

Novembre 2019

Realizzazione di un intervento per il riconoscimento del disagio psichico perinatale e sostegno alla maternità fragile nei servizi del percorso nascita della AUSL di Bologna 1

La sorveglianza sugli adolescenti HBSC - Italia 2018 (Health Behaviour in School-aged Children) 8

Comitato scientifico, ISS

Pierfrancesco Barbariol,
Antonino Bella, Chiara Donfrancesco,
Carla Faralli, Antonietta Filia,
Lucia Galluzzo, Ilaria Lega, Paola Luzi,
Marina Maggini, Sandra Mallone,
Luigi Palmieri, Luana Penna, Paola Scardetta,
Stefania Spila Alegiani,
Andrea Tavilla, Marina Torre

Comitato editoriale, ISS

Antonino Bella, Paola De Castro,
Carla Faralli, Marina Maggini, Angela Spinelli

Impaginazione grafica

Giovanna Morini

Progetto grafico

Lorenzo Fantozzi

Sottometti un articolo

ben@iss

Istruzioni autori

www.epicentro.iss.it/ben/pubblica

Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità

Legale rappresentante e Presidente
dell'Istituto Superiore di Sanità:
Silvio Brusaferrò

Direttore responsabile: Paola De Castro

Iscritto al n. 475 del 16 settembre 1988 (cartaceo)
e al n. 117 del 16 maggio 2014 (online)

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2019

Numero chiuso in redazione il 29 novembre 2019



ISSN 1827-6296

Realizzazione di un intervento per il riconoscimento del disagio psichico perinatale e sostegno alla maternità fragile nei servizi del percorso nascita della AUSL di Bologna

Stefania Guidomei¹, Ilaria Lega², Clara Cicconetti³, Marcella Falcieri⁴,
Elena Castelli⁵, Serena Donati², Silvana Borsari⁶

¹DATeR Area Donna e Bambino, AUSL Bologna

²Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma

³IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

⁴Consultori Familiari, Dipartimento Cure Primarie, AUSL Bologna

⁵Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna, Bologna

⁶Direzione Sanitaria, AUSL Modena

SUMMARY (*Implementation of an intervention for the recognition of perinatal mental distress and support for conditions of frailty in the maternity services of the AUSL of Bologna*) - International guidelines and organizations recommend a routine enquiry on women's mental health during and after pregnancy. Continuity of care and communication between primary mental health services and maternity care were found to be lacking in Italy as in other European countries. A project funded by the Ministry of Health assessed the feasibility of a program to recognize perinatal mental and social distress in the Bologna AUSL in 2017-2018. A total of 2,455 women responded to Whooley's questions, 174 women tested positive for symptoms of depression and 58 of them were referred to a mental health professional or a social worker for further evaluation or treatment. The program demonstrated good feasibility and acceptability and its extension in the Emilia-Romagna Region is still ongoing.

Key words: perinatal mental health; family care centres; Italy

ilaria.lega@iss.it

Introduzione

I disturbi mentali durante la gravidanza e dopo il parto possono presentarsi sia come esordi che come episodi ricorrenti di disturbi manifestatisi in precedenza. I disturbi d'ansia e quelli depressivi colpiscono rispettivamente circa il 13% e il 12% delle donne durante la gravidanza, con frequenza analoga a quella riscontrata in altri momenti della vita della donna (1, 2). La prevalenza del disturbo depressivo nel primo anno dopo il parto è stimata fra il 10% e il 15% (3). I disturbi mentali più gravi del dopo parto, fra i quali il disturbo bipolare e il disturbo depressivo con sintomi psicotici, sono invece molto più rari (1-2/1.000 parti); tuttavia, il rischio di svilupparli per la prima volta, è più elevato nei primi tre mesi dopo il parto che in qualsiasi altro momento della vita di una donna (4, 5). I disturbi

mentali in epoca perinatale presentano alcune importanti specificità. Il riconoscimento può essere più complesso a causa del mascheramento dei sintomi, legato alla difficoltà della madre di esprimere stati d'animo di disagio e sofferenza emotiva per timore dello stigma; le ricadute coinvolgono non solo la donna ma anche il feto/bambino, il partner e il contesto familiare. L'impatto del disturbo può richiedere un intervento più urgente a causa dell'effetto potenziale sul feto/bambino, sulla salute fisica della donna o sulla sua capacità di far fronte alle funzioni di cura in ambito familiare (6). Sono disponibili evidenze che documentano un impatto negativo dei disturbi mentali in gravidanza sugli esiti ostetrici, come l'associazione tra depressione e rischio aumentato di parto pretermine e basso peso alla nascita (7). I disturbi mentali perinatali della madre si associano, inoltre, a un rischio aumentato di disturbi psicologici e comportamentali nel bambino in età evolutiva e di depressione in adolescenza (8). Il riconoscimento, la presa in carico tempestiva e il trattamento dei disturbi psichici in epoca perinatale possono modificare gli esiti di salute della madre, del neonato e del nucleo familiare (6). Tuttavia, nonostante i frequenti contatti della donna con i servizi sanitari durante la gravidanza e nel periodo postnatale rappresentino un'occasione per individuare le condizioni di disagio psichico e prevenirne gli esiti, oltre il 50% dei casi non viene riconosciuto (9).

Nel 2006-12, in 10 regioni italiane che coprono il 77% dei nati nel Paese sono stati individuati 67 casi di suicidio materno, che rappresentano il 12,2% delle 549 morti materne avvenute entro un anno dall'esito della gravidanza (10). L'analisi delle informazioni cliniche disponibili su questi casi ha evidenziato che tre volte su quattro le diagnosi pregresse di disturbi mentali gravi non vengono registrate con la diagnosi ostetrica e che la metà delle donne con un rischio di suicidio elevato dopo il parto non giunge all'osservazione dei servizi specialistici di salute mentale. Questi risultati, in linea con quanto osservato in altri Paesi europei, come il Regno Unito (11) e la Svezia (12), suggeriscono la necessità di migliorare sia la valutazione anamnestica dei problemi di salute mentale in epoca perinatale sia la comunicazione e la continuità delle cure fra servizi per la maternità e servizi per la salute mentale.

