



RAPPORTI ISTISAN 23|30

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Effetti della pandemia da COVID-19 su salute e stile di vita di bambini, bambine e loro famiglie in Italia: risultati del progetto EPaS-ISS

A cura di

S. Ciardullo, P. Nardone, A. Spinelli, M. Giustini, S. Andreozzi,
C. Cattaneo, A. Giusti



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Effetti della pandemia da COVID-19 su salute
e stile di vita di bambini, bambine e loro famiglie
in Italia: risultati del progetto EPaS-ISS**

A cura di
Silvia Ciardullo (a), Paola Nardone (a), Angela Spinelli (b), Marco Giustini (c),
Silvia Andreozzi (a), Chiara Cattaneo (a), Angela Giusti (a)

*a) Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute
(b) già Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute
(c) Dipartimento Ambiente e Salute*

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Rapporti ISTISAN
23/30

Istituto Superiore di Sanità

Effetti della pandemia da COVID-19 su salute e stile di vita di bambini, bambine e loro famiglie in Italia: risultati del progetto EPaS-ISS.

A cura di Silvia Ciardullo, Paola Nardone, Angela Spinelli, Marco Giustini, Silvia Andreozzi, Chiara Cattaneo, Angela Giusti 2023, iii, 99 p. Rapporti ISTISAN 23/30

EPaS-ISS “Effetti della Pandemia da COVID-19 sui comportamenti di Salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie in Italia” è uno progetto promosso dall’Istituto Superiore di Sanità (ISS). Lo studio è parte della *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) della Regione europea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità. Lo scopo è rilevare e approfondire gli effetti che la pandemia da COVID-19 hanno avuto sugli stili di vita e sul benessere di bambini e bambine di 8-9 anni e delle loro famiglie. In questo Rapporto vengono presentati i risultati dell’indagine quantitativa (questionario auto-compilato online dai genitori) e qualitativa (focus group di genitori, insegnanti, rispondenti chiave, alunni e alunne). Entrambe le indagini sono state svolte nel 2022. Non si sono osservati grandi cambiamenti nei consumi alimentari tra periodo pre-COVID-19 e quello pandemico, mentre è diminuito il tempo trascorso a giocare attivamente/energicamente e aumentato quello dedicato ai dispositivi elettronici per scopi non didattici. Dai dati è emerso inoltre un peggioramento del benessere di bambini e bambine.

Parole chiave: Salute di bambini e bambine; Stili di vita; COVID-19; Distanziamento fisico

Istituto Superiore di Sanità

Effects of the COVID-19 pandemic on health behaviour and lifestyle of children and their families in Italy: results of the project EPaS-ISS.

Edited by Silvia Ciardullo, Paola Nardone, Angela Spinelli, Marco Giustini, Silvia Andreozzi, Chiara Cattaneo, Angela Giusti 2022, iii, 99 p. Rapporti ISTISAN 23/30 (in Italian)

EPaS-ISS (“Effetti della Pandemia da COVID-19 sui comportamenti di Salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie in Italia”) is a project promoted by the Istituto Superiore di Sanità (ISS, the National Institute of Health in Italy) to study the effects of the COVID-19 pandemic on health behaviour and lifestyle of children and their families living in Italy. This study is part of the Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) of the European region of the World Health Organization. The aim of the EPaS-ISS study is to investigate the effects of the COVID-19 pandemic on lifestyles and well-being of 8-9-year-old children and their families. This Report presents the results of the quantitative survey (online questionnaire self-completed by parents) and the qualitative survey (Focus Groups involving parents, teachers, key respondents and students). Both surveys were conducted in 2022. Small changes in children’s food consumption were observed between the pre-COVID-19 period and the COVID-19 period; in contrast, a decrease in time spent playing actively/energetically and an increase in that spent watching TV, playing videogames or using social media for non-educational purposes was reported. The results also indicated a reduction in children’s well-being.

Key words: Children’s health; Lifestyles; COVID-19; Physical distancing

Si ringraziano gli operatori sanitari e della scuola che hanno permesso la realizzazione dello studio. La lista completa dei professionisti coinvolti, il Gruppo di Ricerca EPaS-ISS e il Comitato Tecnico di OKkio alla SALUTE sono riportati in Appendice A.

Si ringraziano i dirigenti scolastici per il supporto nelle scuole, i bambini e le bambine, i genitori, gli insegnanti, i rispondenti chiave che hanno preso parte alle indagini quantitative e qualitative. La loro collaborazione ha permesso di rilevare e approfondire alcuni aspetti della pandemia da COVID-19 come gli effetti sul benessere di bambini e bambine, i cambiamenti dei loro stili di vita e le difficoltà riscontrate dalle famiglie.

Progetto realizzato con il supporto finanziario dell’Istituto Superiore di Sanità (Bando Ricerca Indipendente ISS 2020-2022).

Per informazioni su questo documento scrivere a: silvia.ciardullo@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it

Citare questo documento come segue:

Ciardullo S, Nardone P, Spinelli A, Giustini M, Andreozzi S, Cattaneo C, Giusti A (Ed.). *Effetti della pandemia da COVID-19 su salute e stile di vita di bambini, bambine e loro famiglie in Italia: risultati del progetto EPaS-ISS*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/30).

Legale rappresentante dell’Istituto Superiore di Sanità: *Rocco Bellantone*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.



*A Gianfranco Mazzezza
collega e amico stimato*

INDICE

Finalità e metodologia del progetto

Silvia Ciardullo, Paola Nardone, Marta Buoncristiano, Angela Spinelli, Marco Giustini, Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli, Amalia Egle Gentile, Ilaria Luzi, Chiara Cattaneo, Angela Giusti e Gruppo di ricerca EPaS-ISS 1

Indagine quantitativa: caratteristiche socio-demografiche della popolazione

Marco Giustini, Ilaria Luzi, Marta Buoncristiano, Angela Spinelli, Paola Nardone, Silvia Ciardullo e Gruppo di Ricerca EPaS-ISS..... 8

Indagine quantitativa: impatto della pandemia da COVID-19 sulle abitudini e i comportamenti giornalieri

Marta Buoncristiano, Paola Nardone, Angela Spinelli, Marco Giustini, Silvia Ciardullo, Amalia Egle Gentile e Gruppo di Ricerca EPaS-ISS..... 21

Indagine quantitativa: didattica a distanza, supporto allo studio, contatti online e fonti web consultate

Paola Nardone, Silvia Ciardullo, Angela Spinelli, Marco Giustini, Marta Buoncristiano, Chiara Cattaneo e Gruppo di Ricerca EPaS-ISS 40

Indagine qualitativa: partecipazione e risultati

Angela Giusti, Chiara Cattaneo, Gabriella Tambascia, Annachiara Di Nolfi, Ilaria Luzi, Vittorio Palermo, Amalia Egle Gentile, Francesca Zambri, Paola Nardone, Silvia Ciardullo e Gruppo di ricerca EPaS-ISS..... 47

Considerazioni conclusive

Silvia Ciardullo, Paola Nardone, Angela Spinelli, Marco Giustini, Silvia Andreozzi, Chiara Cattaneo, Angela Giusti e Gruppo di Ricerca EPaS-ISS 56

Appendice A

Gruppo di ricerca EPaS-ISS, Comitato Tecnico OKkio alla SALUTE e professionisti coinvolti nell'indagine..... 59

Appendice B

Indagine quantitativa: Nota informativa e consenso informato alla partecipazione, Questionario per i genitori 65

Appendice C

Indagine qualitativa: Nota informativa e consenso informato alla partecipazione, Questionari socio-anagrafici, Guide per la facilitazione dei focus group 77

FINALITÀ E METODOLOGIA DEL PROGETTO

Silvia Ciardullo (a), Paola Nardone (a), Marta Buoncristiano (b), Angela Spinelli (c), Marco Giustini (d), Silvia Andreozzi (a), Mauro Bucciarelli (a), Amalia Egle Gentile (e), Ilaria Luzi (a), Chiara Cattaneo (a), Angela Giusti (a) e Gruppo di ricerca EPaS-ISS*

(a) Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Comitato Tecnico OKkio alla SALUTE*, Roma

(c) già Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(d) Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(e) Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

Negli ultimi tre anni la pandemia di COVID-19 ha dominato la vita delle persone. L'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato il COVID-19 una pandemia globale (1). A causa degli elevati tassi di trasmissione del virus SARS-CoV-2, diversi governi in tutto il mondo hanno implementato misure di contenimento contro la malattia come la chiusura delle scuole, il distanziamento fisico e la quarantena. Il governo italiano ha emanato molte restrizioni (incluso il *lockdown*) riguardanti gli spostamenti delle persone e il loro distanziamento fisico. In Italia, da febbraio-marzo 2020 è stata disposta la chiusura delle scuole e tutti gli studenti di ogni ordine e grado hanno completato l'anno scolastico all'interno delle proprie abitazioni, frequentando la scuola a distanza tramite l'utilizzo degli strumenti informatici; contestualmente, non hanno potuto incontrarsi né interagire di persona tra loro. Successivamente sono stati adottati livelli di restrizioni distinti per consentire gradualmente una maggiore mobilità, pur mantenendo la sospensione di alcune attività in base alla situazione sanitaria in ciascuna Regione italiana e Provincia Autonoma (PA). La Figura 1 mostra le misure adottate dal 2020 al 2023 per contrastare la pandemia in Italia.



Figura 1. Misure adottate dal 2020 al 2023 per contrastare la pandemia in Italia

* per la composizione si veda Appendice A

Queste strategie di contenimento e l'obbligo di dispositivi di protezione individuale hanno provocato profondi cambiamenti nello stile di vita delle famiglie e quindi dei bambini e delle bambine.

L'infanzia è un periodo particolare della vita: comportamenti salutari come un'alimentazione equilibrata, un adeguato livello di attività fisica e sonno sono fondamentali per il benessere fisico e psichico dei giovani garantendo uno sviluppo adeguato fino all'età adulta. L'infanzia è anche un momento di grandi opportunità; gli investimenti e le esperienze in questo periodo possono creare le basi per futuri successi della vita (2). La pandemia di COVID-19 e il conseguente confinamento in casa potrebbero avere avuto ripercussioni su alcuni comportamenti dei più giovani e sul loro stile di vita con possibili risposte sfavorevoli anche a medio e lungo termine, oltre il periodo pandemico. La pandemia potrebbe aver avuto effetti più marcati sul benessere fisico e psichico di bambini e bambine provenienti da contesti più svantaggiati, accentuando le disuguaglianze sociali sulla salute (3).

Molti studi scientifici si sono focalizzati sull'importanza di indagare l'influenza che il *lockdown* e il periodo pandemico hanno avuto sui comportamenti e sullo stile di vita di bambini, bambine e adolescenti. In particolare, alcuni autori hanno osservato in queste fasce di popolazione cambiamenti dovuti all'isolamento fisico e al confinamento, tra cui un aumento del tempo trascorso davanti a uno schermo e una riduzione dell'attività fisica praticata (4-7). Dalla letteratura emergono anche variazioni nel consumo di alcuni prodotti alimentari come l'aumento dell'assunzione di cibo non salutare, ad esempio snack salati e dolci (5, 8). Diversi studi mostrano cambiamenti di alcune abitudini alimentari delle famiglie principalmente dovuti al maggior tempo trascorso insieme; i dati in letteratura evidenziano inoltre una diminuzione del consumo di cibo da fast food e ordinato online e un aumento del tempo trascorso a cucinare e a consumare pasti insieme in famiglia (6, 8, 9). In merito agli effetti psicologici, diversi studi hanno rilevato cambiamenti comportamentali come un aumento del livello di stress e ansia, alterazioni nel sonno (10-12) e nell'umore (13-16).

Finalità

Al fine di rilevare e approfondire gli effetti che la pandemia da COVID-19 e le misure pubbliche di distanziamento e confinamento fisico hanno avuto sugli stili di vita e sul benessere di bambini e bambine e delle loro famiglie, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha promosso e finanziato il Progetto EPaS-ISS "Effetti della pandemia di COVID-19 sui comportamenti di salute sanitari e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia", coordinato dal Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute.

Lo studio ha raccolto informazioni sui cambiamenti di alcune abitudini e comportamenti di bambini e bambine che frequentavano durante la raccolta dati la terza classe della scuola primaria (prevalentemente di 8-9 anni) e delle loro famiglie durante il periodo pandemico. Sono stati anche indagati aspetti riguardanti le eventuali difficoltà di alunni, alunne e delle famiglie circa l'offerta della didattica a distanza e la disponibilità di dispositivi elettronici/collegamenti alla rete internet. Anche gli spazi all'interno dell'abitazione sono stati oggetto di rilevazione, soprattutto per identificare problemi dovuti alla mancanza di spazio e al sovraffollamento della propria abitazione. Con alcune di queste informazioni EPaS-ISS fa parte di un'indagine coordinata dalla *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) della Regione europea dell'OMS svolta in sedici paesi (17). L'Italia partecipa al COSI con OKkio alla SALUTE, un sistema di sorveglianza su sovrappeso e obesità, fattori di rischio correlati e comportamenti relativi alla salute in bambini e bambine della scuola primaria (18, 19).

Metodologia

Nella prima fase dello studio sono state raccolte le adesioni delle Regioni e Province Autonome (PA) attraverso i Referenti Regionali che fanno parte del network della sorveglianza nazionale “OKkio alla SALUTE”. Le finalità dello studio e i dettagli esecutivi quali modalità e strumenti per la raccolta dati sono stati illustrati ai Referenti Regionali mediante una formazione specifica (corsi online e guide operative). Ogni Referente Regionale ha successivamente formato i Referenti Aziendali della propria Regione e PA. I Referenti Regionali e Aziendali hanno coordinato le attività a livello territoriale, garantito il collegamento con l’ISS in ogni fase dello studio, contattato le scuole campionate, trasferito alle scuole le informazioni necessarie e supportato le scuole durante la raccolta online dei dati. I Dirigenti scolastici e gli insegnanti delle scuole selezionate hanno promosso lo studio tra i genitori delle classi arruolate.

Aspetti etici

Tutta la documentazione relativa al progetto è stata valutata dal Responsabile della Protezione dei Dati e dal Comitato Etico dell’ISS. I documenti sono stati formalmente approvati dal Comitato Etico il 23 dicembre 2021 (0045150 Classe: PRE BIO CE 01.00): protocollo di studio, note informative sullo studio e consenso alla partecipazione (per indagine quantitativa e qualitativa), informativa sulla privacy e consenso al trattamento dei dati personali (per indagine quantitativa e qualitativa), questionario per i genitori (per indagine quantitativa), “Guida per la facilitazione dei focus group” (per indagine qualitativa), questionario socio-anagrafico (per indagine qualitativa).

Articolazione dello studio

Lo studio EPaS-ISS comprende due indagini, una quantitativa e una qualitativa.

Indagine quantitativa

L’indagine quantitativa è stata realizzata tramite un questionario compilato online dai genitori di alunni e alunne del terzo anno della scuola primaria (Appendice B). Nel questionario sono state incluse una serie di domande elaborate dalla Regione europea dell’OMS riguardanti tematiche quali benessere, abitudini alimentari, attività fisica, tempo trascorso davanti allo schermo, gioco svolto all’aperto e sonno. In relazione a ciascuna tematica, ai genitori è stato richiesto di segnalare eventuali cambiamenti tra periodo pre-pandemico (periodo pre-COVID-19, anteriore a febbraio/marzo 2020) e pandemico (periodo COVID-19, da febbraio/marzo 2020 fino ad aprile 2022 in base ai periodi di sospensione dell’attività scolastica in presenza). Lo strumento di rilevazione è stato integrato con domande, elaborate dal Gruppo di Ricerca EPaS-ISS e dal Comitato Tecnico OKkio alla SALUTE, riferite sia al bambino e alla bambina sia al nucleo familiare convivente riguardanti argomenti specifici dei periodi di isolamento quali ad esempio problematiche nella Didattica A Distanza (DAD), scarsa disponibilità di dispositivi elettronici e connessione internet per i collegamenti online, difficoltà per mancanza di spazio nell’abitazione anche in relazione al numero di persone presenti in casa.

Lo studio ha adottato un disegno di campionamento a due stadi, stratificato e a grappolo (cluster). Nello specifico, dalla lista delle scuole primarie che hanno partecipato alla rilevazione 2019 di OKkio alla SALUTE (19), sono state estratte casualmente le scuole da includere nello

studio (unità di campionamento di primo stadio). All'interno di ciascuna scuola estratta, sono state quindi campionate con procedura casuale tre classi terze (unità di campionamento di secondo stadio). Tutti i genitori degli alunni e delle alunne delle classi campionate sono stati invitati a partecipare allo studio. Le unità di primo stadio (scuole) sono state stratificate in base alla Regione e PA di appartenenza.

La dimensione campionaria è stata calcolata in modo da garantire un margine di errore sulle stime nazionali non superiore a 0,03 intorno a una proporzione pari a 0,50 con un intervallo di confidenza del 95% e avendo ipotizzato un effetto del disegno di campionamento (*Design effect*, *Deff*) pari a 2 e un tasso di partecipazione allo studio pari ad almeno il 50% degli alunni campionati. Tale campione è stato allocato negli strati in modo proporzionale alla numerosità totale di alunni e alunne delle classi terze in ciascuno strato, ottenendo in questo modo il numero di studenti da selezionare in ciascuna Regione e PA. Applicando a tale numero la dimensione media delle classi terze si è ottenuto il numero di scuole da campionare in ciascuna Regione.

Per le Regioni che hanno optato per un campione rappresentativo della propria realtà territoriale, si è operato un sovra campionamento in modo da garantire per le stime regionali un margine di errore di circa 0,05 intorno ad una proporzione pari a 0,50 considerando un intervallo di confidenza del 95%, un *Deff* pari a 2 e un tasso di partecipazione di almeno il 50%.

La raccolta dei dati è stata effettuata attraverso la piattaforma LimeSurvey sul server dell'ISS. La compilazione del questionario online, composto da trenta domande principalmente a risposta chiusa, è stata ottimizzata in funzione del dispositivo elettronico utilizzato (smartphone, tablet, PC). I genitori degli alunni delle classi arruolate nello studio hanno ricevuto dalla scuola le informazioni sullo studio e un link per accedere al questionario. Prima di procedere con la compilazione del questionario, i genitori hanno dato il consenso informato di partecipazione allo studio (Appendice B) e il consenso al trattamento dei dati personali, dopo la lettura delle rispettive informative. I rispondenti hanno inoltre indicato la Regione e PA di residenza e la scuola frequentata dal proprio figlio e della propria figlia. Il questionario è stato reso disponibile in lingua italiana, inglese, araba e cinese.

L'ISS ha effettuato il monitoraggio dei dati raccolti durante tutto il periodo di rilevazione al fine di conoscere l'avanzamento della compilazione dei questionari e informare i Referenti Regionali in merito alle criticità a livello locale.

Una volta conclusa la fase di rilevazione, i dati raccolti sono stati anonimizzati. Successivamente sono state effettuate le procedure di controllo dei dati volte ad individuare eventuali dati mancanti, valori anomali, valori out of range e/o incoerenti. Le anomalie riscontrate sono state corrette sulla base dell'intero set di informazioni fornito dal rispondente. Nei casi in cui tale correzione non fosse stata possibile, il valore anomalo è stato eliminato per non influenzare i risultati finali delle analisi. Tali procedure hanno permesso di consolidare il file dati e di avviare la fase di stima dei pesi campionari da utilizzare per inferire i risultati osservati nel campione all'intera popolazione di interesse. La procedura di stima dei pesi campionari ha previsto i seguenti passaggi: 1) calcolo dei pesi da disegno sulla base della probabilità di inclusione di ciascuna unità campionaria ad ogni stadio di campionamento; 2) aggiustamento del peso da disegno sulla base del livello di partecipazione riscontrato in ciascuno strato; 3) post-stratificazione dei pesi da disegno aggiustati in modo da ricostruire la struttura della popolazione target su base regionale.

Il piano di analisi ha previsto una analisi descrittiva di tutti gli items presenti nel questionario. In particolare, sono stati stimati gli indicatori di posizione (quali media e mediana) e di variabilità (quali deviazione standard e differenza interquartile) per le variabili continue e le distribuzioni di frequenza e percentuali per le variabili categoriche. Le stime sono accompagnate dal calcolo degli intervalli di confidenza al fine di fornire una misura del livello di precisione delle stime. Tale analisi è stata eseguita anche operando opportune stratificazioni delle osservazioni sulla base delle

caratteristiche socio demografiche delle famiglie in modo da indagare eventuali differenze legate a specifici profili di vulnerabilità. Tutte le analisi sono state svolte tenendo conto della natura campionaria dei dati, ovvero delle caratteristiche proprie del disegno di campionamento, e applicando i pesi campionari.

Indagine qualitativa

L'indagine qualitativa è stata realizzata attraverso *focus group* che hanno coinvolto genitori (madri o padri), insegnanti della terza classe primaria, altri/e rispondenti chiave e bambini/e della terza primaria del Lazio. Il metodo di raccolta dati è stato online, ad eccezione di quello con bambini/e che si è tenuto in presenza. I temi indagati nell'ambito della indagine qualitativa sono stati: i) gli effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita di bambini, bambine e delle loro famiglie residenti in Italia; ii) i principali problemi riscontrati, i bisogni espressi e inespressi, le aspettative soddisfatte e disattese; iii) le risorse psicologiche, relazionali e di resilienza messe in campo da bambini/e e famiglie e le strategie di successo; iv) raccomandazioni per il futuro, lezioni apprese, errori da non ripetere (individuali e di sistema).

È stato coinvolto un campione intenzionale, non probabilistico (*purposeful sampling*). I gruppi sociali coinvolti nello studio, inclusi i/le rispondenti-chiave, sono stati identificati attraverso la rete delle Scuole partecipanti, che hanno inviato un invito alla partecipazione volontaria utilizzando i propri strumenti di comunicazione. L'invito è stato curato dai/dalle Referenti Regionali e Aziendali, dai/dalle Dirigenti scolastici/e o dagli/dalle insegnanti.

Prima del coinvolgimento nei *focus group*, alle persone partecipanti è stato chiesto di leggere la nota informativa sullo studio (Appendice C) e il modulo di informazioni privacy e, successivamente, di dare il loro consenso sia alla partecipazione allo studio sia al trattamento dei dati personali attraverso un link alla piattaforma Microsoft Forms® dell'ISS. Dopo i consensi, le persone partecipanti hanno compilato un breve questionario socio-anagrafico (Appendice C) ed è stato fornito loro il link per accedere alla rilevazione.

I *focus group* sono stati condotti in lingua italiana e hanno previsto la partecipazione di 8-12 persone. Durante gli incontri sono stati discussi insieme dei temi previsti dalla "Guida per la facilitazione dei *focus group*" (Appendice C). Ogni incontro ha avuto una durata di 60-90 minuti ed è stato facilitato da ricercatrici e ricercatori dell'ISS. Le registrazioni sono state realizzate in formato video dalla piattaforma StarLeaf.

Alla fine di ogni *focus group* sono state estratte le tracce audio e cancellati il file video. I *focus group* sono stati registrati, trascritti e codificati secondo un approccio categoriale. I file audio degli incontri sono stati conservati su PC in dotazione all'ISS e salvati sulla piattaforma Microsoft OneDrive® dell'ISS. Dopo la trascrizione integrale, le registrazioni originali sono state cancellate. Le trascrizioni dei *focus group* sono state trattate con il software NVivo. Attraverso la codifica dei testi è stata effettuata l'analisi tematica adottando un approccio deduttivo, basato sulle domande, e induttivo, basato sulle categorie emergenti.

Bibliografia

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. 11 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>; ultima consultazione 10/12/2023.

2. Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A, Peterson S, Dalglish SL, Ameratunga S, Balabanova D, Bhan, MK, Bhutta ZA, Borrazzo J, *et al.* A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. *Lancet* 2020;395(10224):605-58.
3. COVID-19: the intersection of education and health. *Lancet* 2021;397(10271):253.
4. Francisco R, Pedro M, Delvecchio E, Espada JP, Morales A, Mazzeschi C, *et al.* Psychological symptoms and behavioral changes in children and adolescents during the early phase of COVID-19 quarantine in three European countries. *Front Psychiatry* 2020;11:570164.
5. Farello G, D'Andrea M, Quarta A, Grossi A, Pompili D, Altobelli E, Stagi S, Balsano C. Children and adolescents dietary habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown in Italy. *Nutrients* 2022;14:2135.
6. McNicholas J, Hammersley ML, Hopkins S, McDermott S, Plaskett J. The Impact of COVID-19 restrictions on the healthy eating and movement behaviors of 0–12-year-old children in Western Sydney, Australia. *Front Public Health* 2022;10:841178.
7. Bustos-Arriagada E, Fuentealba-Urra S, Etchegaray-Armijo K, Quintana-Aguirre N, Castillo-Valenzuela O. Feeding behaviour and lifestyle of children and adolescents one year after lockdown by the COVID-19 pandemic in Chile. *Nutrients* 2021;13:4138.
8. Palmeri S, Vecchiato M, Pennella S, Marasca A, Spinelli A, De Luca M, De Martino L, Fernando F, Sirico F, Biffi A. The impact of the COVID-19 pandemic on childhood obesity and lifestyle-a report from Italy. *Pediatr Rep* 2022;14:410-418.
9. Censi L, Ruggeri S, Galfo M, Buonocore P, Roccaldo R. Eating behaviour, physical activity and lifestyle of Italian children during lockdown for COVID-19. *Int J Food Sci Nutr* 2022;73(1):93-105.
10. Kamaşak T, Topbaş M, Ozen N, Esenülkü G, Yıldız N, Şahin S, Acar Arslan E, Çil E, Özkan Kart P, Cansu A. An Investigation of changing attitudes and behaviors and problematic Internet use in children aged 8 to 17 years during the COVID-19 pandemic. *Clinical Pediatrics* 2022;61(2):194-205.
11. Curatola A, Ferretti S, Gatto A, Valentini P, Giugno G, Della Marca G, Brunetti V, Lazzareschi I. The effects of COVID-19 pandemic on Italian school-aged children: sleep-related difficulties and trauma reactions. *J Child Neurol* 2022; 37(7):568-574.
12. MacKenzie NE, Keys E, Hall WA, Gruber R, Smith IM, Constantin E, Godbout R, Stremmer R, Reid GJ, Hanlon-Dearman A, Brown CA, Shea S, Weiss SK, Ipsiroglu O, Witmans M, Chambers CT, Andreou P, Begum E, Corkum P. Children's sleep during COVID-19: how sleep influences surviving and thriving in families. *J Pediatr Psychol* 2021;46(9):1051-1062.
13. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, Ballard C, Christensen H, Cohen Silver R, Everall I, Ford T, John A, Kabir T, King K, Madan I, Michie S, Przybylski AK, Shafran R, Sweeney A, Worthman CM, Yardley L, Cowan K, Cope C, Hotopf M, Bullmore E. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jun;7(6):547-560..
14. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, Linney C, Niamh McManus M, Borwick C, Crawley E. Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59:1218-1239.e3.
15. Favieri F, Forte G, Tambelli R, Casagrande M. The Italians in the time of coronavirus: psychosocial aspects of the unexpected COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry* 2021;12:551924.
16. Cusinato M, Iannatone S, Spoto A, Poli M, Moretti C, Gatta M, Miscioscia M. Stress, resilience, and well-being in Italian children and their parents during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):8297.
17. WHO/Europe. *Nutrition, physical activity, well-being and COVID-19 - Results from 13 countries participating in round 6 of the Childhood Obesity Surveillance Initiative study. Technical document*

2023. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/europe/publications/m/item/nutrition-physical-activity-well-being-and-covid-19-childhood-obesity-surveillance-initiative-study>.
18. Breda J, McColl K, Buoncristiano M, Williams J, Abdrakhmanova S, Abdurrahmonova Z, Ahrens W, Akhmedova D, Bakacs M, Boer JMA, Boymatova K, Brinduse LA, Cucu A, Duleva V, Endevelt R, Sant'Angelo VF, Fijałkowska A, Filipović Hadžiomerađić A, García-Solano M, Grøholt EK, Gualtieri A, Hassapidou M, Hejgaard T, Hyska J, Kelleher CC, Kujundžić E, Mäki P, Markidou Ioannidou E, Melkumova, Moyersoen I, Musić Milanović S, Nurk E, Ostojic S, Peterkova Valentina, Petrauskienė Aušra, Pudule I, Rito AI, Russell Jonsson K, Rutter H, Salanave B, Seyidov N, Shengelia L, Silitrari N, Spinelli A, Spiroski I, Starc G, Stojisavljević D, Tanrygulyyeva M, Tichá L, Usupova Z, Weghuber D, Yardim N, Zamrazilová H, Zbanatskyi VI, Branca F, Weber M, Rakovac I. Methodology and implementation of the WHO childhood obesity surveillance initiative (COSI). *Obes Rev.* 2021;22(S6):e13215.
19. Nardone P, Spinelli A, Ciardullo S, Salvatore MA, Andreozzi S, Galeone D. (Ed.). *Obesità e stili di vita dei bambini: OKkio alla SALUTE 2019*. Roma: Istituto Superiore di Sanità 2022. (Rapporti ISTISAN 22/27).

INDAGINE QUANTITATIVA: CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE

Marco Giustini (a), Ilaria Luzi (b), Marta Buoncristiano (c), Angela Spinelli (d), Paola Nardone (b), Silvia Ciardullo (b) e Gruppo di Ricerca EPaS-ISS*

(a) Dipartimento di Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(c) Comitato Tecnico OKkio alla SALUTE, Roma*

(d) già Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Partecipazione all'indagine quantitativa

L'indagine quantitativa è stata realizzata in 17 Regioni e 2 Province Autonome (PA) italiane, da aprile a settembre 2022. Otto Regioni hanno inizialmente scelto di partecipare con un campione rappresentativo a livello di Regione, le restanti hanno adottato un campione rappresentativo a livello nazionale. Tuttavia, dal momento che il numero di genitori partecipanti è stato inferiore a quanto stabilito per una rappresentatività regionale, è stato possibile calcolare solo le stime nazionali.

In totale sono stati coinvolti 12.661 genitori. Circa 8.000 genitori hanno effettuato l'accesso online al questionario; di questi, 5.900 hanno dato il loro consenso di partecipazione allo studio e al trattamento dei dati personali e iniziato la compilazione del questionario, ovvero il 46,6% delle famiglie che sono state invitate a partecipare. I bambini di genitori che hanno risposto solo a poche domande iniziali del questionario sono stati esclusi dalle analisi. Le analisi sono state effettuate sui genitori di 4.863 bambini e bambine.

Ai fini dell'interpretazione dei risultati che seguiranno, come anche specificato in sede di introduzione, per periodo pandemico si intende l'arco temporale che va da febbraio/marzo 2020 fino ad aprile 2022 in base ai periodi di sospensione dell'attività scolastica in presenza, mentre per periodo pre-pandemico (o pre-COVID-19) quello anteriore a febbraio-marzo 2020.

Diffusione del contagio da COVID-19

Considerando complessivamente tutti i membri delle famiglie che hanno risposto al questionario, il 44,9% dei componenti del nucleo familiare è stato contagiato dal COVID-19, e circa 1 su 200 (0,51%) è stato anche ricoverato.

Non vi sono marcate differenze nella percentuale di contagio tra membri della famiglia: genitori, figli/figlie o altri membri conviventi mostrano proporzioni di contagio abbastanza vicine tra di loro, sebbene siano le madri ad essere state maggiormente contagiate (49,0%) rispetto ai padri (42,4%), probabilmente perché più a contatto con i figli/figlie, a loro volta fonte di possibile contagio.

Si osserva, una maggiore diffusione del virus nelle Regioni del Centro ove solo il 50,6% tra i membri del nucleo familiare è rimasto esente da contagio (Figura 1).

* per la composizione del Gruppo si veda Appendice A

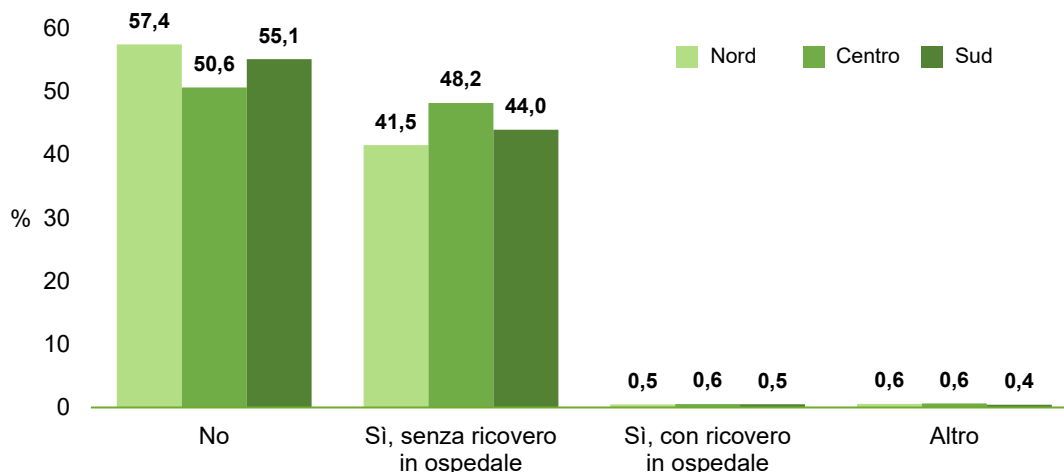


Figura 1. Distribuzione (%) del contagio da COVID-19 per area geografica. EPaS-ISS, Italia 2022

Età, genere, peso e altezza dei bambini e delle bambine

Le analisi sono state effettuate sui genitori di 4.863 bambini e bambine, per il 52,1% maschi e 47,9% femmine, di età media 8 anni e 9 mesi (Deviazione Standard, DS \pm 5 mesi), così distribuite sul territorio nazionale: Nord 47,9%, Centro 24,4%, Sud 27,7%, distribuzione simile a quella della popolazione generale in Italia.

Due domande riguardavano specificatamente peso e altezza dei propri figli e delle proprie figlie. Per quanto riguarda il peso, 15 casi sono stati esclusi perché riportavano valori estremamente improbabili per bambini e bambine di 8-9 anni di età (0-14 kg oppure oltre 120 kg). Lo stesso dicasi per l'altezza, ove sono stati esclusi valori riportati inferiori a 100 cm o superiori a 170 cm. Inoltre in 1162 casi l'altezza è stata riportata erroneamente in metri per cui per questi casi, il valore è stato moltiplicato per 100 al fine di ottenere l'altezza in centimetri, come richiesto dal questionario.

Dalle risposte dei genitori risulta che i bambini pesavano mediamente 32,5 kg (DS \pm 7,4 kg) mentre le bambine leggermente di meno (31,3 kg, DS \pm 7,1 kg). Molto piccola anche la differenza per quanto riguarda l'altezza: a fronte di un'altezza media di 134,7cm (DS \pm 9,0 cm) per i maschi, le femmine sono risultate alte mediamente 133,4 cm (DS \pm 8,6 cm).

Mettendo in relazione il peso corporeo del bambino con la sua altezza è possibile calcolare l'Indice di Massa Corporea o *Body Mass Index* (BMI), l'indicatore di riferimento per studi epidemiologici e di screening di obesità, come segue:

$$BMI = \frac{\text{peso in kg}}{(\text{altezza in metri})^2}$$

La Figura 2 mostra la distribuzione percentuale del BMI per genere.

Per la definizione di normopeso, sovrappeso e obesità di bambini e bambine sono stati utilizzati i valori soglia raccomandati dall'*International Obesity Task Force* (IOTF) desunti da Cole e Lobstein (1).

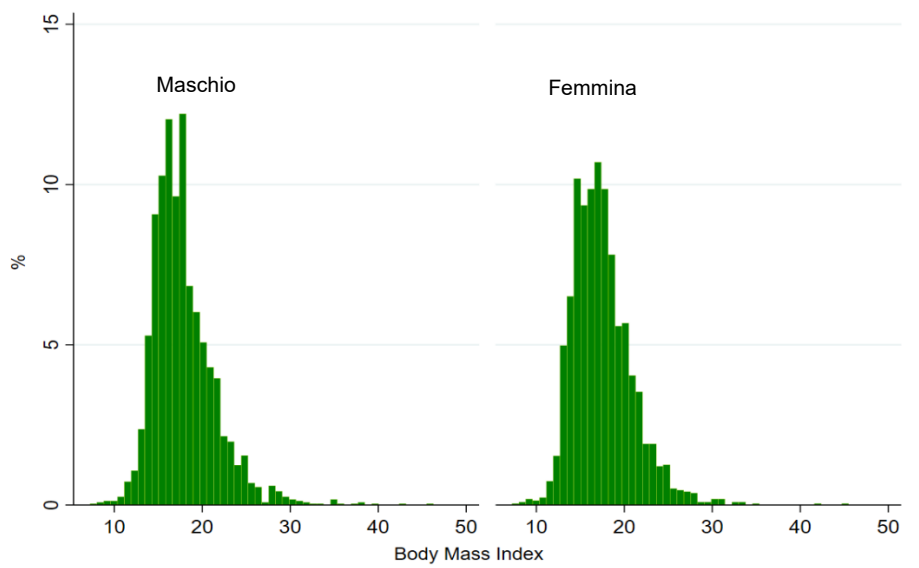


Figura 2. Distribuzione (%) del BMI per genere. EPaS-ISS, Italia 2022

Alla luce di quanto detto, complessivamente i bambini e le bambine in sovrappeso (non inclusi i bambini e le bambine con obesità) sono risultati il 21,2% (Intervallo di Confidenza al 95%, IC95%: 20,0-22,5) e con obesità l'8,7% (inclusi bambini e bambine con obesità grave) (IC95%: 7,9-9,5); i maschi in sovrappeso e con obesità sono rispettivamente il 21,2% e il 9,3%, mentre le femmine sono il 21,2% e l'8,0%.

Il dato complessivo emerso dallo studio EPaS-ISS mostra un quadro sostanzialmente sovrapponibile a quello mostrato nell'ultima survey OKkio alla SALUTE 2019 (2), con un leggero aumento della percentuale di bambini e bambine in sovrappeso (+0,8 punti percentuali) al quale si affianca una modesta riduzione della percentuale di bambini e bambine con obesità (inclusi i bambini e le bambine con obesità grave) (-0,7 punti percentuali), in entrambi i casi non statisticamente significativi (Figura 3).

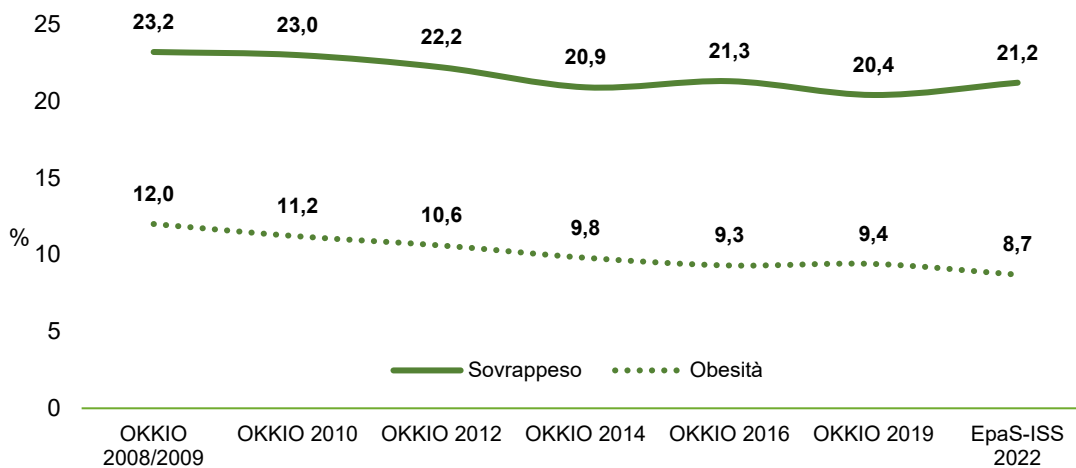


Figura 3. Prevalenze (%) di sovrappeso e obesità tra i bambini di 8-9 anni. OKkio alla SALUTE ed EPaS-ISS, Italia 2008/9-2022

Interessante osservare un trend (Figura 4) crescente nelle proporzioni di sovrappeso e obesità tra i bambini e le bambine di 8-9 anni che va da Nord (rispettivamente 18,8% e 5,8%) al Centro (21,9% e 9,1%) al Sud (13,2% e 24,8%). Analogamente a quanto emerso dalla raccolta dati 2019 della sorveglianza OKkio alla SALUTE (2), le Regioni del Sud sono quelle dove sovrappeso e obesità hanno maggiormente inciso sullo stadio ponderale dei bambini e bambine.

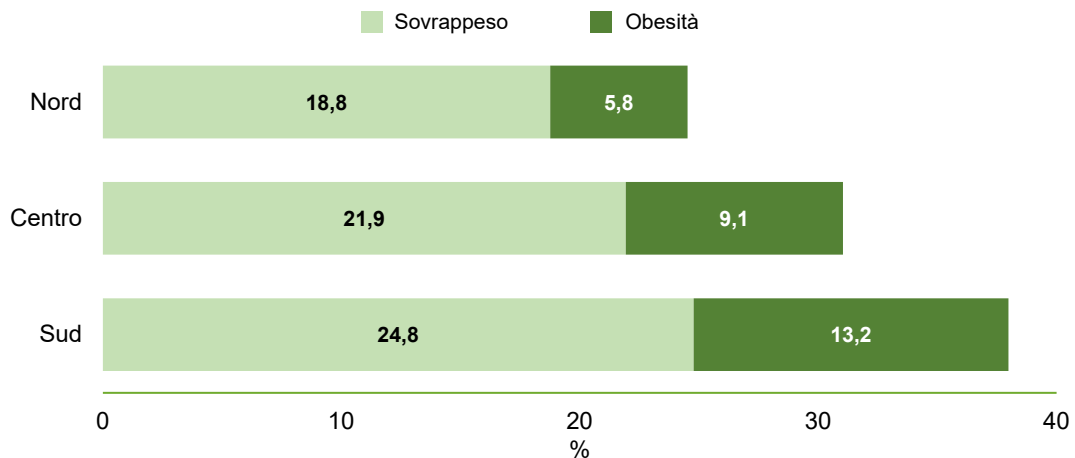


Figura 4. Prevalenze (%) di sovrappeso e obesità tra i bambini e bambine di 8-9 anni per area geografica. EPaS-ISS, Italia 2022

Lo stato ponderale di bambini e bambine è risultato associato allo stato ponderale dei genitori. Infatti, nel caso di genitori entrambi sotto o normopeso, il 16,4% di bambini e bambine è risultato in sovrappeso e il 3,7% con obesità; nel caso in cui almeno uno dei genitori fosse in sovrappeso questi valori erano rispettivamente 22,6% e 8,4%, mentre nel caso ci fosse almeno un genitore con obesità raggiungevano il 28,1% e il 19,9% (Figura 5).

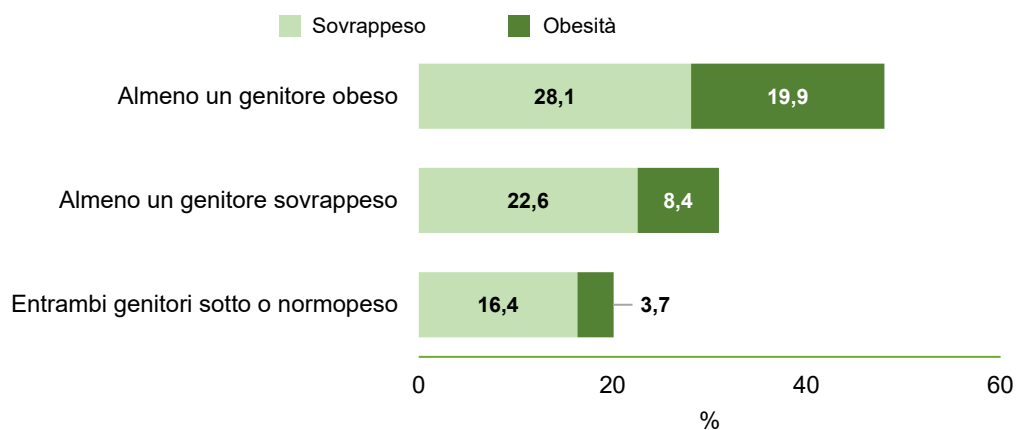


Figura 5. Stato ponderale (%) di bambini e bambine rispetto a quello dei genitori. EPaS-ISS, Italia 2022

Coerentemente con quanto emerso nello studio OKkio alla SALUTE 2019 (2), lo stato ponderale di figli e figlie risulta anche associato al livello di istruzione dei genitori: all'aumentare del grado di istruzione dei genitori diminuisce la quota di figli e figlie in eccesso ponderale (Figura 6).

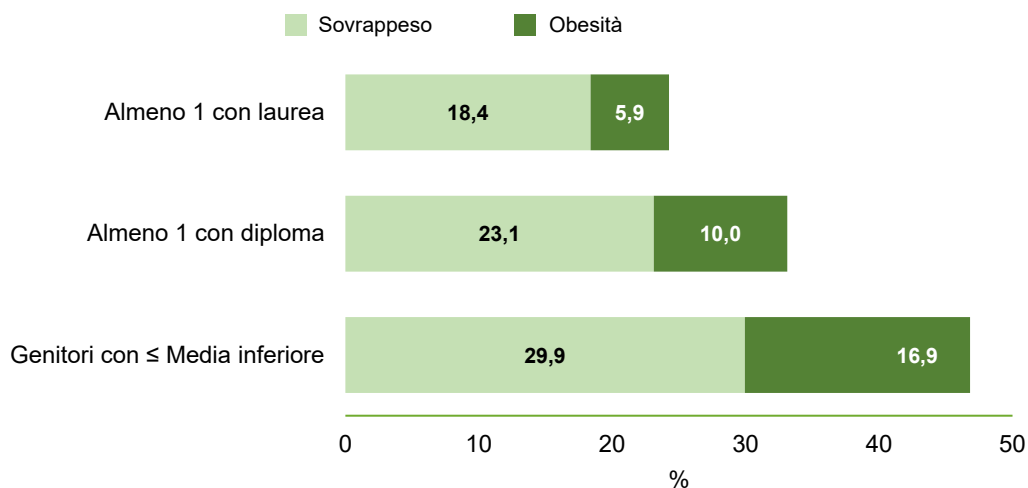


Figura 6. Stato ponderale (%) dei bambini e bambine rispetto al titolo di studio dei genitori. EPaS-ISS, Italia 2022

Anche la situazione economica familiare risulta associata con lo stato ponderale dei bambini e delle bambine: nelle famiglie che hanno difficoltà ad arrivare a fine mese con il reddito a loro disposizione la prevalenza di figli e figlie con obesità è maggiore (Figura 7).

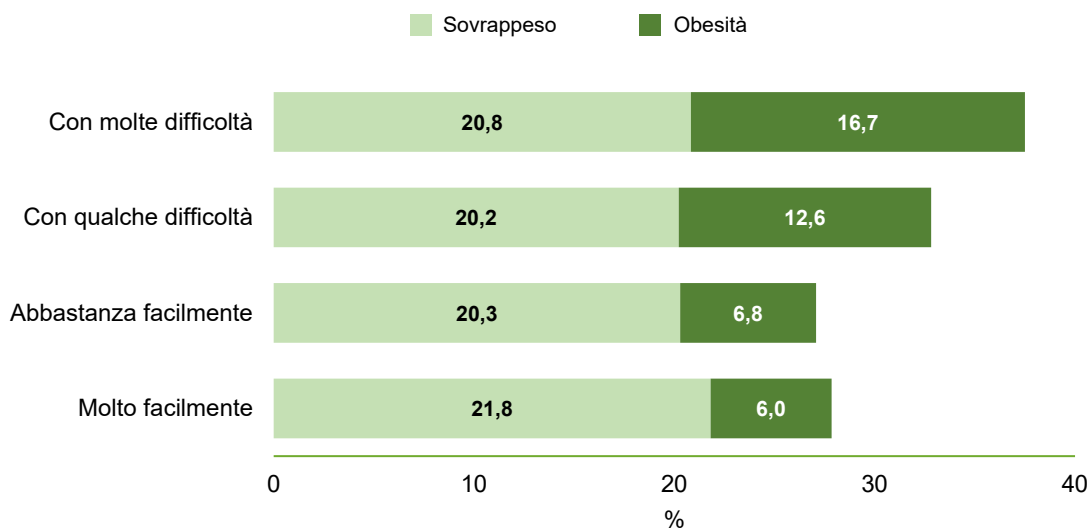


Figura 7. Stato ponderale (%) dei bambini e bambine rispetto alla situazione economica familiare (difficoltà ad arrivare a fine mese con il reddito a disposizione). EPaS-ISS, Italia 2022

Con una domanda del questionario si chiedeva ai genitori come classificherebbero il peso attuale del proprio bambino/bambina rispetto al periodo pre-COVID-19. In linea generale la maggior parte dei genitori non ha percepito grandi cambiamenti nello stato ponderale dei propri figli e delle proprie figlie; il 17,9% ha dichiarato di percepire un aumento nel peso mentre il 2,0% una diminuzione. Interessante notare come la percezione sulla variazione del peso del proprio figlio e della propria figlia vari molto in funzione del loro stato ponderale. Infatti, la proporzione dei genitori che ha percepito un aumento ponderale rispetto al periodo pre-COVID-19 cresce con lo stato ponderale oggettivo del proprio figlio e della propria figlia: mentre solamente il 10,1% dei genitori di bambini sotto- o normo peso ha dichiarato di aver visto il proprio figlio o la propria figlia aumentati di peso, questa proporzione sale al 33,4% nei genitori di bambini e bambine sovrappeso, fino a sfiorare il 46% nei genitori di bambini e bambine con obesità (Figura 8).

