, negli istituti tecnici e nell'area dell'istruzione artistica. L'elevata uscita dal percorso scolastico degli alunni iscritti agli istituti professionali potrebbe tuttavia rivelarsi meno consistente, ove si consideri che una parte (più o meno consistente nelle varie realtà territoriali) potrebbe essere transitata nel sistema regionale di istruzione e formazione professionale senza averne dato comunicazione alla scuola.



OBESITÀ

I dati raccolti dalla Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) della Regione Europea dell'OMS, relativi al 2010 (Figura 9) mostrano valori di sovrappeso e obesità in bambini di 6-9 anni, utilizzando i valori soglia raccomandati dall'International Obesity Task Force (IOTF), che variano dall'11% al 45% tra i maschi e dal 15% al 42% tra le femmine, e la prevalenza della sola obesità dal 3% al 15% tra i maschi e dal 4% al 15% tra le femmine. L'Italia partecipa alla raccolta dati COSI con il Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE⁹, confermando livelli preoccupanti di eccesso ponderale nei bambini di 8-9 anni nel nostro Paese, sebbene in diminuzione e simili a quelli riscontrati in Grecia e in Spagna.

Figura 9. Valori di sovrappeso e obesità dei Paesi Europei



Nel 2014, sebbene si evidenzia una leggera e progressiva diminuzione del fenomeno nel corso degli anni (Figura 10), i bambini in sovrappeso sono il 20,9% (IC 95%: 20,4-21,4) e gli obesi sono il 9,8% (IC 95%: 9,5-10,2), compresi i bambini gravemente obesi che da soli sono il 2,2% (IC 95%: 2,1-2,4); le femmine in sovrappeso e obese sono rispettivamente il 21,2% e il 9,4%, mentre i maschi sono il 20,7% e il 10,3%.

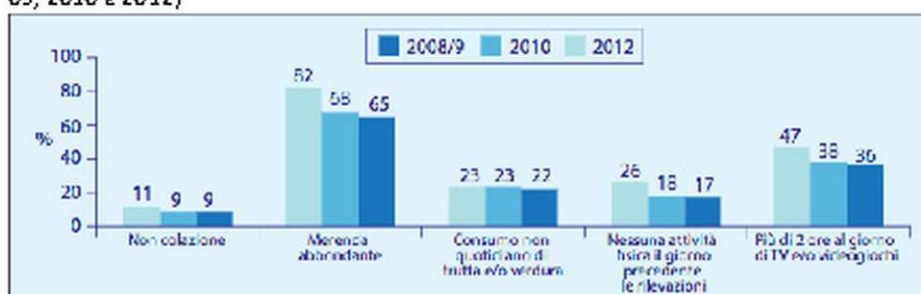
Figura 10. Prevalenze di sovrappeso e obesità tra i bambini di 8-9 anni. Italia, 2008/09-2014





Vi è un'ampia diffusione di abitudini alimentari che possono favorire l'aumento di peso, specie se concomitanti. In particolare, un bambino su dieci non risulta fare la prima colazione. Per quanto riguarda la merenda di metà mattina, si osserva un miglioramento negli anni, sebbene si evidenzia ancora un'elevata percentuale di bambini che la fanno troppo abbondante: il 65% nel 2012 rispetto all'82% de 2010. Per quanto riguarda la salutare abitudine di consumare frutta e verdura, i genitori hanno dichiarato che un bambino su quattro non ne mangia quotidianamente (Figura 11).

Figura 11. Abitudini alimentari, attività fisica e comportamenti sedentari. OKkio alla SALUTE (2008-09, 2010 e 2012)





¹ Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza. I diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia. 9° Rapporto di aggiornamento sui monitoraggi della Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza in Italia, 2015-2016;

² ISTAT, Comportamenti offensivi e violenti tra i giovanissimi: Bullismo, anno 2014, pubblicato a dicembre 2015: <http://www.istat.it/it/archivio/176335>;

³ Si veda la ricerca MOIGE (a cura di A.M. Giannini e P.L. Cordellieri), I divieti trasgrediti dai nostri figli, 2014; l'indagine, condotta nelle scuole del territorio nazionale su un campione di 1.845 minori di età compresa tra gli 11 e i 18 anni, approfondisce l'argomento dell'accesso dei minori alla pornografia, ai videogiochi per adulti, al fumo, all'alcool e al gioco d'azzardo. Per il testo completo della ricerca, si veda: <http://www.moge.it/media/2014/12/I-divieti-trasgrediti-da-nostri-figli-Indagine-integrale.pdf>;

⁴ ISTAT, Comportamenti offensivi e violenti tra i giovanissimi: Bullismo, opz.it.;

⁵ CENSIS, in collaborazione con la Polizia postale e delle Comunicazioni, Verso un uso consapevole dei media digitali, marzo 2016. Si veda il Comunicato stampa: http://www.censis.it/7?shadow_comunicato_stampa=121051; e il Rapporto con i primi risultati: http://www.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/indagine_censis_polizia_postale.pdf

⁶ SPS – DPA, "Indagine sul consumo di sostanze psicotrope, sul gioco d'azzardo e sui fattori di rischio per l'assunzione di sostanze stupefacenti nella popolazione studentesca 15/19 anni": http://presidenza.governo.it/AmministrazioneTrasparente/BandiContratti/Archivio/accordi_pa/politicheAntidroga/SPS_Progetto.pdf; si veda anche Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri: "Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia": <http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/pubblicazioni/relazione-al-parlamento/relazione-annuale-2015/presentazione.aspx> (in particolare, Parte II: Domanda di sostanze –Capitolo 2: Prevalenza e incidenza di uso).

⁷ Cfr. Osservatorio sulle Tendenze e Comportamenti degli Adolescenti: <http://www.adolescienza.it/abuso-di-tecnologie/giochi-dazzardocommesse-online-e-offline-un-quadro-allarmante-dei-ragazzi-di-oggi>

⁸ MIUR, Servizio statistico; *Fonte elaborazione su dati MIUR-Ufficio di statistica

⁹ Istituto Superiore di Sanità. Il Sistema di sorveglianza ORKID alla SALUTE: risultati 2014, Roma 2016.

Si ringrazia per l'indispensabile collaborazione la dottoressa Ines Resce, referente dell'area formazione del Chop.