Nell'ambito di un progetto multiregionale finalizzato a promuovere l'attenzione al tema della salute mentale perinatale e il sostegno alla

maternità e paternità fragile coordinato dalla regione Emilia-Romagna e finanziato dal Ministero della Salute tramite il bando CCM 2015, l'AUSL di Bologna ha valutato la fattibilità di un intervento per la promozione dell'attenzione al tema del disagio psichico in gravidanza e in puerperio tra i professionisti della rete dei servizi del percorso nascita.

Metodi

L'implementazione dell'intervento ha richiesto alcune attività preliminari.

In primo luogo è stata effettuata la mappatura della rete dei servizi coinvolti nel riconoscimento e nella presa in carico del disagio psichico e sociale perinatale presenti nella AUSL per identificare i professionisti e i servizi ai quali rivolgersi. Alla luce dei risultati della mappatura si è deciso di introdurre l'intervento a livello di consultori familiari (CF) e punti nascita.

Successivamente sono stati organizzati focus group con i professionisti sanitari di riferimento (ostetriche, ginecologi, psicologi, assistenti sociali territoriali; ostetriche e ginecologi ospedalieri; professionisti dei servizi di salute mentale) per l'analisi dei bisogni formativi e organizzativi e focus group con le donne per l'analisi dei bisogni assistenziali.

Contestualmente, in collaborazione con il Reparto Salute della donna e dell'Età evolutiva del Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e il Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva della regione Emilia-Romagna, è stata messa a punto la metodologia di valutazione dell'anamnesi psichiatrica e del rischio sociale in occasione del primo contatto con i professionisti del percorso nascita (Tabella 1). In linea con quanto suggerito dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE) per contesti caratterizzati da attività clinica intensa e non dotati di specifica competenza nell'ambito della salute mentale (6), le domande di Whooley ("Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze? "Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?") sono state scelte quale strumento di screening per la valutazione della presenza di sintomatologia depressiva (13).

Sono stati quindi definiti i protocolli operativi finalizzati a inserire l'intervento di riconoscimento, valutazione e presa in carico del disagio psichico

Tabella 1 - Valutazione anamnestica

Valutazione anamnestica dei fattori di rischio sociale
<ul style="list-style-type: none"> • Abitazione inadeguata o assente • Difficoltà economiche rilevanti /disoccupazione • Immigrazione recente/mancata conoscenza della lingua italiana • Ruolo di caregiver di familiari non autosufficienti • Assenza di un partner/importante conflittualità di coppia • Partner con storia di disturbi mentali gravi e/o di dipendenze patologiche • Violenza domestica attuale o pregressa • Assenza di una rete familiare/amicale <p>In caso di positività di uno o più di questi fattori: interventi di équipe consultoriale o attivazione delle reti locali socio-sanitarie</p>
Valutazione anamnestica dei fattori di rischio legati a disturbi mentali
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi di disturbi mentali gravi attuali o pregressi • Trattamenti attuali o pregressi per disturbi mentali • Familiarità di primo grado (madre, sorella, figlia) per disturbi mentali gravi dopo il parto • Uso di alcol o droghe <p>In caso di positività di uno o più di questi fattori: interventi di équipe consultoriale o coinvolgimento di un servizio specialistico di salute mentale</p>

e sociale perinatale nell'attività clinica abituale dei CF e degli ambulatori ospedalieri della gravidanza a termine dei punti nascita della AUSL (Figure 1-3). A questo punto è stato possibile realizzare

un piano di formazione multiprofessionale rivolto ai clinici coinvolti (ostetriche, ginecologi, psicologi, assistenti sociali ed educatori delle équipe consultoriale; ostetriche e ginecologi ospedalieri).