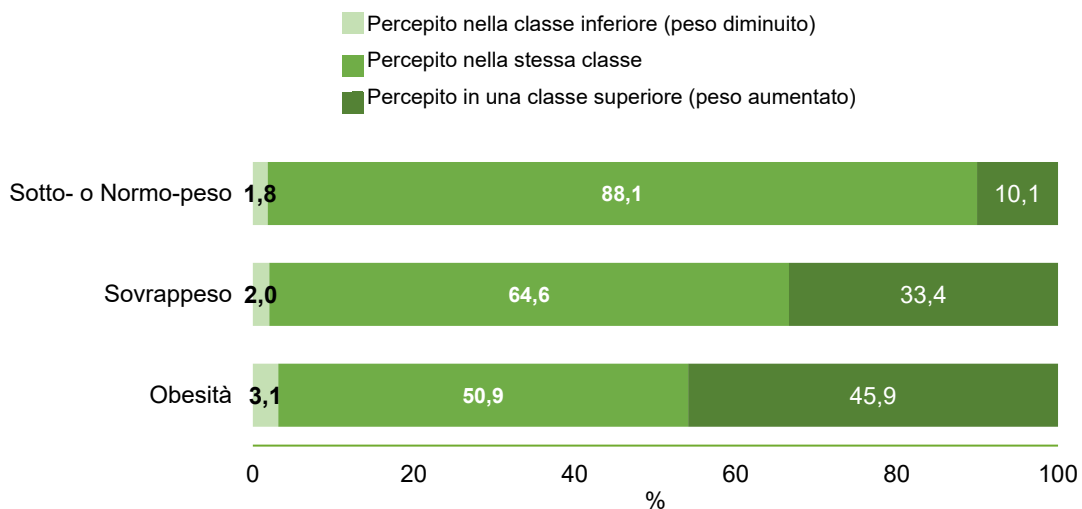


Figura 8. Percezione (%) da parte dei genitori della variazione dello stato ponderale dei propri figli e figlie rispetto al loro stato ponderale effettivo. EPaS-ISS, Italia 2022

Caratteristiche delle famiglie

Il 90,0% delle madri dei bambini e delle bambine partecipanti allo studio era di nazionalità italiana. Una proporzione simile (91,5%) si osserva nei padri i quali, però, risultano essere una figura non presente in una percentuale bassa ma, comunque, 6 volte maggiore rispetto a quanto è dato osservare tra le madri (1,2% vs. 0,2%) che sono a loro volta più frequentemente di nazionalità straniera (Figura 9).

Stratificando il dato per area geografica, osserviamo come la percentuale di genitori stranieri considerati nel loro complesso (madri e padri) diminuisca progressivamente, passando dall'11,6% al Nord al 9,1% nel Centro, per calare vistosamente al 2,7% nel Sud del Paese (Figura 10), distribuzione geografica simile a quella di tutta la popolazione straniera in Italia.

Per la maggior parte, i cittadini stranieri provenivano da Romania (23,1%), Albania (17,9%), Marocco (8,1%), Moldavia (6,0%), Filippine (3,3%), Ecuador (2,4%), Ucraina (2,4%) e Perù (2,1%).

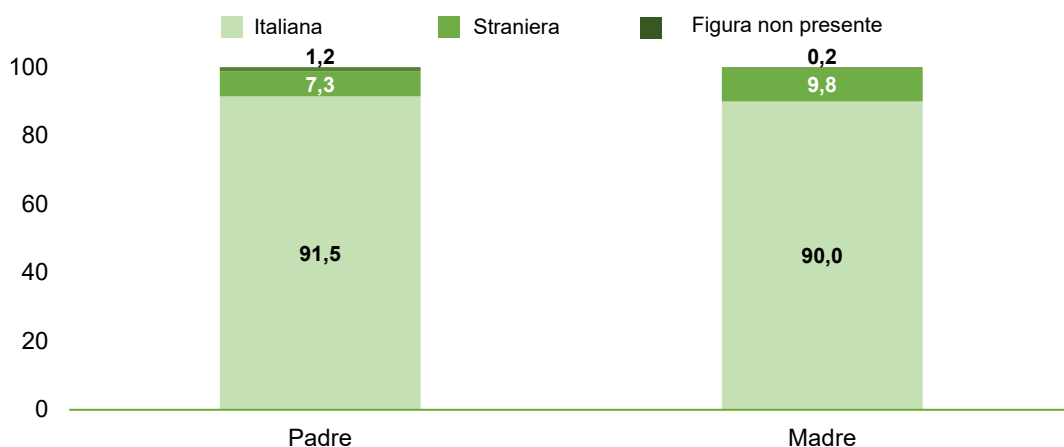


Figura 9. Nazionalità (%) dei genitori. EPaS-ISS, Italia 2022

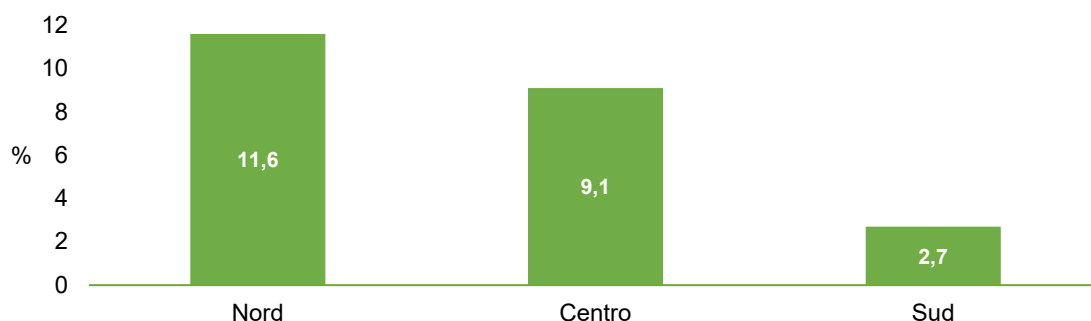


Figura 10. Proportione (%) dei genitori stranieri per area geografica. EPaS-ISS, Italia 2022

Quasi la metà dei genitori (48,6%) al momento dell'indagine possedeva un titolo di scuola secondaria di secondo grado, poco più di un rispondente su 4 (26,4%) era laureato e il 6,6% possedeva un master, un dottorato o una specializzazione (Figura 11).

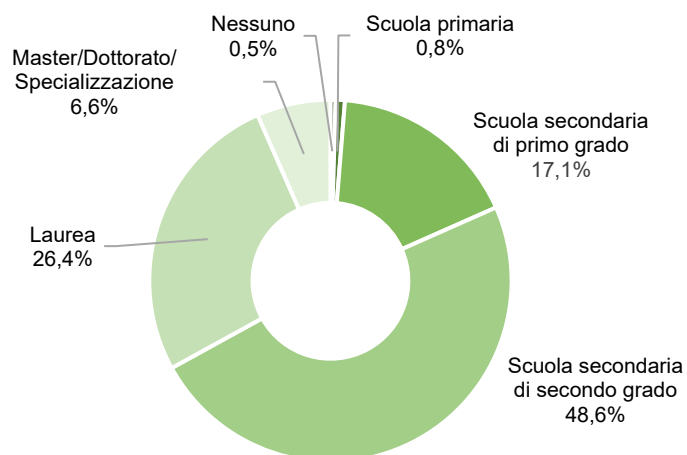


Figura 11. Titolo di studio (%) dei genitori. EPaS-ISS, Italia 2022

I genitori italiani, rispetto a quelli stranieri, sono più rappresentati nelle classi aventi titolo di studio più elevato: infatti, nel 33,5% hanno un titolo pari ad una laurea o superiore, mentre questo livello viene raggiunto dal 27,3% dei genitori stranieri che, per contro, per il 6,8% hanno un titolo pari alla scuola primaria o nessun titolo di studio (Figura 12).

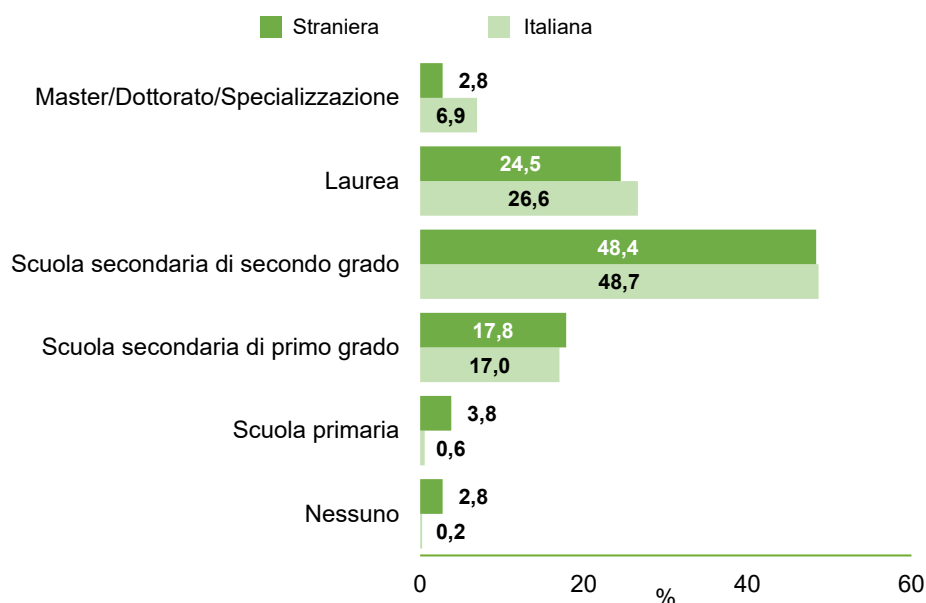


Figura 12. Titolo di studio (%) dei genitori per cittadinanza del genitore. EPaS-ISS, Italia 2022

Sia tra i genitori italiani che tra quelli stranieri sono le donne a possedere titoli di studio più elevati: tra i genitori stranieri, la percentuale di rispondenti con laurea o titolo superiore era del 29,9% nelle donne e del 22,4% negli uomini, mentre tra i genitori italiani queste percentuali erano, rispettivamente, pari al 41,1% e al 26,0%.

Stratificando il dato per area geografica emerge un gap tra il Sud e il resto d'Italia. Infatti, mentre nel Nord e nel Centro del Paese la percentuale di genitori con un titolo di studio pari o superiore alla laurea si aggira attorno al 35%, nel Sud questa proporzione scende al di sotto del 29% (Figura 13). Questo *gap* è particolarmente ampio tra le donne ove la forbice tra Nord/Centro e Sud è attorno ai 9 punti percentuali (Nord 42,1%, Centro 43,5%, Sud 34,3%), mentre circa 4 sono i punti percentuali che separano nei maschi il Sud dal resto del Paese (Nord 27,2%, Centro 26,4%, Sud 23,1%).

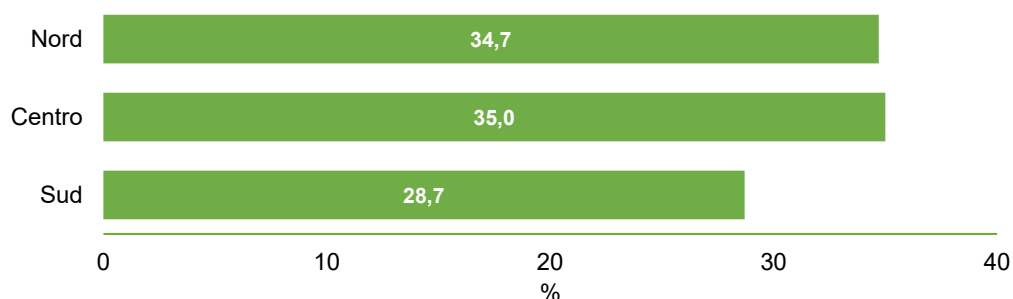


Figura 13. Titolo di studio elevato (%) dei genitori per area geografica di residenza del genitore. EPaS-ISS, Italia 2022

La Tabella 1 riporta le caratteristiche di madre e padre considerate congiuntamente e la tipologia della famiglia. La percentuale di bambini e bambine con entrambi i genitori stranieri presenta valori decisamente superiori nel Nord e nel Centro Italia (rispettivamente 8,8% e 6,7%) rispetto al Sud (1,1%). Stratificando per area geografica non si osservano, invece, differenze per quanto riguarda la distribuzione del campione in base alla tipologia di famiglia.

Tabella 1. Caratteristiche (%) delle famiglie partecipanti. EPaS-ISS, Italia 2022

Caratteristica	Nord	Centro	Sud	Totale
Cittadinanza				
Entrambi italiani	85,4	88,4	95,6	88,9
Uno italiano/uno straniero	5,8	4,9	3,3	4,9
Entrambi stranieri	8,8	6,7	1,1	6,1
Tipologia della famiglia				
Nucleare	83,8	85,1	84,2	84,2
Monogenitoriale	16,2	14,9	15,8	15,8

Nella Tabella 2 viene riportata la distribuzione dell'occupazione svolta dal rispondente e dal proprio partner, sia nel periodo pre-COVID-19, sia durante la pandemia. Il questionario dei genitori è stato compilato principalmente dalle madri (89,1%), meno frequentemente dal padre (10,5%) o da un altro familiare (0,4%). Generalmente si osserva nei partner (essenzialmente maschi) una riduzione del numero di occupati a tempo pieno che passano dall'82,1% al 74,4% a cui corrisponde un aumento di tutte le altre voci. In particolare raddoppia la proporzione di partner disoccupati (dal 2,8% al 5,5%), mentre i partner casalinghi a tempo pieno passano dal 3,8% al 6,5%. Più stabile appare la situazione dei rispondenti (essenzialmente donne) dove il COVID-19 sembra aver inciso sulla fetta di Lavoratore/Lavoratrice part-time che passano dal 24,2% al 20,1%.

Tabella 2. Attività lavorativa (%) nel periodo pre-COVID-19 e COVID-19 delle famiglie partecipanti. EPaS-ISS, Italia 2022

Caratteristica	Periodo pre-COVID-19		Periodo COVID-19	
	Rispondente	Partner	Rispondente	Partner
Casalinga/o a tempo pieno	18,7	3,8	22,4	6,5
Lavoratore/Lavoratrice a tempo pieno	46,6	82,1	45,0	74,4
Lavoratore/Lavoratrice part-time	24,2	6,6	20,1	7,5
Disoccupata/o	4,8	2,8	6,8	5,5
Altro	5,7	4,7	5,7	6,1

Va precisato che le domande sull'occupazione svolta dal genitore rispondente al questionario e dal proprio partner presentano una percentuale di dati mancanti particolarmente elevata in riferimento all'occupazione durante il periodo COVID-19 (32,8% e 34,8%, rispettivamente per il rispondente e il partner), proporzioni più contenute laddove riferite all'occupazione durante il periodo pre-COVID-19 (rispettivamente 11,1% e 22,8%).

La Tabella 3 mostra l'evoluzione della condizione economica della famiglia a partire dal periodo pre-COVID-19. La pandemia ha impattato pesantemente sulle condizioni economiche

delle famiglie: il 23,7% dei rispondenti ha dichiarato che nel periodo pre-COVID-19 arrivava con qualche o molte difficoltà a fine mese; questa percentuale sale al 44,8% nel periodo del COVID-19. Le conseguenze della pandemia si sono fatte sentire un po' ovunque e la proporzione di famiglie che con difficoltà arrivano a fine mese è praticamente raddoppiata, con un grande disagio sociale al Sud ove oltre una famiglia su due (55,2%) ha dichiarato di arrivare a fine mese con difficoltà, e in un caso su 5 (21,4%) con molte difficoltà (valore pari a 6,3% nel periodo pre-COVID-19).

Tabella 3. Condizione economica (%) delle famiglie partecipanti del periodo pre-COVID-19 e COVID-19. EPaS-ISS, Italia 2022

Caratteristica	Nord	Centro	Sud	Totale
Periodo pre-COVID-19				
Con i soldi a disposizione come arrivava a fine mese la famiglia				
Molto facilmente	28,6	26,5	28,4	28,1
Abbastanza facilmente	51,0	47,9	43,2	48,2
Con qualche difficoltà	17,2	22,4	22,1	19,7
Con molte difficoltà	3,2	3,2	6,3	4,0
Periodo COVID-19				
Con i soldi a disposizione come arriva a fine mese la famiglia				
Molto facilmente	21,7	17,9	14,8	19,0
Abbastanza facilmente	39,9	35,3	30,0	36,2
Con qualche difficoltà	26,2	32,4	33,8	29,7
Con molte difficoltà	12,2	14,4	21,4	15,1

Il 31,1% delle famiglie che hanno partecipato alla *survey* ha ricevuto un aiuto economico a causa della pandemia da COVID-19, in proporzioni sostanzialmente identiche tra Nord, Centro e Sud. Come mostrato nella Figura 14, durante la pandemia la presenza di tale supporto economico cresce con l'aumentare delle difficoltà delle famiglie ad arrivare a fine mese.

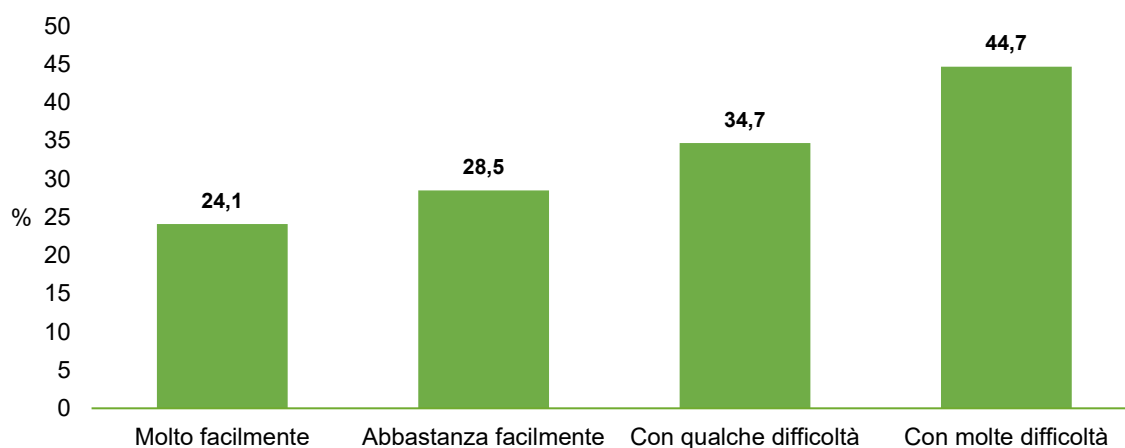


Figura 14. Famiglie (%) che hanno ricevuto un aiuto economico a causa della pandemia di COVID-19 per capacità di arrivare a fine mese. EPaS-ISS, Italia 2022

Caratteristiche dei conviventi e delle abitazioni

Il questionario conteneva due domande distinte volte a determinare il numero di persone che, durante la pandemia, hanno convissuto nella medesima abitazione nella quale il bambino/la bambina ha trascorso la maggior parte del suo tempo. Nella prima si chiedeva al genitore di indicare quali conviventi fossero presenti in casa (padre, madre, quanti fratelli/sorelle, quanti nonni/nonne). La seconda domanda aveva invece l'obiettivo di conoscere quanti altri bambini/altre bambine con meno di 14 anni erano presenti in casa (non necessariamente fratelli/sorelle) oltre al bambino/alla bambina rispetto al quale il genitore compilava il questionario (Appendice B).

Per la maggior parte delle famiglie (56,7%) i conviventi in casa durante il periodo COVID-19 erano quattro o più persone (madre, padre, bambino/bambina per il/la quale il genitore ha compilato il questionario e almeno un fratello/sorella). Nel 16,9% dei casi la famiglia convivente comprendeva padre, madre e bambino/bambina partecipante all'indagine. Nel 15,4% il bambino/la bambina viveva con un solo genitore: 10,4% solo con madre e 4,6% solo con padre. Le famiglie nelle quali erano presenti in casa anche uno o più nonni risultavano essere il 12,3%.

Nella Figura 15 viene riportata la distribuzione dei casi per numero di minori di 14 anni presenti in casa, oltre al bambino/alla bambina rispetto al quale il genitore ha compilato il questionario. In oltre la metà dei casi (53,8%), il bambino/la bambina viveva in casa con un altro minore di 14 anni, mentre nel 14,6% dei casi vi erano in casa due o più minori di 14 anni oltre al bambino/la bambina.

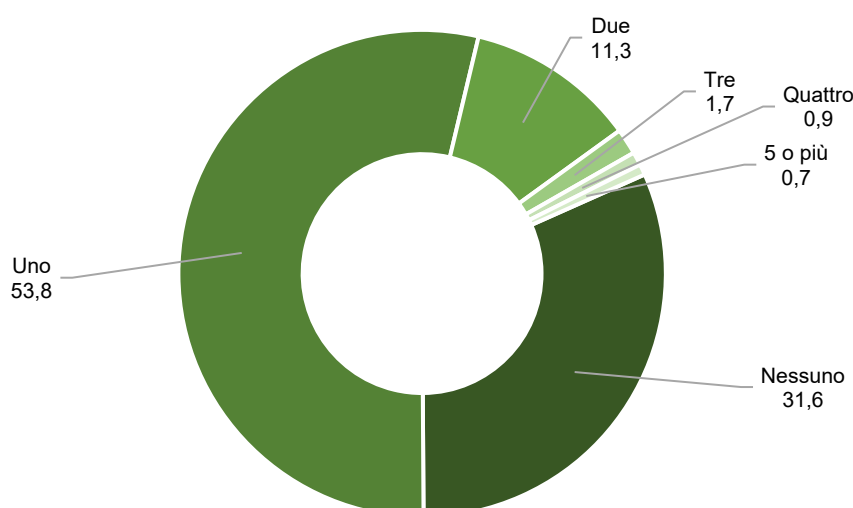


Figura 15. Minori di 14 anni (%) presenti in casa, oltre al bambino/alla bambina rispetto al quale il genitore ha compilato il questionario. EPaS-ISS, Italia 2022

In media, l'abitazione nella quale il bambino/la bambina ha trascorso la maggior parte del suo tempo è risultata essere di 114,8 m² (DS ± 49,5 m²). Quantificare le dimensioni della propria abitazione non è un compito semplice, per cui a volte sono stati riportati valori improbabili. Considerando, comunque, che oltre il 95% delle abitazioni aveva una dimensione compresa tra 40 m² e 200 m², esaminando esclusivamente i casi che ricadevano in questo intervallo, lo spazio medio a disposizione per ogni membro del nucleo familiare è risultato essere pari a di circa 34,4 m².

La Figura 16 mostra la distribuzione percentuale delle abitazioni ripartite in classi di dimensioni. Tra i 75 m² e i 120 m² (56,5%) si colloca la maggior parte delle abitazioni, mentre solo il 5,0% delle famiglie risiedeva in abitazioni con una metratura inferiore ai 60 m².