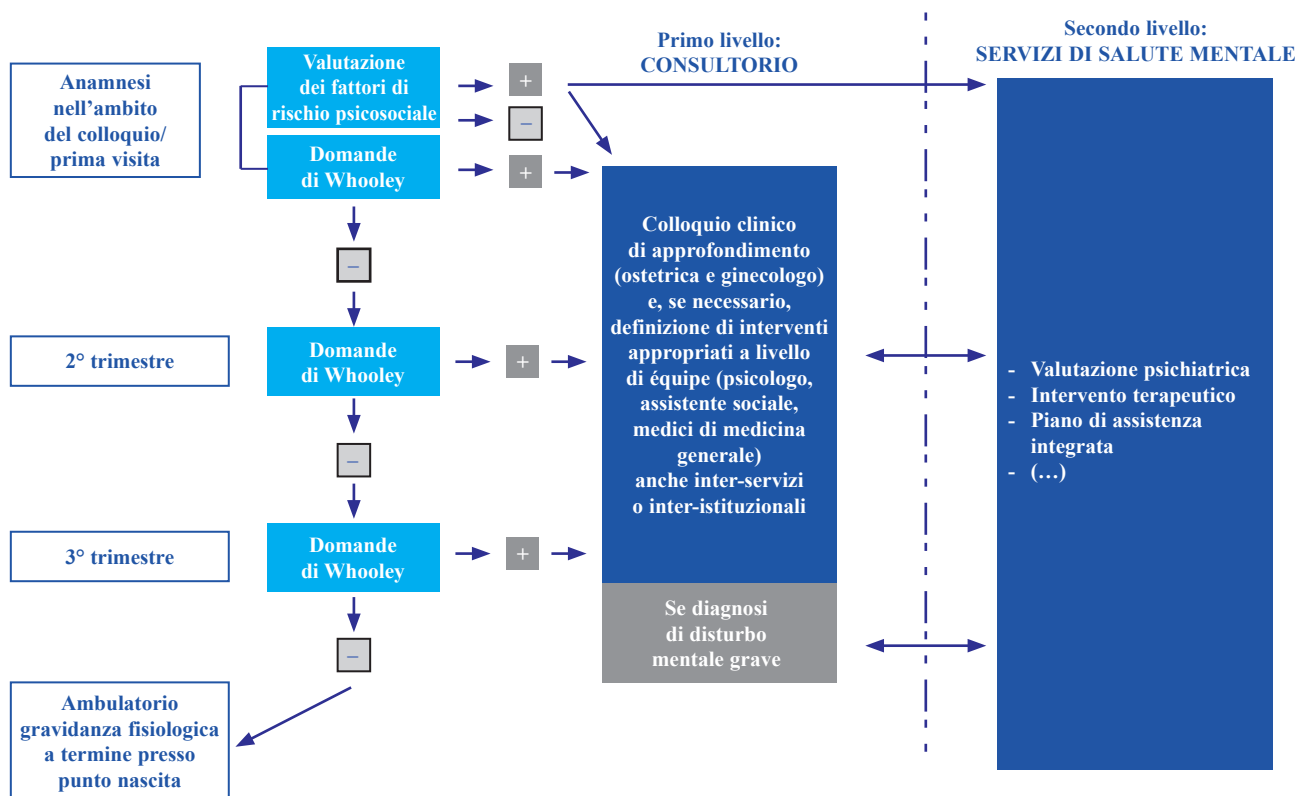


Figura 1 - Protocollo assistenziale per le donne assistite presso il consultorio familiare durante la gravidanza

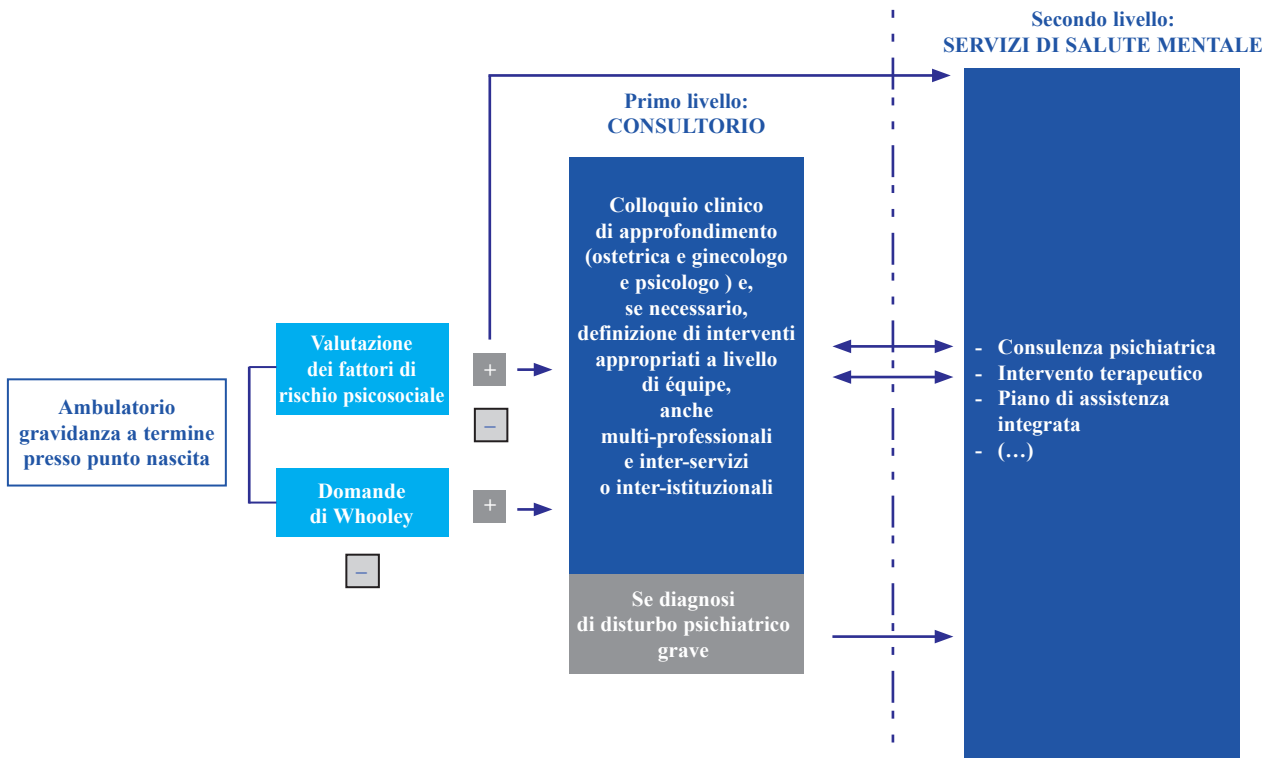


Figura 2 - Protocollo assistenziale per le donne assistite presso l'ambulatorio per la gravidanza a termine del punto nascita

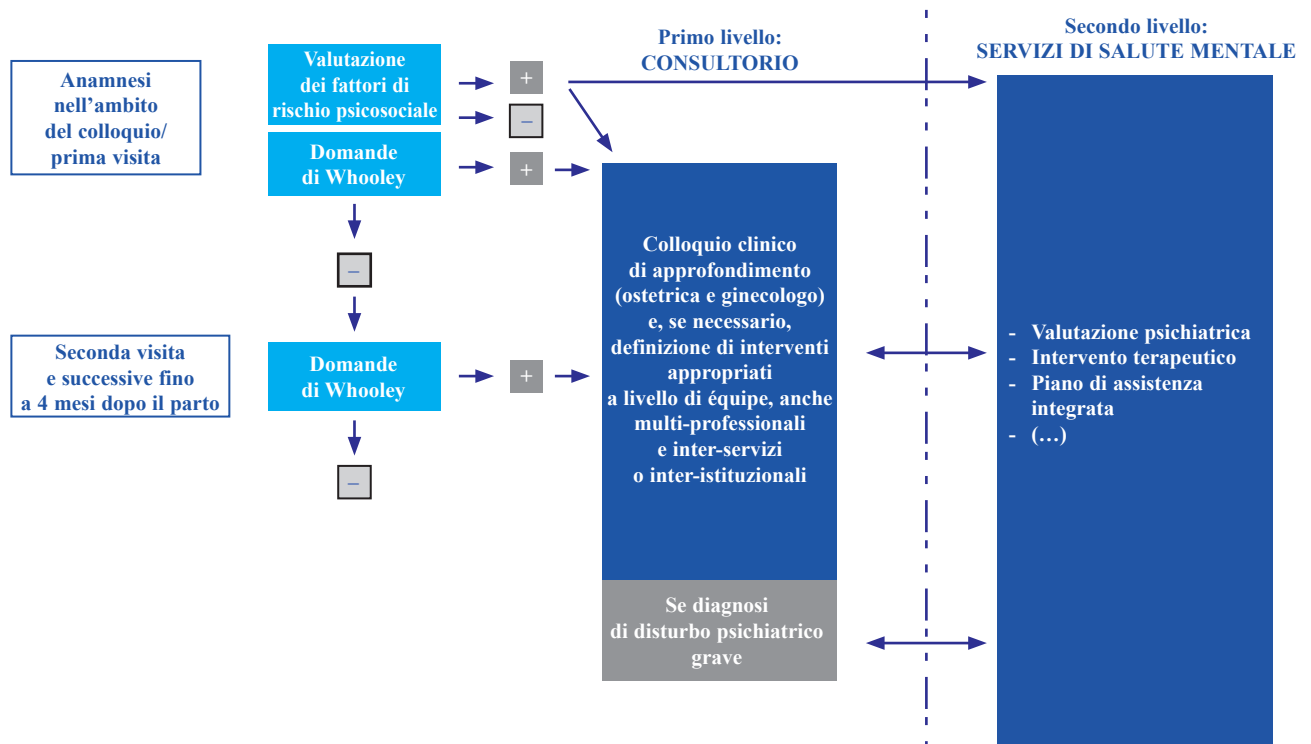


Figura 3 - Protocollo assistenziale per le donne assistite presso il consultorio familiare dopo il parto

Il protocollo dell'intervento è stato autorizzato dal Comitato Etico dell'ISS (Prot. PRE-946/16, Roma 20/12/2016).

L'attività di riconoscimento e presa in carico del disagio psichico e sociale perinatale è stata avviata nel maggio 2017 in sette CF e nel novem-

bre 2017 presso l'ambulatorio della gravidanza di un punto nascita della AUSL di Bologna. A 8 mesi dall'avvio, un'indagine qualitativa realizzata mediante focus group con le donne e i professionisti coinvolti ha valutato la loro percezione dell'intervento proposto.

Risultati

I risultati si riferiscono a 15 mesi di attività nei 7 CF del Distretto della AUSL della città di Bologna e a 9 mesi di attività presso l'ambulatorio ospedaliero del punto nascita del Distretto.

Complessivamente, 3.271 donne sono state reclutate per l'intervento; 816 donne con difficoltà nella comprensione della lingua italiana sono state escluse.

A 2.455 donne sono state sottoposte le domande della anamnesi arricchita dalla raccolta di informazioni su eventuali pregressi disturbi psichiatrici e rischio sociale e sono state somministrate le domande di Whooley. Sono risultate positive alle domande di Whooley 174 donne (7%), a 84/174 (48%) è stato proposto un colloquio di approfondimento con lo psicologo, a 9/174 (5%) un colloquio con l'assistente sociale e a 4/174 (2%) un colloquio con lo psichiatra. Per 77 donne positive non è stato ritenuto necessario un colloquio di approfondimento con un altro professionista sanitario. È opportuno ricordare che in contesti a bassa prevalenza, tutti gli strumenti di screening per la depressione, in particolare gli ultra-brevi, non vanno intesi come strumenti diagnostici ma come indici della probabile presenza di sintomatologia depressiva (14). Inoltre, alla elevata sensibilità delle domande di Whooley risultata pari al 100% in uno studio condotto nel Regno Unito su 155 donne in gravidanza (15) che consente di intercettare tutte le donne con un disturbo corrisponde un valore predittivo positivo (proporzione dei pazienti positivi che hanno effettivamente il disturbo) basso, risultato pari al 33% nel medesimo studio (15). Non sorprende pertanto che già nel corso della prima visita il professionista sanitario del primo livello adeguatamente formato all'uso delle domande non abbia ritenuto necessario un colloquio clinico di approfondimento sullo stato dell'umore.

Solo 45 delle 84 donne (la percentuale che accetta il secondo colloquio è in linea con programmi analoghi) alle quali era stato consigliato un colloquio con lo psicologo lo ha effettivamente sostenuto, mentre tutte le donne inviate all'assistente sociale e allo psichiatra sono giunte all'osservazione dei professionisti indicati.

La presa in carico da parte dei servizi delle donne positive alle domande di Whooley che hanno accettato il colloquio di approfondimento o la valutazione psichiatrica è stata frequente: 40/45 sono state prese in carico dallo psicologo, 9/9 dall'assistente sociale, 3/4 dallo psichiatra.