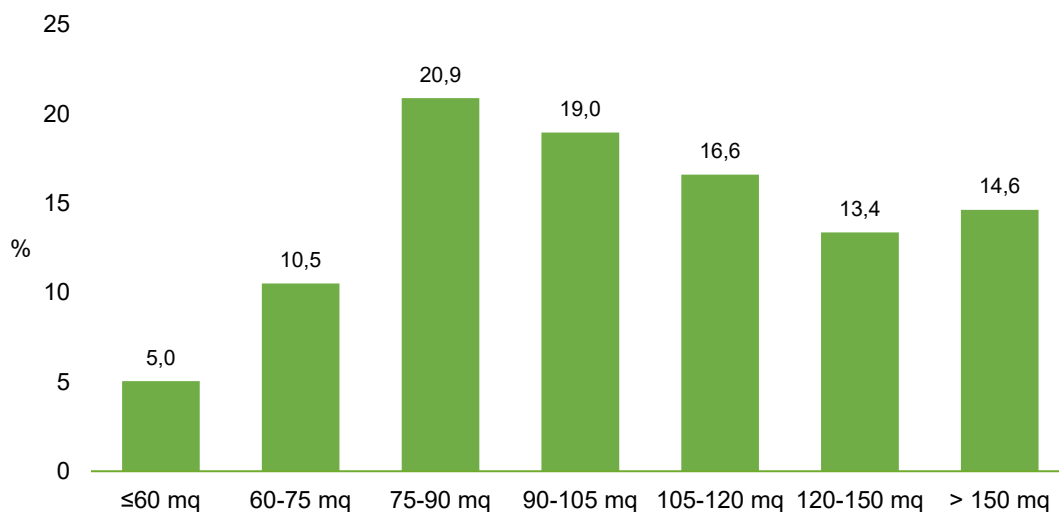


Figura 16. Dimensioni dell'abitazione (%) nella quale il bambino/la bambina ha trascorso la maggior parte del suo tempo durante il periodo pandemico. EPaS-ISS, Italia 2022

La Figura 17 riporta la distribuzione delle abitazioni in relazione alla disponibilità di spazi esterni. Nella maggior parte dei casi (70,5%) le famiglie avevano a disposizione spazi ampi e abitabili, mentre solamente nell'8,0% dei casi non era disponibile alcuno spazio esterno.

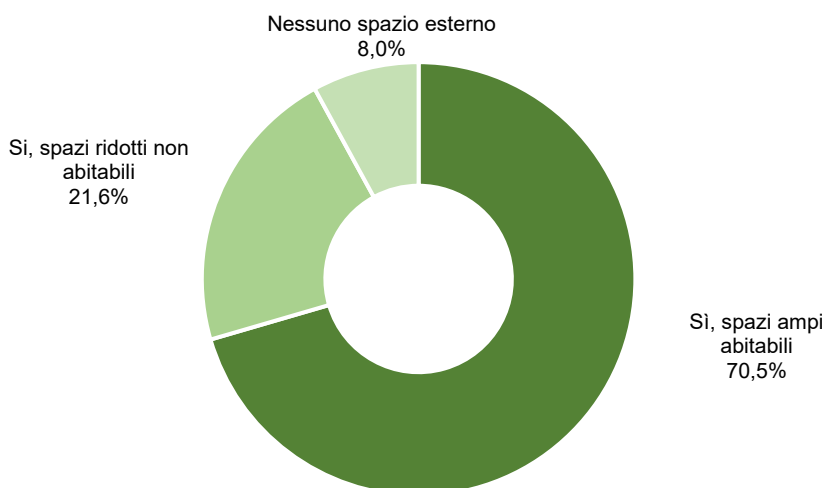


Figura 17. Disponibilità (%) di spazi esterni nell'abitazione in cui il bambino/la bambina ha trascorso la maggior parte del suo tempo. EPaS-ISS, Italia 2022

Punti di forza e limiti dell'indagine quantitativa

I principali punti di forza dell'indagine quantitativa sono stati l'utilizzo di procedure standardizzate di raccolta dati nell'ambito internazionale del COSI e il supporto dei Referenti Regionali e Aziendali già coinvolti nella sorveglianza "OKkio alla SALUTE" che hanno promosso lo studio a livello locale. Un altro punto di forza dello studio quantitativo è stato l'utilizzo di un ampio campione per le stime nazionali proveniente da quasi tutte le Regioni e PA italiane.

Lo studio EPaS-ISS quantitativo presenta anche dei limiti. La scelta di utilizzare un questionario online per la raccolta dati potrebbe aver influito negativamente sul tasso di adesione determinando un possibile *bias* di selezione dal momento che per la partecipazione all'indagine era richiesta la capacità di utilizzo di computer, tablet o smartphone. È possibile che le famiglie più vulnerabili abbiano avuto meno possibilità di partecipare allo studio e, pertanto, ciò potrebbe aver determinato una minore rappresentanza di questi gruppi o a una sottostima delle disuguaglianze. Il possibile *bias* di selezione è stato valutato confrontando i dati sul livello di istruzione ottenuti dallo studio EPaS-ISS con quelli del sistema di sorveglianza "OKkio alla SALUTE", che ha raggiunto nel 2019 una rispondenza del 95%. Il confronto delle due distribuzioni ha evidenziato una minore percentuale di genitori con un livello inferiore di istruzione nello studio EPaS-ISS rispetto ad "OKkio alla SALUTE" 2019, evidenziando la perdita di genitori con un livello più basso di istruzione. Un'altra possibile fonte di *bias* di selezione è legata all'inclusione dell'Informativa sulla privacy e la necessità di inserimento dei dati anagrafici dei genitori prima della compilazione del questionario online. Pur avendo insistito in fase di arruolamento dei genitori sulla restituzione anonima dei dati raccolti, la richiesta delle informazioni anagrafiche per il consenso al trattamento dei dati personali potrebbe aver scoraggiato alcuni rispondenti a iniziare la compilazione del questionario (su 8.000 accessi al questionario, 5.900 hanno inserito i dati anagrafici e proseguito con la compilazione del questionario).

Bibliografia

1. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes.* 2012 Aug;7(4):284-94. doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x.
2. Nardone P, Spinelli A, Ciardullo S, Salvatore MA, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *Obesità e stili di vita dei bambini: OKkio alla SALUTE 2019*. Roma: Istituto Superiore di Sanità 2022. (Rapporti ISTISAN 22/27).

INDAGINE QUANTITATIVA: IMPATTO DELLA PANDEMIA DA COVID-19 SULLE ABITUDINI E I COMPORTAMENTI GIORNALIERI

Marta Buoncristiano (a), Paola Nardone (b), Angela Spinelli (c), Marco Giustini (d), Silvia Ciardullo (b), Amalia Egle Gentile (e) e Gruppo di Ricerca EPaS-ISS*

(a) Comitato Tecnico OKkio alla SALUTE, Roma*

(b) Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(c) già Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(d) Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(e) Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

Come è cambiata la routine quotidiana dei piccoli durante il periodo pandemico?

Il presente capitolo esplora, attraverso la percezione dei genitori, le variazioni in tema di abitudini alimentari (unitamente alle modifiche ai correlati comportamenti familiari), sonno, attività sedentarie e movimento, benessere fisico e psicologico di bambini e bambine.

Le misure di contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 (distanziamento fisico, divieto di assembramenti, autoisolamento o quarantena, uso obbligatorio di mascherine protettive, chiusura di spazi pubblici, confinamento domiciliare, lavoro da casa, limitazione degli spostamenti) hanno portato cambiamenti significativi nelle abitudini dei piccoli circa l'alimentazione (1-3), l'attività fisica e la sedentarietà (4-6). Bambini e bambine si trovano in una fase di vita (7) che li rende sensibili alle conseguenze che la forte limitazione delle interazioni sociali e l'interruzione delle attività didattiche in presenza potrebbero avere avuto sul benessere fisico e psicologico (8-10).

Ci sono state differenze tra le diverse aree geografiche del Paese? Il titolo di studio e la nazionalità dei genitori hanno inciso? Ha avuto un peso la presenza di due genitori o di uno soltanto? Queste le chiavi di lettura qui utilizzate per indagare il profondo impatto sulla quotidianità di bambini, bambine e delle loro famiglie.

Abitudini alimentari di bambini e bambine

Alle famiglie dei bambini e delle bambine delle classi arruolate nello studio è stato chiesto di indicare se, durante i periodi di *lockdown* o quarantena, il consumo di alcuni cibi sia salutari (es. frutta e verdura) che non salutari (tipo snack salati o dolci) e delle bevande confezionate contenenti zucchero sia diminuito, aumentato o rimasto invariato rispetto al periodo precedente.

Complessivamente è stato indagato il consumo di 10 tipologie diverse di cibi e bevande (Figura 1). In generale, circa il 70-80% dei genitori ha dichiarato che i propri figli e le proprie figlie non hanno modificato le abitudini di consumo.

* per la composizione del Gruppo si veda Appendice A

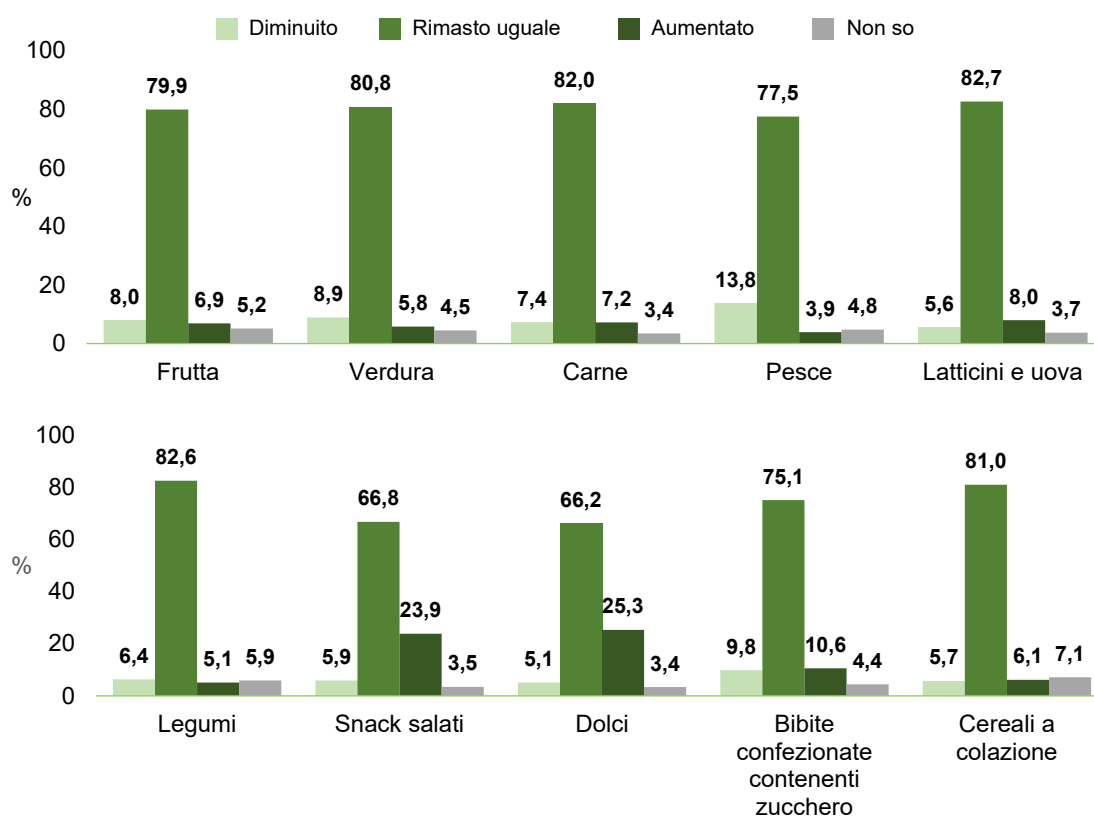


Figura 1. Consumo (%) di alcuni cibi e bevande da parte di bambini e bambine durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente. EPaS-ISS, Italia 2022

La variazione più rilevante è emersa in relazione al consumo di dolci (es. torte, merendine, biscotti, caramelle, gelato) e snack salati (es. patatine, popcorn, noccioline, crackers) che è aumentato, rispettivamente, nel 25,3% e 23,9% dei bambini/bambine. La quota che ha diminuito il consumo di tali alimenti durante il periodo pandemico è, invece, trascurabile (inferiore al 6%).

Il pesce, al contrario, è l'alimento che ha mostrato il più alto livello di riduzione: il 13,8% dei bambini e delle bambine ne ha, infatti, mangiato di meno, mentre solo il 3,9% di più.

Per quanto riguarda la frutta e la verdura, sebbene nella maggioranza dei casi il livello di consumo sia rimasto invariato, laddove ci sia stata una variazione essa è stata più spesso una riduzione piuttosto che un aumento (8,0% vs. 6,9% e 8,9% vs. 5,8% rispettivamente).

Una situazione analoga ma di senso opposto è emersa per i latticini e le uova, la cui assunzione è aumentata nel 8,0% dei bambini e bambine ed è diminuita nel 5,6%.

La carne, i legumi e i cereali per la colazione mostrano livelli immutati di consumo in oltre l'80% dei casi, ma, a differenza di quanto rilevato per gli altri alimenti, i bambini e le bambine che hanno modificato le proprie abitudini si ripartiscono in maniera più o meno equa tra coloro che hanno mangiato più frequentemente tali alimenti e coloro che lo hanno fatto meno spesso. Un quadro analogo emerge anche per l'assunzione di bibite confezionate contenenti zucchero il cui consumo durante il periodo pandemico è rimasto invariato per il 75,1% dei bambini, è aumentato per il 10,6% ed è diminuito per il 9,8%. Alcuni genitori non sono stati in grado di rispondere a queste domande sui consumi.

I dati mostrano variazioni nelle abitudini alimentari simili per maschi e femmine (Tabella 1).

Tabella 1. Cambiamenti nel consumo di alcuni cibi e bevande da parte dei bambini durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente (%) per genere, ripartizione geografica, titolo di studio e nazionalità dei genitori, tipologia della famiglia. EPaS-ISS, Italia 2022

Caratteristica	Frutta	Verdure	Carne	Pesce	Latticini e uova	Legumi	Snack salati	Dolci	Bibite*	Cereali a colazione
Genere										
Maschio	8,2	8,5	6,2	12,9	7,8	6,0	24,3	25,5	11,6	5,4
Femmina	7,9	9,3	8,6	14,9	8,2	6,7	23,3	25,2	9,5	7,0
Ripartizione geografica										
Nord	7,2	8,7	7,9	12,4	8,1	6,2	21,9	23,6	9,6	6,6
Centro	7,8	7,8	7,6	13,5	7,4	7,2	25,2	26,1	10,9	6,6
Sud	9,2	9,9	6,6	15,9	8,3	6,1	25,7	27,2	11,7	5,3
Titolo di studio dei genitori**										
Basso	4,7	7,1	6,8	11,7	6,7	7,0	20,7	21,7	9,1	3,9
Medio	8,2	10,0	7,8	14,2	8,3	7,0	26,4	26,4	11,9	6,3
Alto	8,2	8,1	6,9	14,2	8,2	5,7	22,7	25,9	9,9	6,5
Nazionalità										
Entrambi italiani	7,9	8,8	7,1	14,7	7,9	6,3	24,3	26,3	10,5	6,1
Almeno un genitore con nazionalità straniera	9,0	10,1	9,5	7,3	10,1	6,9	23,3	21,5	12,9	6,7
Tipologia della famiglia										
Nucleare	8,0	9,2	7,4	14,4	7,9	6,7	23,9	25,7	10,6	6,2
Monogenitoriale	8,8	7,7	7,4	13,6	9,0	5,1	24,2	24,9	11,0	6,7

➡ Diminuzione nei livelli di consumo – ➡ Aumento nei livelli di consumo

* Bibite confezionate contenenti zucchero.

** Basso: entrambi i genitori senza titolo di studio o con diploma di scuola primaria o di scuola secondaria di primo grado – Medio: almeno un genitore con diploma di scuola secondaria di secondo grado e nessuno dei due in possesso di un titolo universitario (laurea, master o dottorato) – Alto: almeno un genitore in possesso di una laurea o di un master / dottorato o specializzazione.

Per ciascun aspetto, è stata riportata la percentuale riferita alla variazione prevalente, ovvero ad un aumento se la quota di famiglie che ha dichiarato di aver assunto tale comportamento con maggiore frequenza durante la pandemia è maggiore di quella che ha dichiarato una minore frequenza, e una diminuzione se si è verificata la situazione opposta. La stratificazione per area geografica evidenzia livelli di riduzione nel consumo di frutta, verdura e pesce più pronunciati nel Sud del Paese (9,2%, 9,9% e 15,9% rispettivamente) rispetto alle Centro (7,8%, 7,8% e 13,5%) e al Nord Italia (7,2%, 8,7% e 12,4%). Le Regioni settentrionali registrano un aumento nel consumo di snack salati e dolci leggermente più contenuto rispetto al resto di Italia.

L'analisi stratificata per livello di istruzione e nazionalità dei genitori mette in evidenza un grado di incertezza maggiore tra i genitori con titolo di studio basso o con nazionalità straniera che, per tutti gli alimenti indagati, presentano percentuali di 'Non so' pari a due/tre volte quelle registrate nei genitori con titolo di studio più alto o nazionalità italiana. Anche i genitori soli mostrano una maggiore incertezza nel rispondere. Tra i rispondenti la contrazione del consumo di frutta, verdura e pesce è più contenuta nei figli di genitori con titolo di studio basso, così come anche l'aumento del consumo di snack salati e dolci.

Quando almeno uno dei genitori ha nazionalità straniera, la riduzione nel consumo di frutta e verdura tende a essere leggermente più pronunciata, così come l'aumento nell'assunzione di bibite confezionate contenenti zucchero, mentre risulta meno pronunciato l'aumento nell'assunzione di snack salati e dolci.

Prima della pandemia da COVID-19, il 78,0% dei bambini e delle bambine non mangiava mai cibi ordinati tramite App e/o altri servizi online di consegna a domicilio o lo faceva meno di una volta al mese (Figura 2). Tale percentuale si è ridotta al 70,1% durante il periodo pandemico, mentre è aumentata la percentuale di coloro che consumano tali cibi almeno 2-3 volte al mese (da 11,8% a 19,5%).

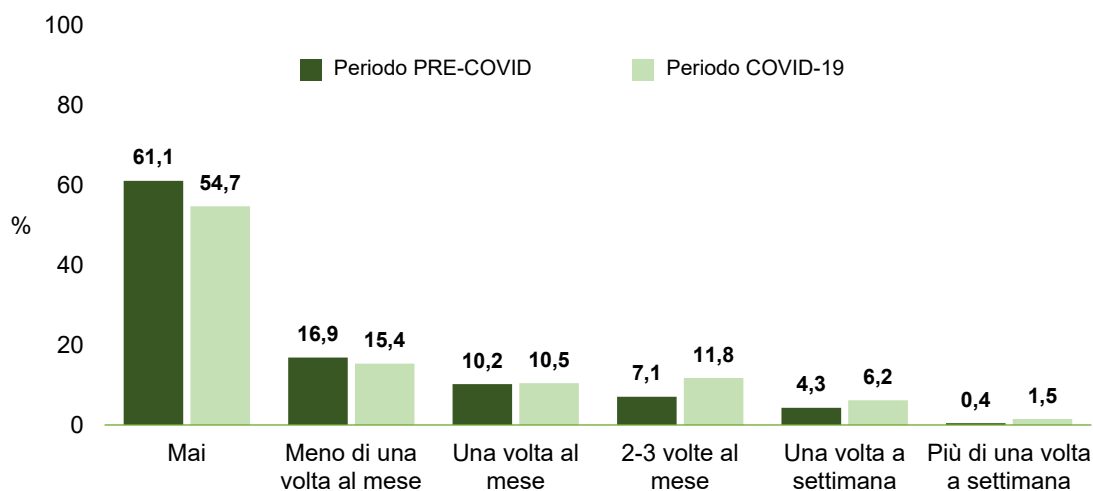


Figura 2. Consumo (%) di cibo ordinato tramite App e/o altri servizi online di consegna a domicilio durante la pandemia da COVID-19 e nel periodo precedente. EPaS-ISS, Italia 2022

In generale, il 26,2% dei bambini e delle bambine ha aumentato la frequenza di consumo di cibi ordinati online, mentre per il 64,8% è rimasta invariata e per il 10,0% è diminuita (Tabella 2). L'aumento è stato più diffuso nelle Regioni del Nord Italia (27,8%) e tra figli e figlie di genitori con titolo di studio elevato (29,1%). Viceversa, in presenza di basso livello di istruzione o di nazionalità straniera, la percentuale di bambini e bambine che hanno consumato tali cibi più

spesso è stata decisamente più contenuta e simile a quella di coloro che ne hanno, invece, ridotto il consumo.

Tabella 2. Consumo (%) di cibo ordinato tramite App e/o altri servizi online di consegna a domicilio durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente per genere, ripartizione geografica, titolo di studio e nazionalità dei genitori, tipologia della famiglia. EPaS-ISS, Italia 2022

Caratteristica	Consumo diminuito	Consumo invariato	Consumo aumentato
Genere			
Maschio	10,0	63,8	26,2
Femmina	10,0	65,9	24,1
Ripartizione geografica			
Nord	9,0	63,2	27,8
Centro	6,5	67,7	25,9
Sud	13,3	65,1	21,6
Titolo di studio dei genitori*			
Basso	17,9	66,0	16,1
Medio	10,6	65,7	23,7
Alto	7,4	63,5	29,1
Nazionalità			
Entrambi italiani	9,0	64,1	26,8
Almeno un genitore con nazionalità straniera	14,7	71,0	14,3
Tipologia della famiglia			
Nucleare	9,9	63,9	26,1
Monogenitoriale	9,7	67,3	23,0
Totale	10,0	64,8	25,2

* Basso: entrambi i genitori senza titolo di studio o con diploma di scuola primaria o di scuola secondaria di primo grado – Medio: almeno un genitore con diploma di scuola secondaria di secondo grado e nessuno dei due in possesso di un titolo universitario (laurea, master o dottorato) – Alto: almeno un genitore in possesso di una laurea o di un master / dottorato o specializzazione.

Comportamenti delle famiglie in relazione alle abitudini alimentari

L'isolamento da *lockdown* o quarantena ha avuto un impatto sulla routine quotidiana delle famiglie anche in relazione ad aspetti quali l'approvvigionamento di cibo e il consumo dei pasti. Lo studio ha indagato tale impatto chiedendo ai genitori se comportamenti quali, ad esempio, l'abitudine ad acquistare alimenti in mercati o negozi locali, piuttosto che in supermercati o online, oppure l'abitudine a mangiare tutti insieme, a cucinare con i figli e le figlie, si siano modificati durante il periodo di pandemia oppure siano rimasti invariati rispetto al periodo precedente. Sono stati indagati 12 diversi aspetti di vita familiare quotidiana.

La Figura 3 mostra come le misure restrittive adottate durante la pandemia abbiano sostanzialmente modificato la routine familiare in tutti i comportamenti studiati, anche se non con la stessa intensità. La percentuale di genitori che dichiara di non aver modificato le proprie abitudini familiari varia, infatti, dal 40,4% relativo al 'comprare cibo in grande quantità per un

periodo più lungo di una settimana' al 78,4% relativo al 'fare colazione'. Vi sono alcuni aspetti sui quali i genitori hanno mostrato maggiore incertezza – rispondendo più frequentemente 'Non so' – come 'comprare cibo online' (23,2%), 'mangiare cibi precotti' (15,1%) e 'mangiare cibi preparati fuori casa' (15,1%). Tali livelli più alti di 'Non so' sono probabilmente da attribuire a una limitata comprensione delle domande da parte di alcuni genitori o alla minore diffusione di tali comportamenti nella vita quotidiana familiare a prescindere dall'esperienza della pandemia da COVID-19.