Fra le 174 donne con test di Whooley positivo, 106 (61%) erano risultate negative alla valutazione dell'anamnesi psichiatrica e del rischio sociale, mentre, fra le 2.281 donne con test di Whooley negativo, 100 (4,4%) avevano un'anamnesi positiva per rischio psicosociale; e sulla base di questo riscontro sono state avviate all'approfondimento da parte dell'équipe consultoriale.

I punti di forza e le criticità dell'intervento emersi dai focus group con i professionisti e con le donne sono riassunti nella [Tabella 2](#).

Per i professionisti l'intervento ha il merito principale di promuovere la consapevolezza dell'importanza della salute mentale nel periodo perinatale e del ruolo che i consultori e gli ambulatori ospedalieri possono giocare nell'accogliere il disagio psico-sociale in gravidanza e dopo il parto. Le domande di Whooley sono state valutate positivamente dai professionisti perché facilitano una valutazione del benessere psichico durante il percorso nascita, consentendo di far emergere il disagio e superare lo stigma della malattia mentale. Le criticità per i professionisti risiedono soprattutto nel timore di non essere in grado di dare una risposta adeguata in presenza di un disagio, per carenza di formazione, di tempo o per il mal funzionamento delle rete socio-assistenziale.

Sia le donne positive che le donne negative alle domande di Whooley ritengono importante l'attenzione agli aspetti emozionali della gravidanza e del puerperio e suggeriscono la necessità di coinvolgere in maggior misura il partner nell'intervento.

Discussione e conclusioni

Le linee guida e gli organismi internazionali raccomandano la valutazione anamnesticca dei disturbi mentali e delle condizioni di disagio sociale e la valutazione dello stato di salute mentale quale parte integrante della presa in carico della donna durante la gravidanza e dopo il parto (6, 13). Inoltre, la comunicazione e l'integrazione tra servizi e professionisti delle cure primarie, del percorso nascita e della salute mentale sono necessarie per prestare cure di buona qualità alle donne con problemi di salute mentale in epoca perinatale (11). L'intervento di riconoscimento, valutazione e presa in carico del disagio psichico e sociale perinatale presso i CF e l'ambulatorio ospedaliero della gravidanza a termine della AUSL di Bologna ha perseguito questi obiettivi e si è rilevato fattibile. Dal 2019, grazie a un finanziamento dedicato del Ministero della Salute, il modello è stato esteso ad altre AUSL della regione.

Tabella 2 - Punti di forza e criticità emersi dai focus group

Focus group con professionisti
<i>Punti di forza</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Formazione inter-professionale ● Definizione della rete assistenziale ● Utilità delle domande di Whooley per: introdurre l'attenzione allo stato di salute mentale nei servizi del percorso nascita; far emergere il disagio; superare lo stigma
<i>Punti critici</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Necessità di maggiore formazione sulla somministrazione delle domande di Whooley ● Difficoltà a modificare la prassi assistenziale ● Difficoltà a dare una risposta adeguata ai bisogni emersi per l'intensa attività clinica ● Difficoltà a coinvolgere le donne migranti ● Timori sul funzionamento della rete assistenziale
Focus group con le donne
<i>Punti di forza</i>
<p>Donne Whooley positive</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Utilità della terapia psicologica <p>Donne Whooley negative</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Attenzione allo stato emotivo ● Relazione empatica con l'ostetrica <p>Coinvolgimento di un servizio specialistico di salute mentale</p>

La competenza e l'abilità relazionale e comunicativa dei professionisti socio-sanitari sono state messe al centro dell'attività di riconoscimento precoce. L'attivazione dell'équipe specifica multiprofessionale costituita dai diversi professionisti della rete territoriale e ospedaliera, coinvolti di volta in volta, ha consentito la presa in carico dei casi di disagio psichico o sociale individuati, nonostante le difficoltà nella comunicazione e nel collegamento fra servizi.

L'intervento proposto presenta alcuni limiti. Il principale è l'assenza di valutazione degli esiti tra le donne partecipanti. Inoltre, non sono state raccolte informazioni su possibili falsi negativi né sulla modalità e la durata del trattamento per le donne prese in carico a livello specialistico. Il progetto, applicando una metodologia raccomandata a livello internazionale (6), si è limitato a valutarne la trasferibilità nel contesto italiano. La percentuale di donne Whooley positive (7%) e la percentuale di donne che effettuano il colloquio di approfondimento (53%), in linea con le evidenze provenienti da programmi analoghi (6,15), suggeriscono che l'intervento sia stato realizzato secondo modalità sovrap-

ponibili a quelle che lo hanno ispirato. I risultati della valutazione qualitativa sono stati utilizzati nella messa a punto dell'intervento attualmente in corso a livello regionale, che prevede anche la realizzazione di un monitoraggio nel tempo degli esiti di salute delle donne partecipanti. Particolare attenzione sarà dedicata alla formazione dei professionisti dei dipartimenti di salute mentale sull'assistenza alle donne con problemi psichiatrici in età riproduttiva e in gravidanza e puerperio.

L'auspicio è che l'applicazione su larga scala dell'intervento possa confermare i punti di forza e superare le criticità evidenziate nell'esperienza della AUSL di Bologna, contribuendo alla promozione e alla tutela della salute mentale delle donne in gravidanza e dopo il parto della regione Emilia-Romagna.