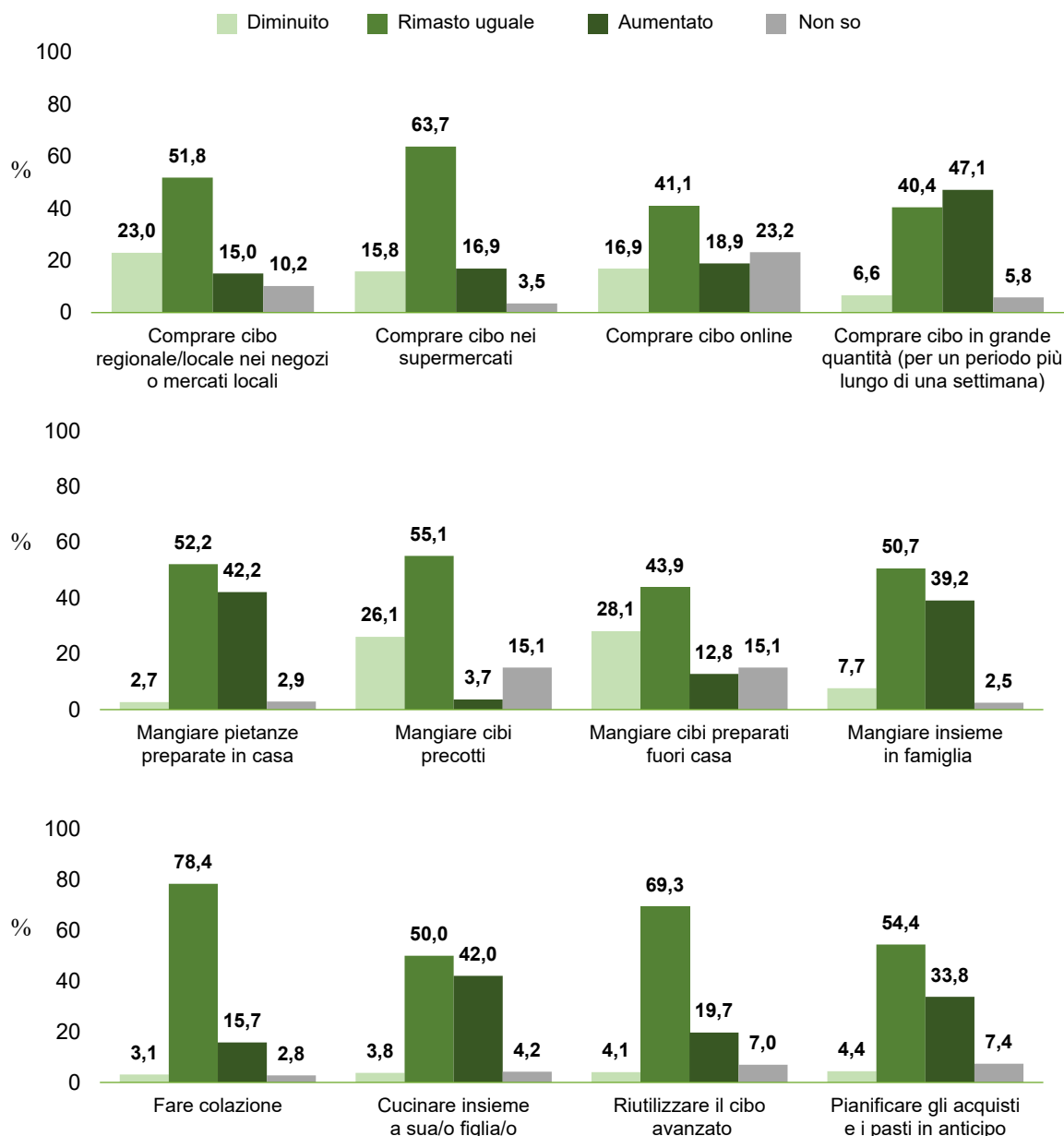


Figura 3. Comportamenti quotidiani familiari (%) relativi alle abitudini alimentari durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente. EPaS-ISS, Italia 2022

Durante il periodo pandemico, quasi una famiglia su due ha comprato cibo in grande quantità più spesso rispetto al periodo precedente (47,1%). Anche la consuetudine a ‘pianificare gli acquisti e i pasti in anticipo’ si è modificata diventando più frequente per il 33,8% delle famiglie. Viceversa, l’abitudine a comprare il cibo in negozi e mercati locali si è ridotta per il 23,0% delle famiglie, registrando il livello di contrazione maggiore tra i comportamenti relativi all’approvvigionamento di alimenti che sono stati indagati dallo studio. Non emerge, invece, una direzione prevalente nella variazione della consuetudine a comprare cibo online o nei supermercati: in entrambi i casi, infatti, la percentuale di coloro che hanno assunto tali comportamenti più frequentemente in pandemia è simile a quella di coloro che lo hanno fatto meno spesso.

Per quanto riguarda il consumo dei pasti, i dati mostrano un deciso aumento della consuetudine a ‘mangiare pietanze preparate in famiglia’ (42,2%) e a ‘mangiare insieme in famiglia’ (39,2%). Viceversa, l’abitudine a ‘mangiare cibi preparati fuori casa’ o a ‘mangiare cibi precotti’ ha registrato una riduzione (28,1% e 26,1% rispettivamente) piuttosto che un aumento (12,8% e 3,7%).

Durante il *lockdown* e la quarantena, si è rinforzata la consuetudine di cucinare insieme ai figli nel 42,0% delle famiglie.

Infine, ‘fare colazione’ e ‘riutilizzare il cibo avanzato’ sono gli aspetti indagati che sono cambiati meno durante il periodo di *lockdown* e quarantena. Il cambiamento, quando c’è stato, è andato in direzione di un aumento piuttosto che di una riduzione.

La Tabella 3 riporta la percentuale di famiglie che ha dichiarato un aumento o una diminuzione nell’assunzione di ciascun comportamento indagato stratificata per area geografica, livello di istruzione e nazionalità dei genitori e tipologia di famiglia. Per ciascun aspetto, è stata riportata la percentuale riferita alla variazione prevalente, riduzione o aumento, come fatto per la Tabella 1.

I dati mostrano un gradiente Sud-Nord per quanto riguarda l’aumento dell’abitudine a comprare cibo online che passa dall’11,6% nelle aree del Mezzogiorno al 25,0% nel Settentrione d’Italia. Differenze geografiche emergono anche in relazione alle modalità con cui si consumano i pasti. Nel Sud Italia la diminuzione nel mangiare cibi precotti o preparati fuori casa è decisamente più pronunciata rispetto a quella rilevata nelle altre aree del Paese; mentre l’abitudine di mangiare in famiglia più spesso è meno diffusa.

Per molti dei comportamenti indagati, la variazione prevalente registrata durante la pandemia (sia essa in aumento o in diminuzione) aumenta al crescere del titolo di studio, indicando un diverso impatto delle misure di restrizione sulla routine familiare quotidiana. Ad esempio, la percentuale di famiglie che nel periodo pandemico hanno comprato cibo in negozi o mercati locali meno frequentemente rispetto al periodo precedente passa dal 15,8% in caso di basso titolo di studio al 21,1% quando il titolo è medio e al 25,8% quando è alto. Un trend analogo si registra in relazione all’aumento della abitudine di comprare cibo nei supermercati (11,7%, 17,1% e 17,9% rispettivamente) o online (6,0%, 16,6% e 24,4%) e di comprare cibo in grande quantità (31,6%, 45,1% e 53,2%). Uno scenario simile emerge anche per la maggiore frequenza con cui le famiglie hanno mangiato insieme durante la pandemia (21,9%, 36,5% e 46,1%), hanno mangiato pietanze preparate in casa (31,5%, 41,2% e 46,2%) oppure con cui si cucinava insieme ai figli (29,4%, 39,8% e 48,1%). Viceversa, la riduzione del consumo di cibi precotti o preparati fuori casa è maggiore nelle famiglie con basso livello di istruzione rispetto a quelle con livelli più alti. Anche nelle famiglie in cui almeno un genitore ha nazionalità straniera e in quelle monogenitoriali si registrano livelli di variazione più contenute per molti degli aspetti indagati.

Come emerso per le abitudini alimentari dei bambini e delle bambine, anche per i comportamenti familiari quotidiani il livello di incertezza nel rispondere è decisamente maggiore nel caso di genitori con basso livello di istruzione o nazionalità straniera.

Tabella 3. Diminuzione/aumento nell'assunzione di determinati comportamenti familiari relativi all'approvvigionamento di alimenti e alle modalità di consumo dei pasti durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente (%) per, ripartizione geografica, titolo di studio e nazionalità dei genitori, tipologia della famiglia. EPaS-ISS, Italia 2022

Caratteristica	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
Ripartizione geografica												
Nord	23,2	17,0	25,0	46,8	40,2	24,8	25,1	42,2	14,3	42,6	18,6	33,8
Centro	23,3	13,4	17,8	48,3	43,8	23,7	25,1	41,0	16,3	41,5	19,5	34,8
Sud	22,6	18,8	11,6	46,9	43,8	29,3	33,8	34,2	17,3	41,6	21,1	33,3
Titolo di studio dei genitori**												
Basso	15,8	11,7	6,0	31,6	31,5	27,8	31,2	21,9	12,4	29,4	16,1	22,9
Medio	21,1	17,1	16,6	45,1	41,2	27,2	29,9	36,5	17,3	39,8	18,7	30,6
Alto	25,8	17,9	24,4	53,2	46,2	24,6	26,1	46,1	14,7	48,1	21,8	40,1
Nazionalità												
Entrambi italiani	23,2	16,8	20,3	48,8	44,2	26,7	27,7	40,7	15,7	44,0	19,8	35,4
Almeno un genitore con nazionalità straniera	21,1	18,4	10,2	37,5	29,7	21,0	32,2	32,0	16,1	30,5	20,2	24,2
Tipologia della famiglia												
Nucleare	23,5	17,4	19,8	49,3	43,7	26,5	28,2	41,5	16,0	44,0	20,6	35,4
Monogenitoriale	21,8	15,8	16,5	40,2	38,5	25,3	28,6	31,7	16,3	37,1	16,5	29,7

[1] Comprare cibo regionale/locale nei negozi o mercati locali – [2] Comprare cibo nei supermercati – [3] Comprare cibo online – [4] Comprare cibo in grande quantità – [5] Mangiare pietanze preparate in casa – [6] Mangiare cibi precotti – [7] Mangiare cibi preparati fuori casa – [8] Mangiare insieme in famiglia – [9] Fare colazione – [10] Cucinare insieme a sua/o figlio/a – [11] Riutilizzare il cibo avanzato – [12] Pianificare gli acquisti e i pasti in anticipo.

Frequenza con cui il comportamento è stato assunto: ➔ riduzione – ➔ aumento.

* Basso: entrambi i genitori senza titolo di studio o con diploma di scuola primaria o di scuola secondaria di primo grado – Medio: almeno un genitore con diploma di scuola secondaria di secondo grado e nessuno dei due in possesso di un titolo universitario (laurea, master o dottorato) – Alto: almeno un genitore in possesso di una laurea o di un master / dottorato o specializzazione.

Sonno

Le restrizioni adottate per contenere la pandemia da COVID-19 hanno avuto un impatto anche sul sonno di bambini e bambine. Secondo quanto dichiarato dai genitori, il 25-30% ha modificato la quantità di ore di sonno, con una tendenza più all'aumento che alla riduzione (Figura 4). La percentuale di genitori che dichiara che il proprio figlio/la propria figlia ha dormito di più durante il periodo pandemico è pari a 20,9% nei giorni feriali e 17,3% in quelli festivi. Viceversa, la quota di coloro che hanno ridotto le ore di sonno si ferma a 10,0% e 8,0% rispettivamente. Nelle Regioni del Sud Italia, la riduzione delle ore di sonno nei giorni feriali è stata più frequente che nel Nord e nel Centro Italia (13,1% vs. 7,8% e 9,4% rispettivamente) (Tabella 4).

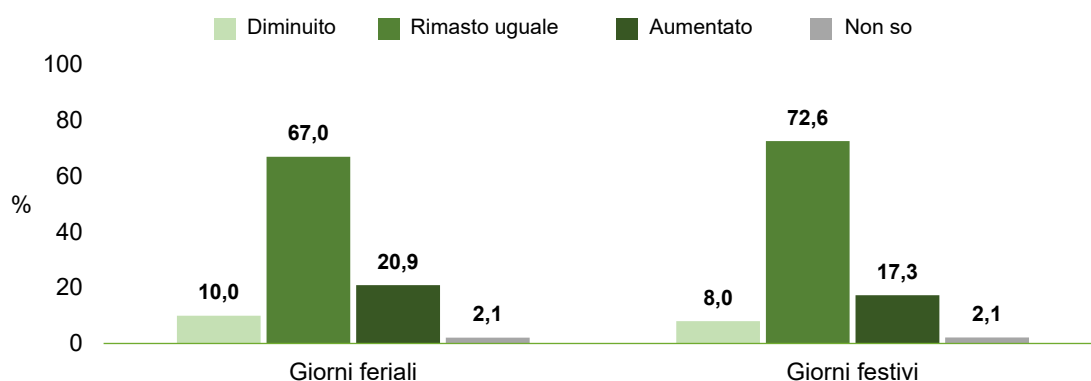


Figura 4. Quantità di ore dormite (%) da bambini/bambine nei giorni feriali e in quelli festivi durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente. EPaS-ISS, Italia 2022

Tabella 4. Quantità di ore dormite (%) da bambini/bambine nei giorni feriali durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente per genere, ripartizione geografica, titolo di studio e nazionalità dei genitori, tipologia della famiglia. EPaS-ISS, Italia 2022

Caratteristica	Ore diminuite	Ore invariate	Ore aumentate	Non so
Genere				
Maschio	10,4	66,8	20,4	2,3
Femmina	9,5	67,1	21,5	1,9
Ripartizione geografica				
Nord	7,8	69,1	21,4	1,7
Centro	9,4	67,1	21,8	1,8
Sud	13,1	64,2	19,9	2,8
Titolo di studio dei genitori*				
Basso	6,8	75,3	12,8	5,2
Medio	11,0	67,0	20,0	2,1
Alto	9,1	66,0	23,9	1,1
Nazionalità				
Entrambi italiani	9,9	67,1	21,5	1,5
Almeno un genitore con nazionalità straniera	9,6	66,1	18,5	5,8
Tipologia della famiglia				
Nucleare	9,7	67,6	21,3	1,5
Monogenitoriale	11,5	65,4	20,6	2,5

* Basso: entrambi i genitori senza titolo di studio o con diploma di scuola primaria o di scuola secondaria di primo grado – Medio: almeno un genitore con diploma di scuola secondaria di secondo grado e nessuno dei due in possesso di un titolo universitario (laurea, master o dottorato) – Alto: almeno un genitore in possesso di una laurea o di un master / dottorato o specializzazione.

Anche la stratificazione per titolo di studio evidenzia un diverso impatto della pandemia sull'abitudine al sonno: l'aumento del tempo che bambini e bambine hanno passato dormendo nei giorni feriali è decisamente più contenuto nei figli/nelle figlie di genitori con basso livello di istruzione (12,8%) e cresce al crescere del titolo di studio (20,0% se i genitori hanno un titolo di studio medio e 23,9% se lo hanno alto).

Movimento e attività sedentarie

Le misure di confinamento adottate per contrastare la diffusione del COVID-19 hanno avuto conseguenze importanti per quanto riguarda il tempo che bambini e bambine hanno dedicato al movimento e alle attività sedentarie. A tale proposito, è stato chiesto ai genitori di indicare se il tempo dedicato a giocare attivamente/energicamente al di fuori dell'orario scolastico, a studiare in casa per più di 3 ore al giorno (incluse le ore di scuola online) e a guardare la TV, giocare ai videogiochi o utilizzare i social media per scopi non didattici fosse aumentato, diminuito o rimasto invariato durante il periodo pandemico.

La maggioranza dei bambini e delle bambine ha modificato la quantità di tempo dedicato al gioco attivo al di fuori dell'orario scolastico (Figura 5). Tale cambiamento si è configurato in larga misura come una riduzione (44,0% dei bambini nei giorni feriali e 39,3% nei giorni festivi) anche se vi è una quota non trascurabile che ha invece dedicato più tempo al gioco attivo (17,8% e 15,7% rispettivamente).

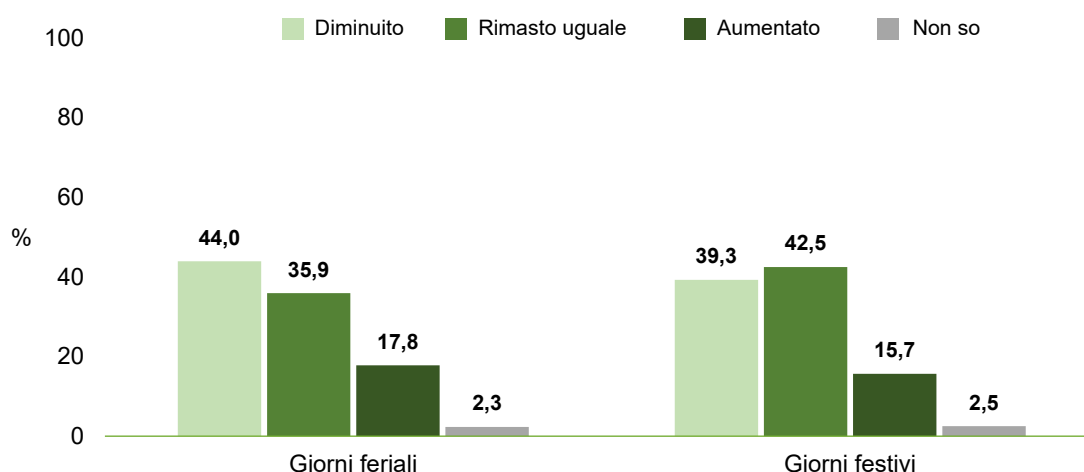


Figura 5. Tempo (%) che bambini/bambine hanno trascorso a giocare attivamente/energicamente (es. correndo o saltando all'aperto o muovendosi e facendo giochi di movimento all'interno) al di fuori dell'orario scolastico durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente. EPaS-ISS, Italia 2022

La riduzione del tempo trascorso giocando in modo attivo ed energico nei giorni feriali è stata meno frequente nel Settentrione (41,1%) rispetto alle altre aree del Paese (46,3%) (Tabella 5).

La stratificazione per titolo di studio dei genitori evidenzia forti differenze. I figli e le figlie di genitori con livello di istruzione basso hanno, infatti, più frequentemente mantenuto le stesse abitudini che avevano nel periodo precedente la pandemia (56,3% vs. 36,4% in caso titolo medio e 31,1% quando il titolo è alto).

Tabella 5. Tempo (%) che bambini/bambine hanno trascorso a giocare attivamente/energicamente (es. correndo o saltando all'aperto o muovendosi e facendo giochi di movimento all'interno) al di fuori dell'orario scolastico nei giorni feriali durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente per genere, ripartizione geografica, titolo di studio e nazionalità dei genitori, tipologia della famiglia. EPaS-ISS, Italia 2022

Caratteristica	Tempo diminuito	Tempo invariato	Tempo aumentato	Non so
Genere				
Maschio	45,0	35,2	17,8	2,0
Femmina	42,9	36,7	17,8	2,7
Ripartizione geografica				
Nord	41,1	35,9	20,5	2,4
Centro	46,3	35,2	17,0	1,5
Sud	46,3	36,4	14,8	2,6
Titolo di studio dei genitori*				
Basso	23,6	56,3	14,8	5,3
Medio	43,4	36,4	18,1	2,2
Alto	49,6	31,1	18,0	1,3
Nazionalità				
Entrambi italiani	45,6	35,1	17,7	1,6
Almeno un genitore con nazionalità straniera	37,4	38,5	17,9	6,1
Tipologia della famiglia				
Nucleare	44,7	36,0	17,5	1,8
Monogenitoriale	45,1	32,7	19,8	2,4

* Basso: entrambi i genitori senza titolo di studio o con diploma di scuola primaria o di scuola secondaria di primo grado – Medio: almeno un genitore con diploma di scuola secondaria di secondo grado e nessuno dei due in possesso di un titolo universitario (laurea, master o dottorato) – Alto: almeno un genitore in possesso di una laurea o di un master / dottorato o specializzazione.

Inoltre, la percentuale di bambini e bambine che ha giocato energicamente per meno tempo durante il periodo pandemico cresce al crescere del titolo di studio passando dal 23,6% quando i genitori non hanno un titolo di studio o ne hanno uno basso al 49,6% in caso di genitore laureato o con titolo superiore.

Per quasi un bambino/una bambina su due l'abitudine a trascorrere più di 3 ore al giorno a studiare in casa è aumentata durante il periodo pandemico (44,3%) (Figura 6).

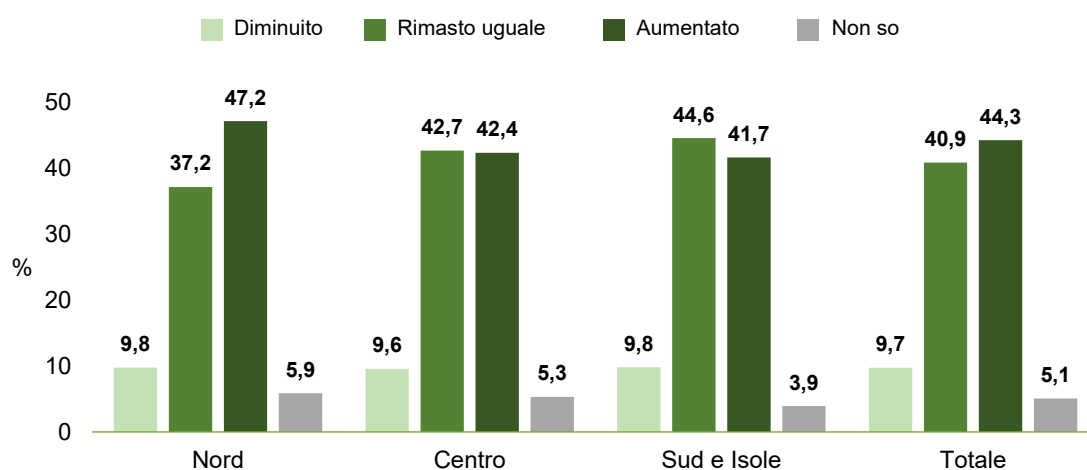


Figura 6. Tempo (%) che bambini/bambine hanno trascorso a studiare in casa per più di 3 ore al giorno (incluse le ore di scuola online) durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente. EPaS-ISS, Italia 2022

Tale risultato va letto alla luce della chiusura delle scuole in risposta alla pandemia di COVID-19 e della conseguente organizzazione di forme di Didattica A Distanza (DAD). La stratificazione per area geografica, titolo di studio e nazionalità dei genitori e tipologia della famiglia mette in evidenza un quadro più eterogeneo. In generale, l'aumento di tempo dedicato allo studio in casa tende a essere maggiore nel Nord Italia (47,2%) rispetto alle altre aree del Paese (circa 42%) (vedi Figura 6).

Viceversa, bambini e bambine con almeno un genitore straniero e coloro che vivono in una famiglia monogenitoriale hanno mostrato un aumento più contenuto (39,0% e 40,4% rispettivamente). Le differenze più marcate emergono, però, in relazione al titolo di studio dei genitori: al crescere del livello di istruzione, diminuisce la percentuale di bambini e bambine che non hanno modificato il proprio comportamento – dal 56,6% in caso di basso titolo al 35,1% in caso di titolo alto – e aumenta la quota che ha incrementato le ore di studio a casa – dal 25,0% al 52,5% (Tabella 6).

Tabella 6. Tempo (%) che bambini/bambine hanno trascorso a studiare in casa per più di 3 ore al giorno (incluse le ore di scuola online) durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente per genere, ripartizione geografica, titolo di studio e nazionalità dei genitori, tipologia della famiglia. EPaS-ISS, Italia 2022

Caratteristica	Tempo diminuito	Tempo invariato	Tempo aumentato	Non so
Genere				
Maschio	10,1	41,1	43,4	5,4
Femmina	9,4	40,6	45,2	4,8
Titolo di studio dei genitori*				
Basso	9,6	56,6	25,0	8,8
Medio	10,5	42,3	41,7	5,5
Alto	9,0	35,1	52,5	3,4
Nazionalità				
Entrambi italiani	9,7	39,9	46,0	4,4
Almeno un genitore con nazionalità straniera	9,7	42,3	39,0	9,1
Tipologia della famiglia				
Nucleare	9,3	40,1	46,1	4,5
Monogenitoriale	12,0	41,5	40,4	6,1

* Basso: entrambi i genitori senza titolo di studio o con diploma di scuola primaria o di scuola secondaria di primo grado – Medio: almeno un genitore con diploma di scuola secondaria di secondo grado e nessuno dei due in possesso di un titolo universitario (laurea, master o dottorato) – Alto: almeno un genitore in possesso di una laurea o di un master / dottorato o specializzazione.

Lo studio ha anche indagato come si è modificata l'abitudine a trascorre del tempo di fronte ad uno schermo non per motivi didattici (Figura 7). Circa un bambino/una bambina su due ha aumentato il tempo trascorso a guardare la TV, giocare ai videogiochi/ o utilizzare i social media per scopi non didattici sia nei giorni feriali (52,7%) che in quelli festivi (47,3%).