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, *et al.* Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:805-15.
2. Brockington IF. *Motherhood and Mental Health*. Oxford: Oxford University Press;1996.
3. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry* 1998;59:34-40.
4. Kendel RE, Chalmers KC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987;150:662-73.
5. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, *et al.* Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet* 2014;384(9956):1789-99.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*; 2014.
7. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, *et al.* A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of pre-term birth, low birth weight and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1012-24.
8. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, *et al.* Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014;384(9956):1800-19.
9. Ramsay R. Postnatal depression. *Lancet* 1993;341:1358.
10. Lega I, Maraschini A, D'Aloja P, *et al.* Maternal suicide in Italy. *Arch Womens Ment Health*; 2019 (doi: 10.1007/s00737-019-00977-1).
11. Knight M, Tuffnell D, Kenyon S, Shakespeare J, Gray R, Kurinczuk JJ (Ed.) on behalf of MBRRACE-UK. *Saving lives, improving mothers' care surveillance of maternal deaths in the UK 2011-13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009-13*. National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford; 2015. p. 22-41.
12. Esscher A, Essén B, Innala E, *et al.* Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980-2007. *Br J Psychiatry* 2016;208:462-9.
13. Whooley M, Avins A, Miranda J, *et al.* Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12:439-45.
14. Picardi A, Lega I. Riconoscimento e gestione integrata dei disturbi depressivi in medicina generale. In: Appelgren EC, Luzi P (Ed.). *Convegno. La salute degli italiani nei dati del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS). Istituto Superiore di Sanità. Roma, 16-17 giugno 2011. Atti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/5).
15. Mann R, Adamson J, Gilbody SM. Diagnostic accuracy of case-finding questions to identify perinatal depression. *CMAJ* 2012;184(8):E424-30.
16. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, *et al.* Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2016;315(4):388-406.
17. Picardi A, Lega I, Tarsitani L, *et al.* A randomised controlled trial of the effectiveness of a program for early detection and treatment of depression in primary care. *J Affect Disord* 2016;198:96-101.

La sorveglianza sugli adolescenti HBSC - Italia 2018 (Health Behaviour in School-aged Children)

Paola Nardone¹, Daniela Pierannunzio¹, Serena Donati¹, Angela Spinelli¹, Enrica Pizzi¹, Silvia Ciardullo¹, Silvia Andreozzi¹, Franco Cavallo², Alessio Vieno³, Giacomo Lazzeri⁴, Paola Dalmasso², Alberto Borraccino², Lorena Charrier², Patrizia Lemma², Natale Canale³, Michela Lenzi³, Claudia Marino³, Rita Simi⁴, Nazario Cappello², Daniela Galeone⁵ e il Gruppo HBSC Italia 2018*

¹Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

²Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

³Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università degli Studi di Padova

⁴Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università degli Studi di Siena

⁵Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma

SUMMARY (*Adolescent health behaviours in Italy 2018: HBSC - Health Behaviour in School-aged Children survey*) - In 2018, the fifth round of the Italian Health Behaviour in School-aged Children study was conducted throughout all Italian Regions on 11, 13 and 15 year-old students attending public schools. Based on the list of classes of all schools, a sample of 1st and 3rd grade of junior high school and 2nd grade of high school classes was extracted. An anonymous questionnaire was administered to all students attending these classes, to collect information on their health behaviour, their relationship with the school, parents and peers, and general information concerning their cultural and social background. Around 60,000 questionnaires were collected, which showed that, if on the positive side, 82% of the adolescents were "satisfied" with their lives, many of them still had risky health behaviour. HBSC is a valuable resource to monitor adolescents' health and support positive policy action.

Key words: lifestyle; adolescent health; obesity

paola.nardone@iss.it

Introduzione

Gli adolescenti rappresentano oggi il 18% della popolazione mondiale e, pur essendo considerati soggetti vulnerabili, sono allo stesso tempo il principale motore del cambiamento a livello globale (1, 2). L'età dell'adolescenza ha delle caratteristiche peculiari che possono avere ricadute sull'evoluzione e sulla qualità della vita adulta (3). Alcuni fattori di rischio per le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) sono, infatti, spesso acquisiti nell'adolescenza e rappresentano la principale causa di decessi prematuri negli adulti. Determinanti noti sono, ad esempio, l'uso di tabacco, una dieta non sana e l'inattività fisica, che facilitano un aumentato rischio di sovrappeso e obesità, diabete, problemi cardio-circolatori e, conseguentemente, un rischio maggiore di sviluppare MCNT durante tutto l'arco della vita (4). Studi recenti mostrano che, nonostante la prevalenza di alcune patologie sia diminuita, spesso i fattori di rischio e le disuguaglianze risultano invece in crescita (3).

Nel nostro Paese dal 2002, grazie allo studio multicentrico internazionale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), è stato possibile fotografare gli stili di vita degli adolescenti di 11, 13 e 15 anni in tutte le regioni italiane con l'obiettivo di aumentarne la comprensione e di utilizzare i risultati ottenuti per orientare le pratiche di promozione della salute e le politiche rivolte ai giovani sia a livello nazionale che internazionale (5, 6). A oggi, l'HBSC ha completato in Italia 5 raccolte dati (2002, 2006, 2010, 2014 e 2018), di cui l'ultima, promossa e finanziata dal Ministero della Salute/CCM, è stata coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con le Università di Torino, Padova e Siena, storicamente coinvolte in questo studio (5, 7-9). Il DPCM 3 marzo 2017 ha inserito la sorveglianza sugli adolescenti tra i sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale e regionale, istituendola presso l'ISS (10).

(*) L'elenco dei referenti regionali HBSC Italia 2018 è riportato a p. 11.