La stratificazione per titolo di studio mostra un quadro molto simile a quello emerso in relazione al tempo dedicato allo studio a casa: la percentuale di bambini e bambine il cui tempo trascorso di fronte a uno schermo è rimasto invariato decresce dal 50,1% in caso di basso titolo di studio al 36,6% quando il titolo è alto, viceversa la percentuale di coloro che hanno passato più tempo cresce dal 36,0% al 58,3% (Tabella 7).

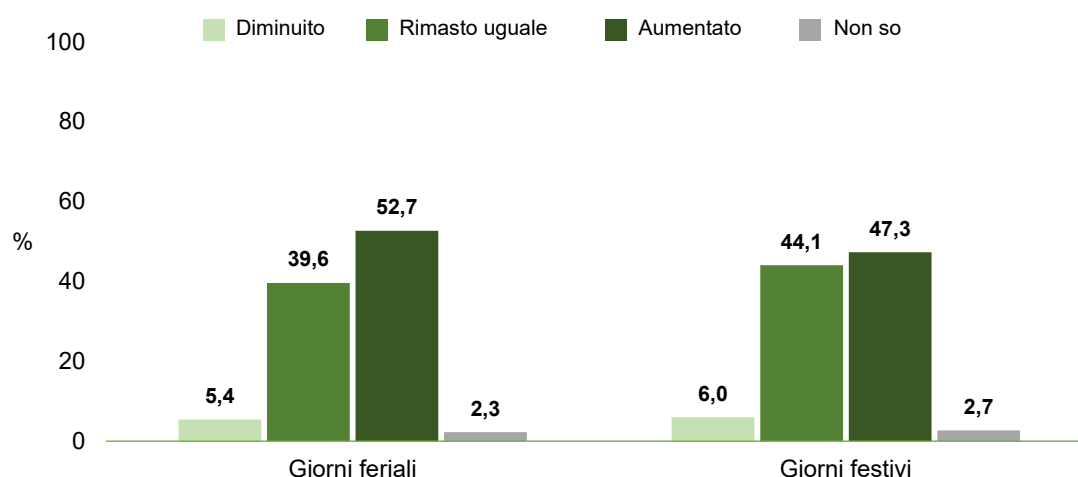


Figura 7. Tempo (%) che bambini/bambine hanno trascorso a guardare la TV, giocare ai videogiochi/ o utilizzare i social media per scopi non didattici durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente. EPaS-ISS, Italia 2022

Tabella 7. Tempo (%) che bambini/bambine hanno trascorso a guardare la TV, giocare ai videogiochi/ o utilizzare i social media per scopi non didattici nei giorni feriali durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente per genere, ripartizione geografica, titolo di studio e nazionalità dei genitori, tipologia della famiglia. EPaS-ISS, Italia 2022

	Tempo diminuito	Tempo invariato	Tempo aumentato	Non so
Genere				
Maschio	5,5	38,2	54,4	2,0
Femmina	5,4	41,2	50,8	2,6
Ripartizione geografica				
Nord	5,0	41,3	51,2	2,5
Centro	4,1	36,4	57,5	2,0
Sud	6,8	39,3	51,8	2,1
Titolo di studio dei genitori*				
Basso	7,7	50,1	36,0	6,2
Medio	5,9	40,1	51,9	2,1
Alto	4,0	36,6	58,3	1,1
Nazionalità				
Entrambi italiani	4,9	39,4	54,1	1,6
Almeno un genitore con nazionalità straniera	9,0	37,6	47,4	6,0
Tipologia della famiglia				
Nucleare	4,9	39,3	54,1	1,7
Monogenitoriale	8,1	39,5	49,9	2,5

* Basso: entrambi i genitori senza titolo di studio o con diploma di scuola primaria o di scuola secondaria di primo grado – Medio: almeno un genitore con diploma di scuola secondaria di secondo grado e nessuno dei due in possesso di un titolo universitario (laurea, master o dottorato) – Alto: almeno un genitore in possesso di una laurea o di un master / dottorato o specializzazione.

Benessere fisico e psicologico

Lo studio ha anche indagato l'impatto dell'isolamento da *lockdown* o quarantena sul benessere fisico e psicologico dei bambini e delle bambine rilevando la percezione dei genitori su alcuni comportamenti e sentimenti che i propri figli/le proprie figlie hanno mostrato durante la pandemia e nel periodo precedente. A tale fine, è stato individuato un set di 10 specifici aspetti del benessere, quali ad esempio il sentirsi in forma, o triste, o la capacità di divertirsi con gli amici o di mantenere la concentrazione, rispetto ai quali è stato chiesto al genitore di indicare la frequenza con cui il proprio figlio/la propria figlia ha mostrato tali sentimenti/condizioni prima e durante il periodo pandemico.

Come illustrato nella Tabella 8, tranne che per un aspetto indagato, per tutti gli altri i dati mostrano più frequentemente un peggioramento della situazione durante la pandemia.

Tabella 8. Percezione (%) dei genitori circa alcuni aspetti del benessere di figli/figlie durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente. EPaS-ISS, Italia 2022

Comportamenti e sentimenti	Situazione peggiorata	Situazione invariata	Situazione migliorata
[1] Sentirsi bene e in forma	44,0	50,9	5,1
[2] Sentirsi pieno di energie	44,3	49,3	6,4
[3] Sentirsi triste	37,4	55,5	7,1
[4] Sentirsi solo	43,7	49,7	6,6
[5] Divertirsi con gli amici	67,4	27,7	4,9
[6] Avere abbastanza tempo per sé stesso	22,2	54,0	23,8
[7] Essere in grado di fare ciò che si desidera nel tempo libero	50,9	35,9	13,2
[8] Sentirsi trattato in modo giusto dai genitori	18,1	75,1	6,8
[9] Avere buoni risultati a scuola	22,8	72,8	4,4
[10] Essere capace di concentrarsi	35,0	57,8	7,3

Nel periodo pre-COVID-19, circa un bambino/una bambina su due si sentiva sempre bene e in forma (51,7%) o pieno di energia (47,7%); mentre nel periodo pandemico tale percentuale si è quasi dimezzata (28,0% e 26,6% rispettivamente) (Figura 8). I genitori percepiscono un peggioramento nella capacità dei propri figli/delle proprie figlie di provare questi sentimenti per circa il 44% e un miglioramento solo per il 5,1% (vedi Tabella 8).

La difficoltà di sentirsi bene si accompagna ad un aumento della frequenza con cui bambini e bambine si sono sentiti soli o tristi. Tali sentimenti mai o raramente provati da oltre il 90% dei bambini e delle bambine prima della pandemia, diventano più diffusi durante il *lockdown* e la quarantena con oltre il 30% che si è sentito solo o triste abbastanza spesso o anche più frequentemente (Figura 8). Il 37,4% ha vissuto un incremento della frequenza con cui provava solitudine e il 43,7% quella con cui sentiva tristezza. Anche la capacità di divertirsi con amici e amiche viene profondamente compromessa con il 67,4% che lo ha fatto con minore frequenza (vedi Tabella 8). Se prima del COVID-19 solo il 12,9% dei bambini e delle bambine non si divertiva con gli amici o lo faceva raramente, durante il *lockdown* e le quarantene, tale percentuale è salita al 66,6% (Figura 9).

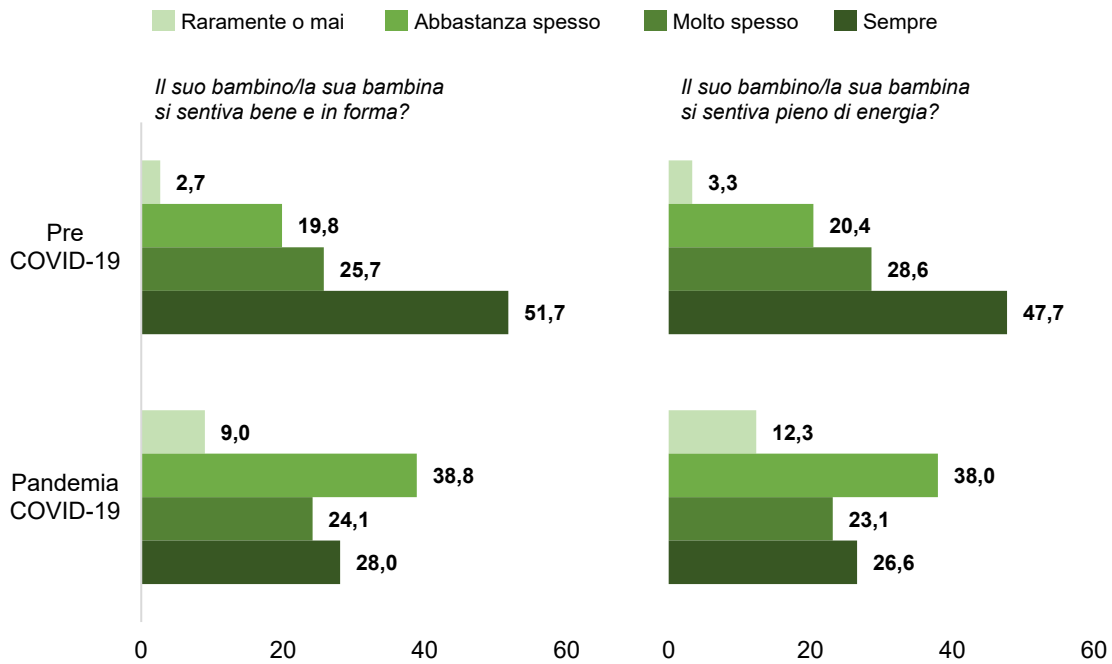


Figura 8. Percezione (%) dei genitori su quanto il figlio/la figlia si sentisse in forma e pieno di energie durante la pandemia da COVID-19 e nel periodo precedente. EPaS-ISS, Italia 2022

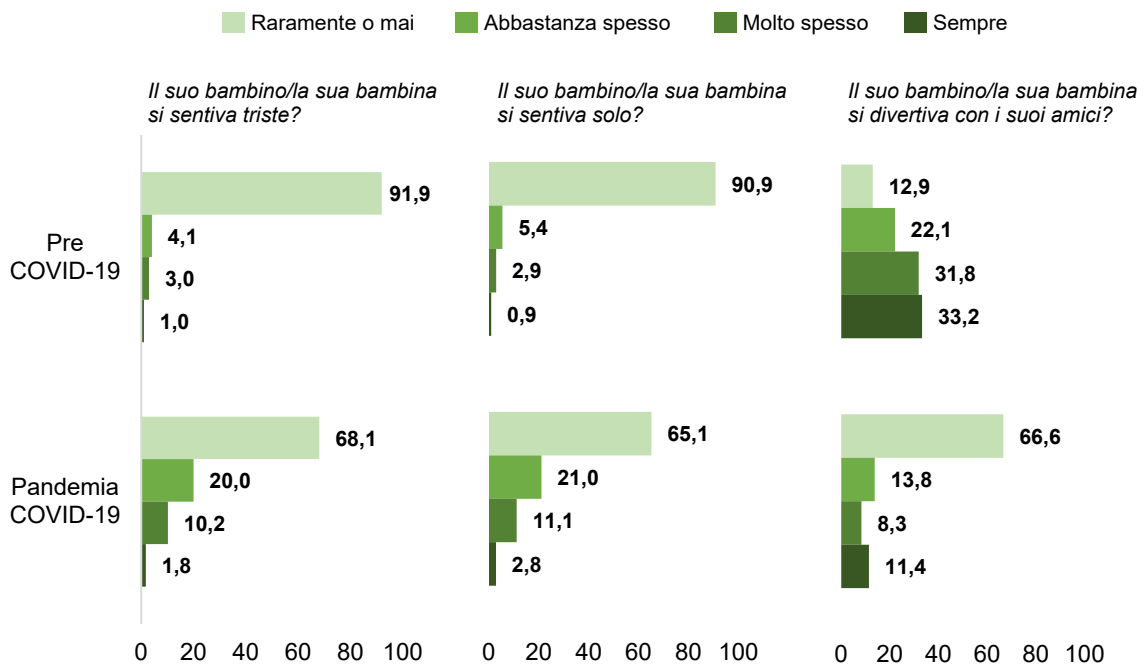


Figura 9. Percezione (%) dei genitori su quanto il figlio/la figlia si sentisse triste/solo e su quanto fosse in grado di divertirsi con gli amici durante la pandemia da COVID-19 e nel periodo precedente. EPaS-ISS, Italia 2022

L'essere in grado di fare ciò che si desidera nel proprio tempo libero è un'altra condizione che si è verificata con minore frequenza nel periodo pandemico quando il 41,6% si è trovato nella condizione di riuscirci raramente oppure di non riuscirci affatto (tale percentuale era pari a 10,0% nel periodo precedente) (Figura 10). In generale, il peggioramento di questa condizione ha riguardato un bambino/una bambina su due (50,9%) (vedi Tabella 8).

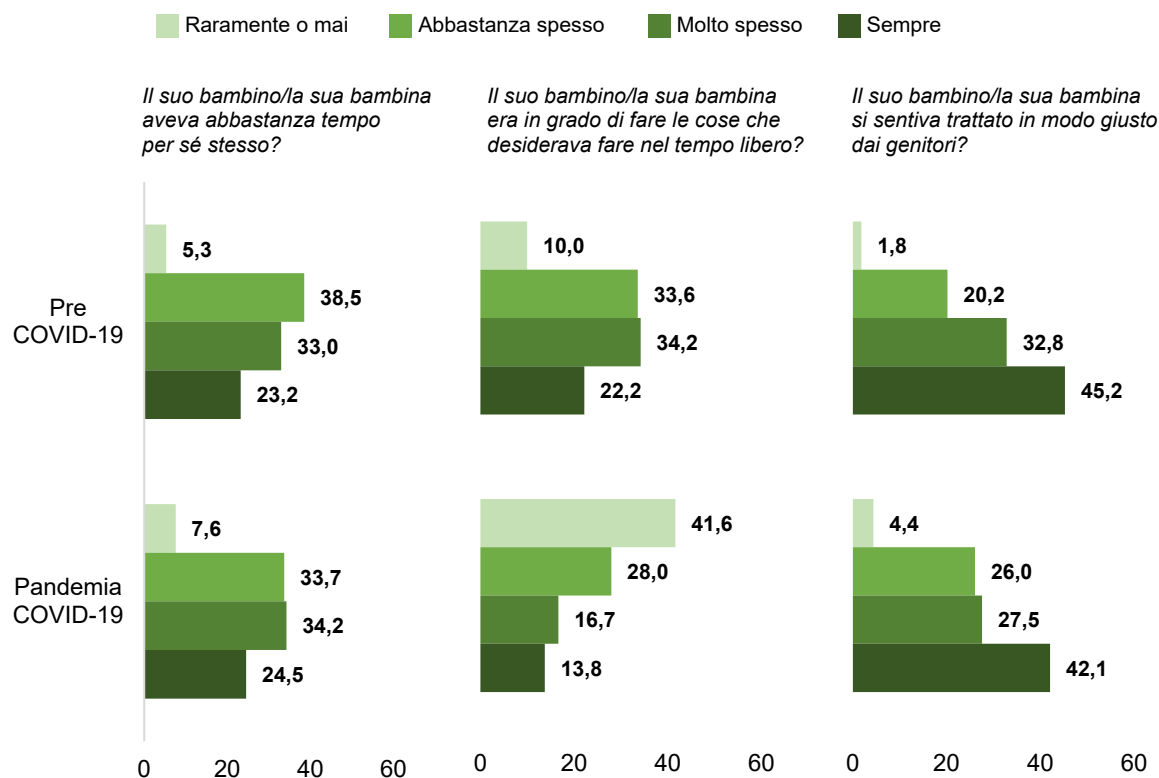


Figura 10. Percezione (%) dei genitori su quanto il figlio/la figlia avesse tempo da dedicare a sé stesso, fosse in grado di fare le cose che desiderava nel tempo libero e si sentisse trattato in maniera giusta dai propri genitori durante la pandemia da COVID-19 e nel periodo precedente. EPaS-ISS, Italia 2022

Viceversa, la disponibilità di tempo libero per sé stessi pur essendo cambiata non mostra una direzione prevalente: il 22,2% dei bambini e delle bambine ha avuto abbastanza tempo per sé meno frequentemente in pandemia rispetto al periodo pre-COVID-19 e il 23,8% lo ha avuto più spesso (vedi Tabella 8).

Sentirsi trattato in modo giusto dai genitori è la condizione che si è modificata meno tra quelle indagate, il 75,1% ha, infatti, vissuto tale sentimento durante il periodo pandemico con la stessa frequenza con cui la provava in precedenza. Se vi è stato un cambiamento, esso è andato più nella direzione di un peggioramento (18,1%) che di un miglioramento (6,8%) (vedi Tabella 8).

La chiusura delle scuole e la conseguente organizzazione di forme di DAD hanno profondamente cambiato le condizioni in cui bambini e bambine si sono trovati a svolgere il proprio percorso di apprendimento e crescita. In termini di risultati scolastici, la quota di coloro che riusciva a conseguire buoni risultati sempre o molto spesso si è ridotta di oltre 10 punti percentuali (dal 73,9% al 63,2%).

Ancora più evidente è stato il peggioramento nella capacità di concentrarsi: i bambini e le bambine che riuscivano a concentrarsi raramente o mai sono passati dall'8,8% al 19,3% in pandemia e quelli che erano in grado di farlo sempre o molto spesso dal 59,0% al 40,4% (Figura 11).

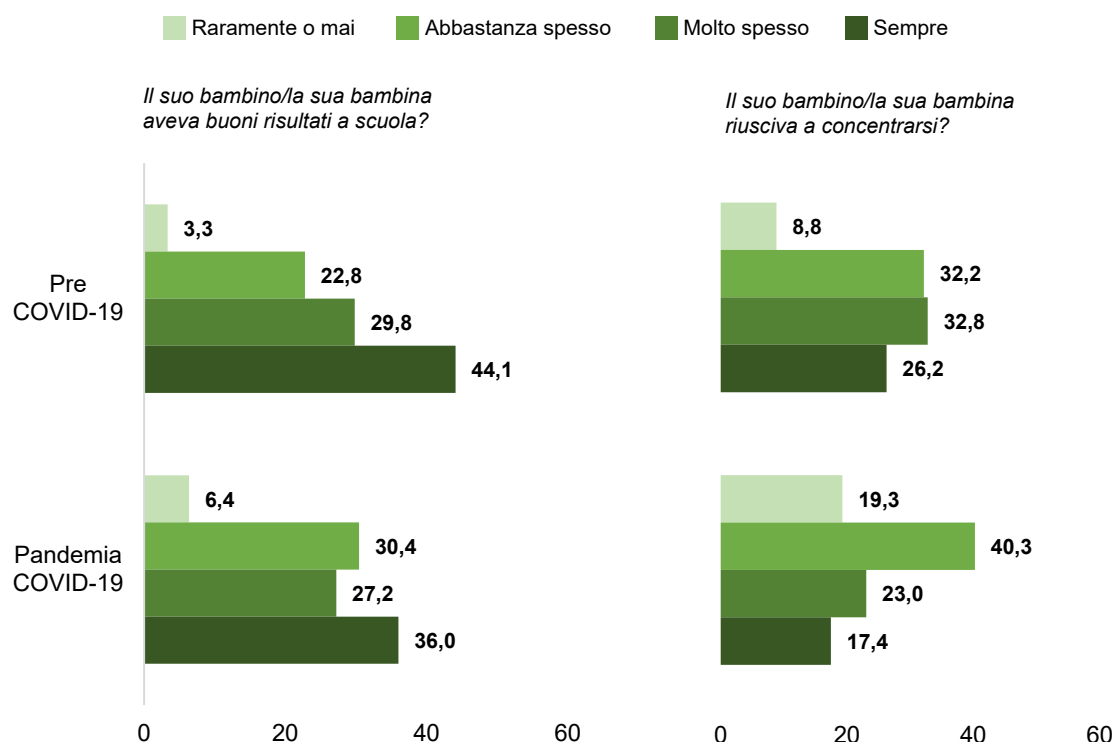


Figura 11. Percezione (%) dei genitori sulla capacità di figlio/figlia di avere buoni risultati a scuola e di concentrarsi durante la pandemia da COVID-19 e nel periodo precedente.
EPaS-ISS, Italia 2022

La Tabella 9 riporta, per ogni condizione indagata, la percentuale di bambini e bambine che hanno vissuto un peggioramento durante il periodo pandemico stratificata per sesso del bambino/della bambina, area geografica, titolo di studio e nazionalità dei genitori e tipologia familiare.

I dati non mostrano forti differenze tra maschi e femmine anche se in alcuni casi le bambine sembrano aver risentito leggermente di più degli effetti delle misure di contenimento del virus.

Si rilevano differenze geografiche in molti aspetti indagati. Le aree del Nord Italia tendono ad avere percentuali di peggioramento più contenute rispetto al resto di Italia.

Fanno eccezione 'il divertirsi con gli amici', 'essere in grado di fare ciò che si desidera nel tempo libero' e 'avere buoni risultati a scuola' per i quali il minor livello di peggioramento è stato registrato nel Sud Italia.

I bambini e le bambine con almeno un genitore con nazionalità straniera hanno visto peggiorare le condizioni indagate meno frequentemente rispetto a figli e figlie di genitori italiani.

Un quadro analogo emerge per coloro che vivono in famiglie monogenitoriali.

Tabella 9. Genitori (%) che hanno percepito un peggioramento in alcuni aspetti del benessere di figli/figlie durante la pandemia da COVID-19 rispetto al periodo precedente (%) per genere, ripartizione geografica, titolo di studio e nazionalità dei genitori, tipologia della famiglia. EPaS-ISS, Italia 2022

Caratteristica	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Genere										
Maschio	42,6	43,4	35,9	41,7	66,5	22,3	50,5	18,3	23,3	33,2
Femmina	45,5	45,3	39,1	45,8	68,4	22,1	51,4	17,8	22,3	36,9
Ripartizione geografica										
Nord	42,7	43,1	33,3	41,8	71,4	19,9	51,8	17,5	23,7	34,1
Centro	45,8	45,6	38,9	46,8	69,9	23,7	53,1	19,1	24,7	35,4
Sud	44,7	45,1	41,8	44,3	60,9	24,3	48,6	18,2	20,6	35,9
Titolo di studio dei genitori*										
Basso	33,9	30,5	26,8	28,0	45,0	21,9	33,8	13,4	20,7	28,3
Medio	43,6	44,7	38,8	43,2	66,2	23,3	50,1	16,7	23,9	35,8
Alto	47,0	47,0	38,6	47,6	75,3	21,0	56,3	19,9	22,1	35,6
Nazionalità										
Entrambi italiani	45,4	45,9	38,4	45,5	70,5	22,5	53,5	18,5	23,3	36,1
Almeno un genitore con nazionalità straniera	35,6	32,4	32,4	30,6	49,9	18,6	36,0	13,0	20,4	27,6
Tipologia della famiglia										
Nucleare	45,1	45,3	38,4	44,7	69,7	22,0	51,9	17,9	23,0	35,9
Monogenitoriale	40,7	41,4	33,7	40,6	61,3	24,1	48,7	18,1	21,9	32,3

[1] Sentirsi bene e in forma – [2] Sentirsi pieno di energie – [3] Sentirsi triste – [4] Sentirsi solo – [5] Divertirsi con gli amici – [6] Avere abbastanza tempo per se stesso – [7] Essere in grado di fare ciò che si desidera nel tempo libero – [8] Sentirsi trattato in modo giusto dai genitori – [9] Avere buoni risultati a scuola – [10] Essere capace di concentrarsi
 * Basso: entrambi i genitori senza titolo di studio o con diploma di scuola primaria o di scuola secondaria di primo grado – Medio: almeno un genitore con diploma di scuola secondaria di secondo grado e nessuno dei due in possesso di un titolo universitario (laurea, master o dottorato) – Alto: almeno un genitore in possesso di una laurea o di un master / dottorato o specializzazione.

Bibliografia

1. Adams EL, Caccavale LJ, Smith D, Bean MK. Food insecurity, the home food environment, and parent feeding practices in the era of COVID-19. *Obesity (Silver Spring, Md.)*. 2020;28(11): 2056-2063. doi:10.1002/oby.22996.
2. Farello G, D'Andrea M, Quarta A, Grossi A, Pompili D, Altobelli E, Stagi S, Balsano C. Children and adolescents dietary habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown in Italy. *Nutrients*. 2022;14:2135. <https://doi.org/10.3390/nu14102135>.
3. Nardone P, Spinelli A, Buoncrisiano M, Andreozzi S, Bucciarelli M, Giustini M, Ciardullo S. Changes in food consumption and eating behaviours of children and their families living in Italy during the COVID-19 pandemic: The EPaS-ISS Study. *Nutrients*. 2023;15:3326. <https://doi.org/10.3390/nu15153326>.
4. Kovacs VA, Starc G, Brandes M, Kaja M, Blagus R, Leskošek B, Suesse T, Dinya E, Guinhoya BC, Zito V, Rocha PM, Perez Gonzalez B, Kontsevaya A, Brzezinski M, Bidiugan R, Kiraly A, Csányi T, Okely AD. Physical activity, screen time and the COVID-19 school closures in Europe - An

- observational study in 10 countries. *Eur J Sport Sci.* 2022;22(7):1094-1103. doi:10.1080/17461391.2021.18971665.
5. Runacres A, Mackintosh KA, Knight RL, Sheeran L, Thatcher R, Shelley J, McNarry MA. Impact of the COVID-19 pandemic on sedentary time and behaviour in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Oct 27;18(21):11286. doi: 10.3390/ijerph182111286.
 6. Neville RD, Lakes KD, Hopkins WG, Tarantino G, Draper CE, Beck R, Madigan S. Global changes in child and adolescent physical activity during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2022;176(9):886-894. doi:10.1001/jamapediatrics.2022.2313.
 7. Viner R, Russell S, Saullé R, Croker H, Stansfield C, Packer J, *et al.* School closures during social lockdown and mental health, health behaviors, and well-being among children and adolescents during the first COVID-19 wave: a systematic review. *JAMA Pediatr.* 2022;176(4):400-40. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.5840.
 8. Chaabane S, Doraiswamy S, Chaabna K, Mamtani R, Cheema S. The Impact of COVID-19 school closure on child and adolescent health: a rapid systematic review. *Children.* 2021; 8:415. doi:10.3390/children8050415.
 9. Samji H, Wu J, Ladak A, Vossen C, Stewart E, Dove N, Long D, Snell G. Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health.* 2022 May;27(2):173-189. doi: 10.1111/camh.12501.
 10. Giustini M, Luzi I, Spinelli A, Andreozzi S, Bucciarelli M, Buoncristiano M, Nardone P, Ciardullo S. Exploring changes in children's well-being due to COVID-19 restrictions: the Italian EpaS-ISS study. *Ital J Pediatr.* 2023;49:11.

INDAGINE QUANTITATIVA: DIDATTICA A DISTANZA, SUPPORTO ALLO STUDIO, CONTATTI ONLINE E FONTI WEB CONSULTATE

Paola Nardone (a), Silvia Ciardullo (a), Angela Spinelli (b), Marco Giustini (c), Marta Buoncristiano (d), Chiara Cattaneo (a) e Gruppo di Ricerca EPaS-ISS*

(a) Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) già Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(c) Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(d) Comitato Tecnico OKkio alla SALUTE, Roma*

Introduzione

Da marzo 2020, la chiusura delle scuole in risposta alla pandemia da COVID-19 ha fatto sì che una quota consistente di bambini e ragazzi in tutto il mondo dovesse abbandonare i banchi scolastici (1). L'Italia è stato il primo Paese in Europa ad attuare un *lockdown* a livello nazionale. Le scuole e le università hanno iniziato a chiudere a fine febbraio 2020 a partire dal nord Italia e successivamente dal 10 marzo 2020 il governo ha esteso le misure di restrizione a tutte le Regioni del Paese. I bambini, i ragazzi e le loro famiglie hanno vissuto in quasi totale isolamento per circa due mesi fino al 3 maggio 2020 e le scuole sono rimaste chiuse fino a settembre dello stesso anno. Secondo l'UNESCO (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*) (1), in Italia da 2020 al 2022 le scuole materne, primarie e secondarie sono rimaste totalmente chiuse 93 giorni a causa delle misure di isolamento adottate, 263 giorni se si considerano anche le chiusure parziali (Figura 1). Sempre secondo l'UNESCO, nel 2020 la media dei giorni di chiusura scolastica tra i Paesi ad alto reddito in tutto il mondo è stata di 27 giorni (2).

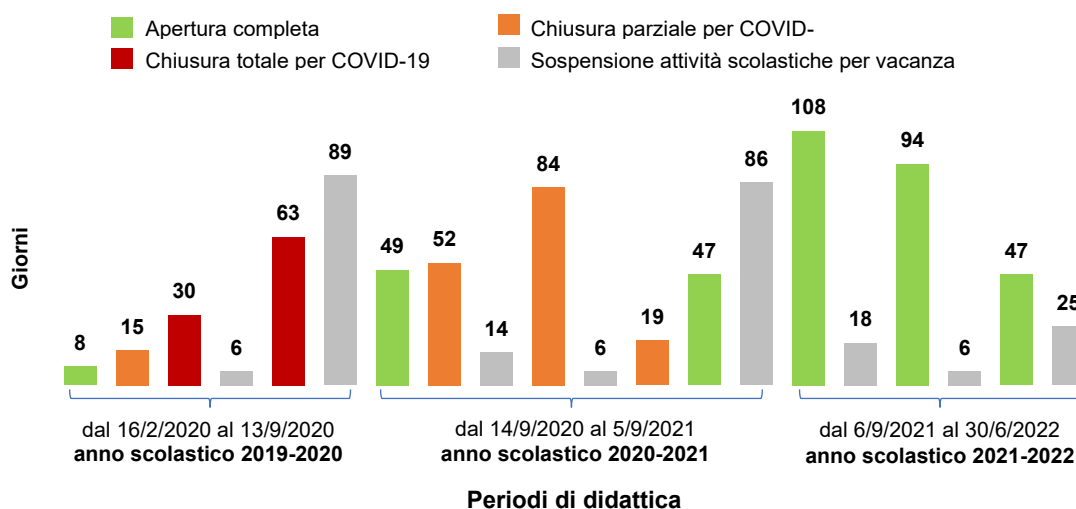


Figura 1. Giorni di apertura e chiusura totale/parziale delle scuole in Italia durante il periodo pandemico (dati UNESCO)

* per la composizione del Gruppo si veda Appendice A

In 22 Paesi della Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), tra gennaio 2020 e dicembre 2022, si sono verificati in media 138 giorni di chiusura nelle scuole secondarie di primo e secondo grado (3).

Queste interruzioni prolungate hanno inciso notevolmente, a breve e a lungo tempo, sulle abitudini di vita di bambini, bambine e delle loro famiglie. Le scuole hanno subito una profonda trasformazione e in pochissimo tempo hanno dovuto organizzare la Didattica A Distanza (DAD) che, a partire dall'anno scolastico 2020-2021 e parte del 2022, ha previsto sia attività didattiche esclusivamente a distanza sia l'alternanza di attività didattiche in presenza e a distanza (in relazione alla diffusione del COVID-19) per salvaguardare il percorso formativo di milioni di studenti.

Questo capitolo fornisce una panoramica dell'esperienza scolastica dalla prospettiva di bambini, bambine e genitori durante tutto il periodo pandemico. Inoltre nel capitolo sono descritti altri aspetti quali le fonti web consultate durante il periodo COVID-19 per informarsi sulla pandemia e contatti online dei bambini e delle bambine attraverso videochiamate con amici, amiche e parenti durante i periodi di isolamento.

Mesi di chiusura della scuola e offerta della DAD

Alle famiglie di bambini e bambine delle classi terze della scuola primaria arruolate nello studio è stato chiesto di indicare il numero di mesi in cui il/la proprio/a figlio/a non ha frequentato la scuola a causa delle misure di restrizione. A livello nazionale, la maggior parte dei genitori ha indicato 4 mesi di chiusura delle scuole nel 2020, 1 mese nel 2021 e nel 2022 senza particolari differenze regionali. Per continuare a garantire un'istruzione adeguata a tutti i bambini e bambine, le scuole hanno investito in soluzioni di didattica e apprendimento a distanza erogate attraverso diversi canali, nonché materiale didattico cartaceo da usare in casa (4). Questo processo di informatizzazione non è stato uniforme sul territorio nazionale e ciò emerge anche dalle risposte fornite dai genitori circa l'offerta di DAD proposta dalla scuola (Figura 2).

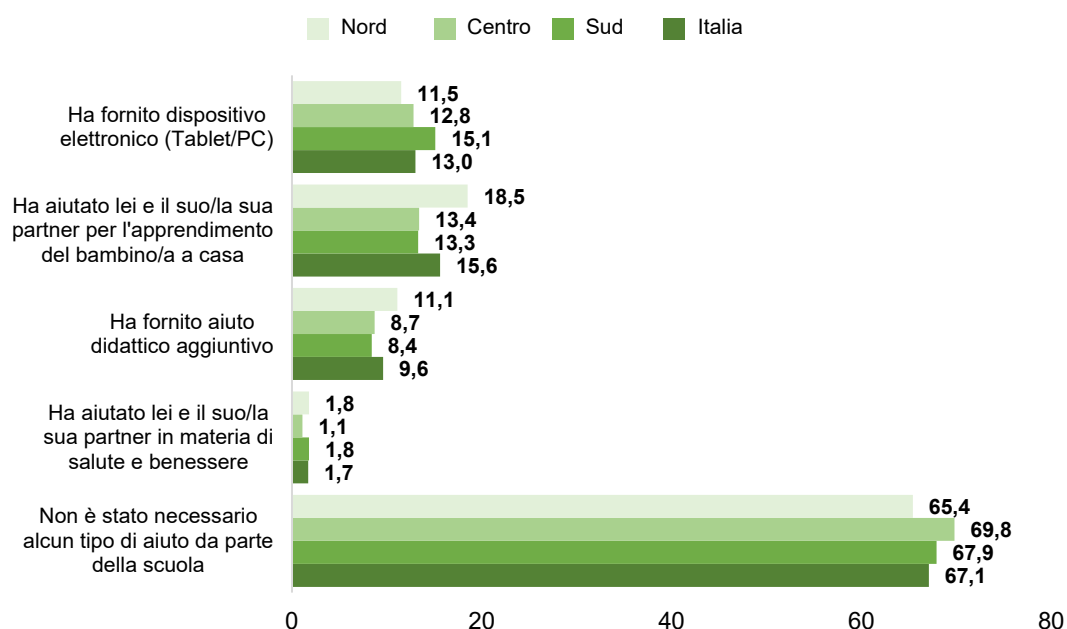


Figura 2. Offerta (%) della DAD da parte delle scuole frequentate da bambini/bambine durante il periodo pandemico, per ripartizione geografica. EPaS-ISS, Italia 2022

Infatti, sebbene a livello nazionale quasi 1 genitore su 2 abbia dichiarato di aver ricevuto dalla scuola un'offerta di DAD tutti i giorni della settimana per un numero di ore adeguato, si evidenzia un gradiente geografico Sud-Nord che vede il Sud con percentuali più elevate di offerta (Sud: 64,3% vs. Nord: 39,2% e Centro: 45,8%). Probabilmente le Regioni del Sud, rispetto a quelle del Nord, hanno avuto più tempo per poter organizzare la DAD in considerazione del fatto che i primi comuni italiani in *lockdown* sono stati quelli del Nord e a seguire, con uno slittamento di qualche settimana, tutti gli altri. Quando e se presente, la DAD è stata seguita tutti i giorni della settimana per un numero adeguato di ore dal 49,3% dei bambini e delle bambine, con una percentuale maggiore nel Sud del Paese. Il 37,1% dei rispondenti ha dichiarato che la DAD è stata seguita tutti i giorni della settimana, ma solo per un numero limitato di ore. Per l'11,6% dei bambini e bambine la DAD è stata offerta solo per qualche giorno a settimana. Infine, il 2% non ha mai svolto DAD.

Supporto della scuola alle famiglie

La fruizione di un apprendimento da parte dei bambini e delle bambine attraverso la DAD necessita imprescindibilmente di una buona connessione alla rete internet e della dotazione di dispositivi elettronici (es. tablet e PC) funzionanti. Sebbene i bambini avessero già familiarità con i dispositivi elettronici (PC, tablet, cellulare), ad esempio i dati di OKkio alla SALUTE documentano da anni un'esposizione massiccia agli schermi da parte dei bambini e delle bambine di 8-9 anni (5), durante il *lockdown* e più in generale nel periodo pandemico queste tecnologie digitali hanno rappresentato contemporaneamente una nuova e unica fonte di apprendimento e divertimento.

Ai genitori coinvolti nello studio è stato chiesto in che modo la scuola li abbia aiutati verso questa nuova forma di apprendimento a distanza e più in generale su come affrontare la peculiarità del periodo storico che stavano vivendo insieme ai loro figli e alle loro figlie. Il 67,1% di genitori ha dichiarato di non aver avuto la necessità di alcun supporto da parte della scuola, il 15,6% ha ricevuto qualche forma di sostegno per l'apprendimento del bambino e della bambina da casa, il 13,0% ha dichiarato di aver ricevuto dalla scuola un PC/tablet, il 9,6% ha usufruito di un aiuto didattico aggiuntivo e solamente l'1,7% ha dichiarato di aver ricevuto sostegno in materia di salute e benessere (Figura 3).

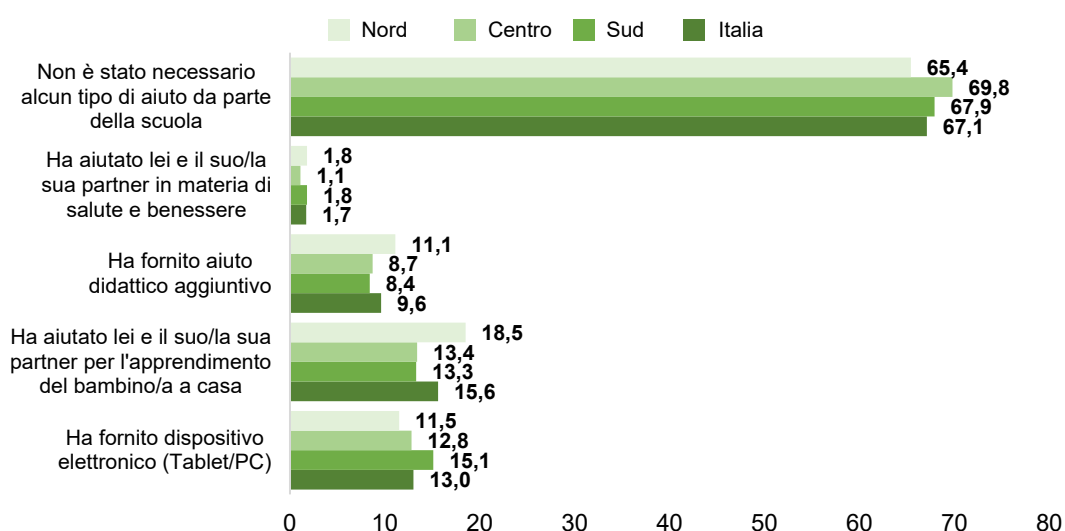


Figura 3. Supporto (%) che le scuole hanno offerto alle famiglie durante il periodo pandemico, per ripartizione geografica. EPaS-ISS, Italia 2022

Non si riscontrano particolari differenze geografiche, eccezione fatta per il supporto della scuola per l'apprendimento a distanza che risulta maggiormente presente al Nord (18,5%) rispetto al Centro (13,4%) e al Sud (13,3%).

Supporto dei genitori a bambini e bambine

Durante l'isolamento da *lockdown* o quarantena, i genitori hanno dovuto supportare i loro figli e le loro figlie anche nelle attività della didattica, assumendo talvolta il ruolo di insegnanti. Per indagare le dinamiche di questo nuovo compito genitoriale, è stato chiesto ai genitori in che modo hanno fornito supporto ai propri figli e alle proprie figlie e soprattutto con quali tempistiche. Per la maggior parte del tempo a disposizione dei genitori, il 47,5% dei genitori ha dichiarato di aver dato supporto nel seguire le lezioni, il 44,4% ha offerto supporto per lo svolgimento dei compiti assegnati e il 47,3% è stato in grado di fornire anche un ausilio tecnico/informatico per permettere lo svolgimento della DAD (Tabella 1).

Tabella 1. Forme di supporto (%) fornite dai genitori a figli e figlie. EPaS-ISS, Italia 2022

Forme di supporto dei genitori per i figli	Per niente	Poco	In parte	In buona parte	In larga parte
Supporto per seguire le lezioni da remoto	1,8	6,3	12,1	32,2	47,5
Supporto per svolgere i compiti assegnati	2,0	6,5	14,7	32,3	44,4
Supporto tecnico/informatico per partecipare alle lezioni da remoto	2,7	7,3	13,4	29,3	47,3

I dati, stratificati per il titolo di istruzione dei genitori, non evidenziano particolari differenze circa le svariate modalità di supporto genitoriale, fatta eccezione per il supporto tecnico/informatico che risulta più elevato da parte di genitori più istruiti (Figura 4).

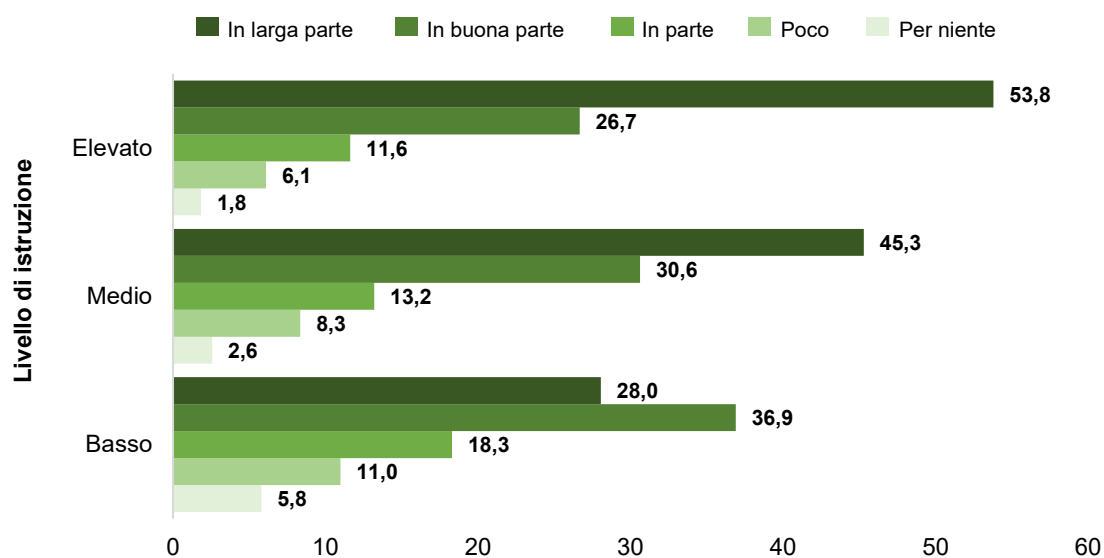


Figura 4. Supporto tecnico/informatico per partecipare alle lezioni da remoto, per livello di istruzione dei genitori (%). EPaS-ISS, Italia 2022

Nelle famiglie monogenitoriali e in quelle in cui vi era almeno un genitore straniero le diverse forme di supporto per figli e figlie risultano tendenzialmente più basse rispetto alle famiglie nucleari e italiane.

Fonti web consultate durante la pandemia e contatti online

Durante i periodi storici complessi e di crisi, la tipologia di informazione che i cittadini richiedono è influenzata dal contesto e dalla situazione personale in continua evoluzione. La pandemia da COVID-19 ha rappresentato una crisi mondiale, associata a un elevato livello di incertezza. Già dopo che si sono verificati i primi casi di COVID-19, si è sentita la necessità di maggiori informazioni (6).

Attraverso questa indagine è stato chiesto ai genitori quali fossero le fonti web maggiormente consultate durante la pandemia; i risultati ottenuti, stratificati per ripartizione geografica-titolo di studio e nazionalità, forniscono spunti di riflessione importanti per ridurre le disuguaglianze informative e lavorare per una conoscenza alla portata di tutti. Il 48,1% dei rispondenti ha indicato al primo posto come fonte web consultata i quotidiani online, a seguire i siti web governativi (47,4%), i social network (34,3%) e altro (7,1%) (Figura 5).

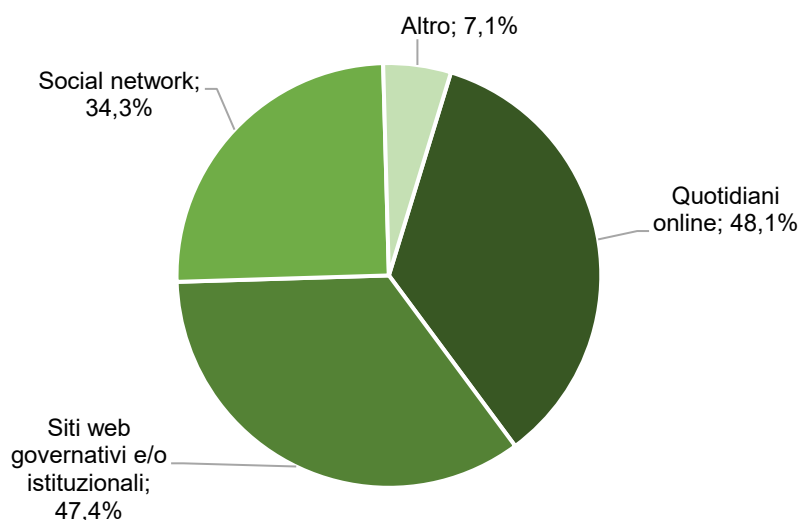


Figura 5. Fonti web (%) maggiormente consultate durante la pandemia. EPaS-ISS, Italia 2022

Emergono differenze territoriali per quanto riguarda le interrogazioni di queste fonti (Figura 6). Al Nord risultano maggiormente consultati i quotidiani online (51,8%), al Centro i siti web governativi (49,8%) e al Sud la consultazione dei social network (41,2%) è molto vicina alla consultazione dei quotidiani online (42,0%) e dei siti web governativi (43,8%).

Le interrogazioni delle fonti web sono inoltre diversificate per titolo di studio dell'utenza (Figura 7). Se le fonti governative e i quotidiani online sono la fonte maggiormente consultata dai genitori con titolo di studio medio-alto, per le persone con titolo di studio basso e/o medio anche i social network risultano un importante strumento informativo.