Materiali e metodi

È uno studio multicentrico trasversale che si svolge ogni quattro anni. La procedura di campionamento ha seguito le linee guida tracciate a livello internazionale con l'obiettivo di selezionare campioni rappresentativi della popolazione nelle tre fasce di età considerate (11, 13, 15 anni). Per la selezione dei soggetti è stato utilizzato un campionamento a grappolo (cluster) in cui l'unità di campionamento primaria è costituita dalla classe, selezionata secondo un procedimento sistematico dalla lista completa delle scuole, pubbliche e paritarie, presenti sul territorio di ciascuna regione e fornita dall'Ufficio Scolastico Regionale e dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Le classi sono state stratificate entro ciascuna regione sulla base dell'età (scuole secondarie di I e II grado), con lo scopo di assicurare una copertura geografica che rispettasse proporzionalmente l'effettiva distribuzione della popolazione dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni, garantendo rappresentatività e generalizzabilità dei risultati sia a livello locale che nazionale. Per la rilevazione delle informazioni, sono stati utilizzati due questionari predisposti dal network internazionale HBSC: uno rivolto ai ragazzi di 11, 13 e 15 anni (obbligatorio) e l'altro indirizzato ai dirigenti scolastici (opzionale). Il questionario ragazzi comprende sei sezioni riguardanti:

- dati anagrafici (età, sesso, struttura familiare);
- classe sociale (occupazione e livello di istruzione dei genitori);
- indicatori di benessere percepito (stato di salute e di benessere);
- autostima (valutazione del proprio aspetto fisico e del grado di accettazione di sé);
- rete di sostegno socio-affettivo (rapporto con i genitori, i coetanei, l'ambiente scolastico);
- comportamenti collegati alla salute (attività fisica e tempo libero, abitudini alimentari e igiene orale, alcol e fumo, gioco d'azzardo e uso dei social media).

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

Il Comitato Etico dell'ISS ha espresso parere favorevole circa il contenuto dei questionari adottati nella rilevazione 2018.

A livello locale tutte le attività di gestione e realizzazione dello studio, incluso il contatto con le scuole, sono state realizzate dal personale delle ASL, sotto il coordinamento dei referenti regionali e dell'ISS.

Risultati

Nel 2018 sono state selezionate 4.183 classi nelle scuole secondarie di I e II grado, con una rispondenza per classe dell'86,3% a livello nazionale. In totale, i ragazzi di 11, 13 e 15 anni che hanno risposto al questionario sono 58.976, distribuiti in tutte le regioni italiane (tasso di rispondenza a livello nazionale pari al 97,1%).

I risultati hanno messo in evidenza alcuni importanti aspetti positivi della vita relazionale dei ragazzi: l'88,2% dichiara di essere molto soddisfatto della propria vita; 9 ragazzi su 10 valutano buone/eccellenti le proprie condizioni di salute; più del 70% dichiara di parlare tranquillamente con la propria madre/padre di problemi particolari; l'84,7% dichiara di avere amici con cui condividere gioie e dispiaceri e più di 1 ragazzo su 2 si sente supportato e ascoltato dai propri insegnanti.

A questi aspetti positivi si contrappone la rilevazione di alcuni stili di vita non raccomandabili: il 25,5% non assume mai la colazione; il 15,9% consuma bibite zuccherate/gassate "almeno una volta al giorno"; solamente il 9,5% svolge sessanta minuti di attività fisica tutti i giorni (come da raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) e 1 ragazzo su 4 trascorre più di 2 ore al giorno davanti a uno schermo (TV/video giochi/tablet/PC).

Anche i comportamenti a rischio fotografati in quest'ultima rilevazione destano preoccupazione e denotano delle aree prioritarie di intervento, soprattutto nei 15enni: gli adolescenti che dichiarano di aver fumato sigarette almeno un giorno negli ultimi 30 giorni sono il 12,2% delle femmine e il 10% dei maschi (a 15 anni sono rispettivamente il 31,9% e il 24,8%); il 17,1% delle ragazze e il 22,8% dei ragazzi ha sperimentato il *binge drinking* (assunzione di 5 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione) almeno una volta nell'ultimo anno (a 15 anni sono rispettivamente il 37,1% delle femmine e il 43,4% dei maschi); quasi 1 ragazzo su 2 ha sperimentato, almeno una volta nella vita, il gioco d'azzardo.

Ai "classici" comportamenti a rischio si aggiungono nuove forme di dipendenze, come ad esempio l'utilizzo scorretto dei social media; questa nuova tendenza è stata indagata per la prima volta nel 2018 con risultati tutt'altro che incoraggianti: l'11,8% delle ragazze e il 7,8% dei ragazzi fa un uso problematico dei social media

(definito come presenza di almeno 6 dei 9 criteri indicati nella Social Media Disorder Scale); l'86,9% delle ragazze il 77,0% dei ragazzi ha dichiarato di avere contatti quotidiani o più volte al giorno con la cerchia ristretta di amici che frequentano anche di persona (11).

In generale, la maggior parte degli indicatori elaborati presenta discrete disuguaglianze geografiche che vedono le regioni del Sud in una condizione più svantaggiata rispetto a quelle del Centro e del Nord; a queste differenze territoriali si aggiungono anche quelle socio-economiche, indagate in HBSC tramite l'indicatore sintetico FAS (family affluence scale). Per maggiori dettagli è possibile consultare le schede sul sito dedicato (12).

Discussione

L'HBSC rappresenta una fonte preziosa di dati riguardanti la salute degli adolescenti di 11, 13 e 15 anni. Le fasce d'età indagate hanno singolarmente delle peculiarità che si traducono in atteggiamenti diversi; ad esempio, i comportamenti a rischio quali alcol, fumo e *binge drinking* sono più frequenti nei quindicenni mentre negli undicenni e tredicenni è più facile rilevare una visione ottimistica della propria vita e migliori relazioni sociali, con la famiglia e gli amici. Le differenze di genere sono costanti e discriminano alcuni comportamenti, come il consumo di tabacco e di alcol; per il tabacco il primato negativo riguarda le femmine, per l'alcol i maschi.

La periodicità della raccolta dati, che avviene ogni quattro anni, permette di costruire dei trend che indirettamente descrivono quanto è stato attuato sul territorio e quanto occorra ancora fare; gli aspetti che emergono come maggiormente bisognosi di intervento sono quelli legati al consumo di alcol, al gioco d'azzardo, al consumo di cannabis e al fumo di sigaretta. Occorre, inoltre, programmare delle politiche/azioni sulle cosiddette "nuove dipendenze", come quella da social media. Anche le abitudini nutrizionali e l'attività fisica, sebbene siano "storici" indicatori raccolti dall'HBSC, sono ancora molto lontani dagli standard raccomandati. Promuovere efficacemente cambiamenti negli stili di vita è un processo notoriamente lungo che richiede uno sforzo congiunto della società, della scuola, della politica e degli stessi individui che devono sentirsi parte attiva del cambiamento.

Partire dagli aspetti positivi e dalle risorse dei ragazzi, come ad esempio la loro visione ottimista della vita e la loro percezione positiva del proprio stato di salute, può essere una strategia vincente per valorizzarne le competenze e nel contempo indagare i fattori ambientali/esterni che agevolano questa visione e che possono fungere da perno per andare a modificare le aree più critiche, come gli aspetti comportamentali legati alle diverse forme di dipendenza (alcol, fumo, gioco d'azzardo, social media ecc.).

Il valore aggiunto dei sistemi di sorveglianza di creare una rete capillare di professionisti a livello territoriale è di fondamentale importanza per attivare azioni integrate che possono facilitare un cambiamento tenendo conto delle disuguaglianze territoriali. Anche per questa sorveglianza la raccolta sistematica di dati epidemiologici di popolazione ha l'obiettivo di promuovere l'azione basata sulle prove di efficacia.

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. Geneva: WHO; 2017.
2. World Health Organization. *Survive, Thrive, Transform. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). 2018 monitoring report: current status and strategic priorities*. Geneva: WHO; 2018.
3. Azzopardi PS, Hearps SJC, Francis KL, et al. Progress in adolescent health and wellbeing: tracking 12 headline indicators for 195 countries and territories, 1990-2016. *Lancet* 2019;393(10176):1101-18.
4. World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013.
5. Cavallo F, Santinello M (Ed.). *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Torino: Ed. Minerva Medica; 2004.
6. www.hbsc.org/about/index.html
7. www.hbsc.unito.it/hbsc/files/stilidivita1_file%20stampa.pdf

8. Cavallo F, Giacchi M, Vieno A, Galeone D, Tomba A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S (Ed.). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/5).
9. Cavallo F, Lemma P, Dalmaso P, Vieno A, Lazzeri G, Galeone D. (Ed.). *Report nazionale dati HBSC Italia 2014*. Torino: Ed. Università degli Studi di Torino; 2016.
10. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale* n. 109, 12 maggio 2017.
11. van den Eijnden RJJM, Lemmens JS, Valkenburg PM. The Social Media Disorder Scale. *Comput Human Behav* 2016;61:478-87.
12. www.epicentro.iss.it/hbsc/indagine-2018

Gruppo di ricerca HBSC Italia 2018

Istituto Superiore di Sanità

Paola Nardone, Angela Spinelli, Serena Donati, Daniela Pierannunzio, Enrica Pizzi, Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli, Barbara De Mei, Chiara Cattaneo

Università degli Studi di Torino

Franco Cavallo, Nazario Cappello, Giulia Piraccini, Paola Berchiolla, Alberto Borraccino, Lorena Charrier, Paola Dalmaso, Patrizia Lemma, Veronica Sciannameo

Università degli Studi di Padova

Alessio Vieno, Natale Canale, Marta Gaboardi, Michela Lenzi, Claudia Marino, Massimo Santinello

Università degli Studi di Siena

Giacomo Lazzeri, Mariano Vincenzo Giacchi, Andrea Pammolli, Rita Simi

Ministero della Salute

Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Alessandro Vienna

Referenti regionali

Claudia Colleluori, Manuela Di Giacomo, Ercole Ranalli (Regione Abruzzo), Gabriella Cauzillo, Mariangela Mininni, Gerardina Sorrentino (Regione Basilicata), Caterina Azzarito, Antonella Cernuzio, Marina La Rocca, Adalgisa Pugliese (Regione Calabria), Gianfranco Mazzeola (Regione Campania), Paola Angelini, Marina Fridel (Regione Emilia-Romagna), Claudia Carletti, Federica Concina, Luca Ronfani, Paola Pani (Regione Friuli Venezia Giulia), Giulia Cairella, Laura Bosca, Maria Teresa Pancallo (Regione Lazio), Giannaelis Ferrando (Regione Liguria), Corrado Celata, Liliana Coppola, Claudia Lobascio, Giuseppina Gelmi, Lucia Crottogini, Veronica Velasco (Regione Lombardia), Simona De Introna, Giordano Giostra (Regione Marche), Maria Letizia Ciallella, Michele Colitti, Ermanno Paolitto (Regione Molise), Marcello Caputo (Regione Piemonte), Domenico Stingi, Pina Pacella, Pietro Pasquale (Regione Puglia), Maria Antonietta Palmas, Alessandra Murgia (Regione Sardegna), Achille Cernigliaro, Maria Paola Ferro, Salvatore Scondotto (Regione Sicilia), Laura Aramini, Valentina Corridori, Giacomo Lazzeri (Regione Toscana), Marco Cristofori, Daniela Sorbelli, Giovanni Giovannini (Regione Umbria), Anna Maria Covarino (Regione Valle D'Aosta), Federica Michieletto, Erica Bino (Regione Veneto), Maria Grazia Zuccali (Provincia Autonoma di Trento), Antonio Fanolla, Sabine Weiss (Provincia Autonoma di Bolzano).