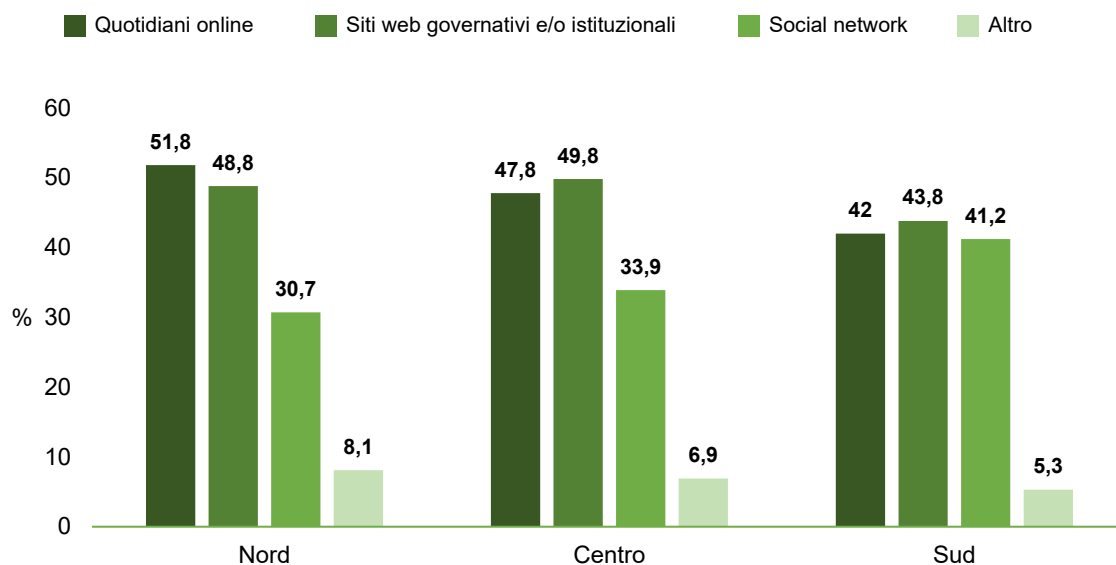


Figura 6. Fonti web consultate (%), per ripartizione geografica. EPaS-ISS, Italia 2022

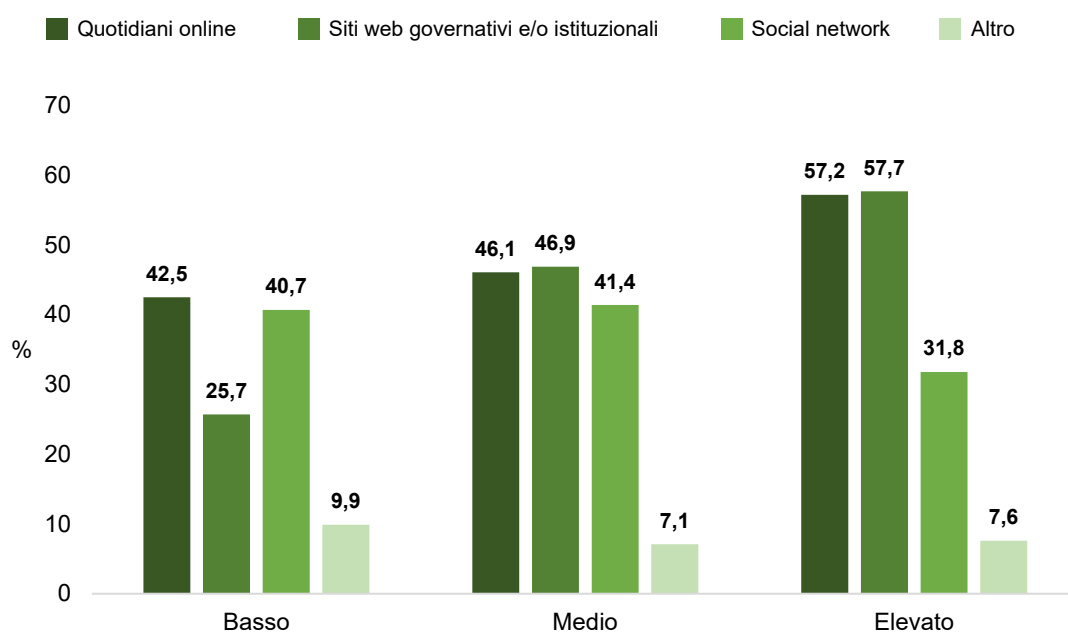


Figura 7. Fonti web consultate (%) durante la pandemia, per titolo di studio. EPaS-ISS, Italia 2022

Rispetto alla possibilità e frequenza dei contatti online che hanno avuto i bambini e le bambine con parenti e amici, i dati del nostro studio evidenziano che il 41,4% di loro ha avuto interazioni ‘più volte durante la settimana’ e il 20,2% ‘almeno una volta al giorno’. Frequenze giornaliere maggiori si riscontrano al Sud, rispetto al Centro e al Nord (Figura 8).

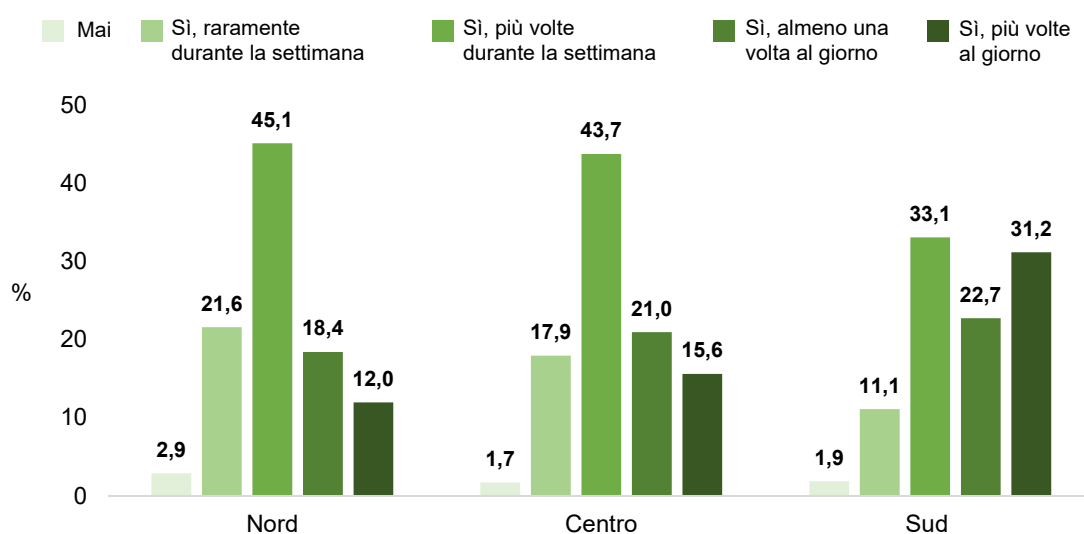


Figura 8. Contatti online (%) di bambini/bambine con amici e parenti durante la pandemia, per ripartizione geografica. EPaS-ISS, Italia 2022

Bibliografia

1. UNESCO. *Education: From disruption to recovery, monitoring of school closures*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.unesco.org/en/covid-19/education-response>; ultima consultazione 17/10/2023,
2. UNESCO, UNICEF, World Bank. *What have we learnt? Overview of findings from a survey of ministries of education on national responses to COVID-19*. Paris, New York, Washington, DC: UNESCO, UNICEF, World Bank; 2020.
3. Elgar FJ, Lahti H, Lopes Ferreira J, Melkumova M, Bilz L. *Navigating uncharted territory: school closures and adolescent experiences during the COVID-19 pandemic in the WHO European Region. Impact of the COVID-19 pandemic on young people's health and well-being from the findings of the HBSC survey round 2021/22*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.
4. Dreesen T, Akseer S, Brossard M, Dewan P, Giraldo J, Kamei A, Mizunoya S, Ortiz JS. *Promising practices for equitable remote learning. Emerging lessons from COVID-19 education responses in 127 countries*. Florence: UNICEF Office of Research – Innocenti; 2020. (Innocenti Research Briefs 2020-10).
5. Nardone P, Spinelli A, Ciardullo S, Salvatore MA, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *Obesità e stili di vita dei bambini: OKkio alla SALUTE 2019*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/27).
6. Bento AI, Nguyen T, Wing C, Lozano-Rojas F, Yong-Yeol A, Kosali S. Evidence from internet search data shows information-seeking responses to news of local Covid-19 cases. *PNAS* 2020;117(21):11220-11222.

INDAGINE QUALITATIVA: PARTECIPAZIONE E RISULTATI

Angela Giusti (a), Chiara Cattaneo (a), Gabriella Tambascia (a), Annachiara Di Nolfi (a),
Ilaria Luzi (a), Vittorio Palermo (a), Amalia Egle Gentile (b), Francesca Zambri (a), Paola Nardone (a),
Silvia Ciardullo (a) e Gruppo di ricerca EPaS-ISS*
(a) Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(b) Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

I periodi prolungati e ripetuti di chiusura delle scuole e di distanziamento fisico hanno influenzato il benessere di bambini e bambine e il loro sviluppo a medio e lungo termine. Gli studi disponibili hanno evidenziato un aumento dei sintomi legati a depressione, ansia e disturbi del sonno durante la pandemia, insieme a una diminuzione dell'attività fisica e a un aumento del tempo trascorso davanti agli schermi (1, 2). Sono stati osservati anche incrementi nel peso corporeo e nella prevalenza dell'obesità in bambini e bambine durante il primo anno della pandemia (3). Tuttavia, è stato notato che l'esercizio fisico, lo svago, le relazioni familiari positive e il supporto sociale possono contribuire a migliorare la salute mentale (4). Esiste poi un'associazione documentata tra la pandemia da COVID-19 e il trauma nelle famiglie, che suggerisce la necessità di un maggiore approfondimento sui fattori di rischio e di protezione legati all'impatto che la pandemia ha avuto sulle famiglie (5).

In questo contesto, obiettivo del presente studio è stato quello di descrivere attraverso una metodologia qualitativa la percezione dell'impatto che la pandemia da COVID-19 e le misure pubbliche di distanziamento fisico hanno avuto sul benessere psicofisico di bambini e bambine frequentanti il terzo anno della scuola primaria e delle loro famiglie. Questa indagine qualitativa integra quella quantitativa, aggiungendo la prospettiva diretta delle persone che hanno vissuto il fenomeno nella propria quotidianità. Per i dettagli sulla metodologia dello studio si rimanda al capitolo introduttivo di questo rapporto.

Partecipazione

Le Regioni italiane che hanno aderito allo studio sono state: Lombardia, Veneto, Umbria, Marche, Campania, Puglia e Calabria. La Regione Lazio ha partecipato per la realizzazione dell'unico *focus group* in presenza, che ha visto la partecipazione di bambine/bambini. Nei mesi di aprile e maggio 2022 sono stati condotti 6 *focus group*, a cui hanno partecipato 65 persone adulte e 14 bambini/bambine di 8-9 anni (8 maschi, 6 femmine). I gruppi erano così composti: genitori nel Nord Italia (n. 12), Centro Italia (n. 14), Sud Italia (n. 11), insegnanti (n. 16) e rispondenti chiave afferenti a enti locali, Organizzazioni Non Governative (ONG), servizi sociali, mediazione culturale e associazioni attive in ambito educativo nella comunità (n. 12). I genitori provenivano dalle Regioni aderenti, ad eccezione del Lazio; il 64,9% di questi ha dichiarato di vivere in aree urbane di piccole dimensioni. Nei *focus group* a cui hanno partecipato le persone

* per la composizione del Gruppo si veda Appendice A

adulte il 72,3% erano donne, il 98,4% era di nazionalità italiana, il 94,6% dei genitori aveva un titolo di studio pari o superiore al diploma di maturità. L'età media delle persone adulte era di 43,6 anni per i genitori e di 49,5 per insegnanti e rispondenti chiave.

Risultati

Coerentemente con gli obiettivi dello studio, i risultati riportano la percezione delle persone che hanno vissuto il fenomeno della pandemia e del *lockdown* dalla prospettiva di chi vive e opera con bambine e bambini di 8-9 anni. Di seguito è riportata la sintesi dei risultati dei *focus group*.

L'analisi è stata condotta secondo tre livelli: individuale, familiare e di comunità.

Livello individuale

Per quanto riguarda il livello individuale, le categorie emergenti riguardano l'*impatto emotivo*, riferito all'umore di bambini e bambine e alle sue espressioni comportamentali, i *comportamenti associati alla salute*, ad esempio l'alimentazione, il movimento e l'attività fisica, il tempo trascorso davanti allo schermo, il sonno e le norme preventive anti-SARS-CoV-2 e lo *sviluppo di bambini e bambine*, sul piano cognitivo, motorio, e affettivo - relazionale.

Relativamente all'*impatto emotivo*, i contenuti emersi riguardano il periodo del *lockdown* e il ritorno a scuola. Le emozioni riportate indicano una attivazione emotiva progressiva, che in qualche modo ricalca i vissuti di vita e di contesto di bambini e bambine. Infatti, se molti genitori non segnalano ricadute sugli aspetti emotivi, diversi riportano incertezza e insicurezza, a causa della mancanza di risposte chiare da parte dei loro punti di riferimento relazionali (genitori e insegnanti). Alcune persone partecipanti, soprattutto nei gruppi di rispondenti-chiave e insegnanti, hanno associato a questa sensazione la preoccupazione manifesta di bambini e bambine per la salute dei genitori e l'attenzione rigorosa alle misure preventive. L'incertezza si trasforma in alcuni casi in tensione, ansia e paura, per quanto accade sia per il pensiero di ammalarsi di COVID-19, sia per il rischio di infettare i familiari più fragili, come i nonni. Queste emozioni portano in alcuni casi alla paura di uscire di casa, anche solo per andare in cortile o essere in presenza di altre persone, e di toccare qualsiasi cosa. Sono poi state riportate due tendenze opposte: da una parte si è osservato uno spettro di emozioni e comportamenti legati all'aggressività e all'iperattività durante l'interazione interpersonale e il gioco, con un peggioramento delle abilità sociali, dovute alla perdita e disabituazione al contatto fisico e al distanziamento durante le fasi più acute dell'emergenza. D'altra parte, è emerso che bambini e bambine hanno vissuto un senso di noia e a volte di apatia, con una tendenza ad isolarsi anche in assenza delle restrizioni fisiche. Alcuni insegnanti hanno inoltre evidenziato una maggiore solitudine e alcune difficoltà vissute dai figli unici. Un elemento trasversale è l'influenza sui vissuti emotivi di bambini e bambine che hanno avuto le modalità di gestione dei genitori degli aspetti legati all'emergenza, in particolare, per quei genitori che si trovavano a vivere situazioni particolarmente stressanti legate al lavoro a domicilio. Il tema della morte e del lutto è stato riportato in modo trasversale in diversi *focus group*, come timore manifestato da bambini e bambine.

"I bambini stanno vivendo questo, quello che per noi non è normalità, non è normalità neanche per loro. Quello che chiedono sempre i bambini è di avere risposte, cioè loro hanno l'insegnante, dall'insegnante sanno che se chiedono vogliono una risposta certa, sicura... e sono quelle risposte che purtroppo anche noi non possiamo, non possiamo dare di certo, ecco." *Una insegnante*

“...E il negativo è tutto questo, questa un po’, quest’ansia, questa paura che i ragazzi e sicuramente mi ci metto anche io ci portiamo un po’ dietro no [...] è una cosa che comunque lo strascico lo lascerà, non solo nei bambini ma anche, ma anche in noi. È una cosa che insomma non è che purtroppo possiamo prendere una bacchetta magica e cancellare due anni di vita, e quindi insomma dai... siamo, io sono un’ottimista di natura però comunque qualcosa ci rimarrà ecco.” *Una insegnante*

“...da ottobre ad adesso sono arrivate tantissime richieste in questa direzione, cioè bambini che strutturano la paura della morte, che si svegliano di notte proprio in questa fascia d’età 8-9 anni, vanno a chiedere al padre alla madre “ma tu muori? morirete? quanto starete insieme a noi?”. Insomma abbiamo osservato un numero alto di richieste in questa direzione: i bambini che hanno iniziato a strutturare delle paure che prima non avevano, proprio sul concetto di salute.” *Una rispondente chiave*

“Ho disegnato una mascherina che prende fuoco e una bicicletta” *Bambino*

“Anche tu? E perché? Di un po’” *Facilitatrice*

“Odio la mascherina!” *Bambino*

Relativamente ai *comportamenti salutaris*, in tutti i *focus group* è stato riportato un generale cambiamento nello stile di vita. Relativamente alle abitudini alimentari, diversi genitori hanno segnalato una maggiore sregolatezza dei pasti, che si esprimeva attraverso maggiore o minore appetito, ma anche nell’uso del cibo come gratificazione. Alcuni genitori e insegnanti hanno riportato un aumento dell’assunzione di cibo e di peso nei bambini e bambine. Le restrizioni del *lockdown* hanno limitato le opportunità di uscire e la mancanza di movimento e attività fisica è stata segnalata da coloro che non avevano un “luogo sicuro” dove andare, come giardini o spiagge. Alcuni genitori hanno riportato difficoltà nel far riprendere a bambini e bambine le attività sportive dopo il *lockdown*, parlando di una diminuzione del piacere e della motivazione a praticarle, anche dovute alle molteplici interruzioni causate dai contagi o dalle restrizioni. L’uso di dispositivi digitali e il tempo trascorso davanti allo schermo è stato riportato sia come punto di forza sia come elemento critico. È emerso un crescente interesse per la tecnologia e una parallela acquisizione di competenze informatiche quali, ad esempio, l’utilizzo di dispositivi digitali come forma di socializzazione per restare in contatto con gli amici e le amiche. Come criticità è stato riportato l’uso eccessivo dei videogiochi durante il *lockdown*, così come il sonno irregolare, che è stato collegato all’utilizzo di dispositivi digitali e alla carenza di movimento durante il giorno. Le misure preventive adottate durante il *lockdown*, come l’igiene delle mani, l’uso delle mascherine, la pulizia e la disinfezione delle superfici, sono state descritte sia dalla prospettiva della difficoltà nel rispettare le regole sia, al contrario, come aderenza alle raccomandazioni da parte di bambini e bambine, talvolta in modo fin troppo rigoroso.

“Per quanto riguarda anche l’attaccamento al computer o al cellulare o anche il trascorrere più tempo davanti alla televisione, questo è stato un altro aspetto che comunque ho registrato.” *Una mamma*

“Credo manchi tantissimo ai miei figli e ai bambini in generale, cioè quello di stare all’aria aperta, condividere gli spazi, giocare, svagarsi, correre e... non scorderò mai la prima uscita, che poi uscita per modo di dire, siamo andati in piazza, e... mia figlia, la piccola, ha detto: “papà, mamma posso correre?” cioè aveva già, come dire, assimilato l’idea della distanza, del distanziamento sociale, di non poter fare nulla, quindi mi ha colpito questa sua frase, poi condivisa anche da mio figlio più grande “possiamo fare?”, “possiamo arrivare lì?”. Ma credetemi, si trattava di 100 metri, quindi erano bloccati anche fisicamente.” *Un papà*

Il tema dello *sviluppo di bambini e bambine* è stato affrontato soprattutto da insegnanti e rispondenti-chiave, sia dal punto di vista cognitivo e motorio sia, indirettamente, dello sviluppo

emotivo e sociale. Per quanto riguarda le abilità cognitive sono state riportate difficoltà di attenzione e di memoria, probabilmente legate tra loro, forse a causa di un'iperstimolazione e/o di un disinteresse diffuso, entrambi causa di scarsa concentrazione. Il gruppo di insegnanti ha riferito un peggioramento delle abilità motorie fini, della scrittura e del disegno, da loro attribuito all'uso eccessivo dei dispositivi informatici per scrivere e disegnare. È stata inoltre riportata una regressione nell'autonomia e una diminuzione delle capacità relazionali durante il tempo trascorso a scuola, come la perdita di capacità di interazione nelle attività di gruppo, sia di studio che ludiche.

"...la mancanza del movimento e anche la situazione di isolamento ha causato una immobilizzazione dei bambini e ad essere colpiti sono il loro sviluppo della motricità, la lingua, la scrittura, lettura." *Un rispondente chiave*

"...a livello proprio grafo-motorio, quindi tutta questa motricità fine e poi anche globale che è andata un po' a perdersi nel senso che questi bambini, se parliamo della terza elementare, hanno imparato a scrivere in DAD, quindi con le famiglie qualcuno riusciva a stargli dietro altri no e quindi veramente tante, tante richieste di valutazione di disgrafia che poi disgrafia non è. Quindi un po' questo ... anche difficoltà di linguaggio" *Una rispondente chiave*

Livello familiare

Per quanto riguarda il livello familiare, i principali temi emersi sono stati gli *aspetti relazionali*, la *riorganizzazione familiare* rispetto alla gestione delle routine, del lavoro e della Didattica A Distanza (DAD) e le strategie di adattamento proattivo (*coping*) messe in atto.

Tra gli *aspetti relazionali*, le persone partecipanti ai *focus group* hanno sottolineato un aumento della presenza dei genitori durante il periodo di *lockdown*, soprattutto dei padri, con una maggiore coesione e un recupero delle relazioni intra-familiari. In tempo ordinario, al contrario, le attività quotidiane e le scarse opportunità di conciliazione tra il lavoro e il ruolo di cura portano spesso i genitori a trascorrere poco tempo con i figli e le figlie. Il tempo trascorso insieme riguardava sia le attività quotidiane, come la preparazione dei pasti, sia il gioco in famiglia. I genitori che hanno avuto la possibilità di stare a casa durante il *lockdown*, sospendendo il lavoro o attivando lo *smart-working*, lo hanno descritto come un vantaggio dal punto di vista delle relazioni familiari, mentre chi non ne ha avuto l'opportunità ha riportato un vissuto di stress e frustrazione per il tempo sottratto a figli e figlie in un momento in cui avevano bisogno di un maggiore sostegno. In alcune situazioni, la convivenza forzata ha portato al contrario a situazioni particolarmente stressanti. Inoltre, essendo le famiglie confinate in casa, è venuto a mancare il supporto e la relazione con figure importanti come i nonni e le nonne, sia a causa delle restrizioni del *lockdown*, sia per il timore di esporli a rischio di contagio. La presenza di fratelli o sorelle è stato un elemento importante di relazione che ha contribuito anche a ridurre la preoccupazione dei genitori per i possibili effetti dell'isolamento sociale. La famiglia è stata anche una fonte importante di contenimento emotivo nel gestire il tema della pandemia e dell'emergenza sanitaria, offrendo a bambine e bambini un'informazione semplice e graduale, filtrando le informazioni provenienti dai media, la televisione in particolare, cercando di trasmettere tranquillità e positività.

"Io ho disegnato tra le cose brutte e che mi mancavano uscire, andare in montagna e tra le cose brutte ho messo le mascherine e il COVID. Però tra le cose bellissime che facevo l'orto con mio padre." *Una bambina*

"Io ho disegnato quando stavo in DAD che era una cosa brutta, invece la cosa positiva che ho potuto stare più tempo con la mia famiglia". *Una bambina*

Durante la chiusura delle scuole, l'*organizzazione familiare* ha subito numerosi cambiamenti nella gestione del lavoro e della cura di bambini e bambine. Il venir meno della consueta routine quotidiana e la necessità di crearne una nuova ha spesso turbato l'equilibrio familiare. Alcuni genitori hanno cercato di mantenere una certa "normalità" fissando orari regolari per svegliarsi, per i pasti e la scuola in DAD, sia per i bambini sia per sé stessi. È però stato riportato nel *focus group* di insegnanti che molti bambini e bambine si presentavano in pigiama o facevano colazione mentre seguivano le lezioni online, con difficoltà da parte dei genitori a prestare attenzione al rispetto degli orari della DAD. Un altro aspetto sono state le sfide affrontate da bambini e bambine con disabilità durante il *lockdown*: la perdita delle routine consolidate ha causato regressioni negli apprendimenti e in alcuni casi le famiglie si sono sentite abbandonate dalle istituzioni scolastiche.

Anche se trascorrere più tempo con la famiglia è stato considerato nella maggior parte dei casi positivamente, la convivenza in casa, la conciliazione tra il lavoro da remoto o altre attività lavorative, la DAD e i lavori domestici hanno anche generato stress per i genitori. La DAD, in particolare, ha richiesto loro un impegno significativo sia nell'organizzazione dei propri orari di lavoro sia nell'aiuto da dare ai figli e alle figlie nelle attività scolastiche, avendo la scuola in alcuni casi, soprattutto nei primi mesi di *lockdown*, delegato alla famiglia parte dell'attività che prima si realizzava in presenza. Le condizioni abitative e lo stato socio-economico dei genitori hanno influenzato l'organizzazione familiare. Le famiglie con spazi limitati, come case senza balconi o giardini o situazioni di sovraffollamento, hanno affrontato maggiori difficoltà nella condivisione delle attività quotidiane.

In alcune situazioni, in cui la lunga convivenza abitativa forzata dal *lockdown* ha aumentato tensioni ed emozioni negative, specialmente nelle famiglie con equilibri già precari, sono stati riportati casi di disgregazione familiare. Alcuni genitori hanno sperimentato preoccupazioni economiche a causa della perdita o diminuzione del lavoro per la chiusura delle attività e hanno percepito una mancanza di supporto da parte delle istituzioni, con ripercussioni sull'organizzazione e sul benessere della famiglia. In alcune famiglie in cui i genitori erano impiegati nella gestione della pandemia, come il personale sanitario, l'organizzazione familiare ha risentito del timore di infettare i propri cari.

"Noi abbiamo avuto bambini che hanno vissuto con i genitori perché entrambi hanno perso il lavoro e... quindi hanno portato l'ansia e continuano a portare l'ansia, la preoccupazione di quei giorni lì". *Un'insegnante*

"Quindi è stata una cosa veramente diciamo drammatica [sospira un po' ridendo] anche per loro, perché presi dal lettino e portati davanti a un computer, parecchi di loro la mattina si presentavano in pigiama, mentre facevamo lezione bevevano il latte, facevano colazione". *Un'insegnante*

"Ho disegnato il mio cane che mi mancava, gli zii e la nonna e la cosa bella è che avevo mio fratello accanto". *Una bambina*

Sono state descritte le strategie positive adottate dalle famiglie e da bambini e bambine per *affrontare il cambiamento* durante il periodo di *lockdown* e la pandemia. I genitori hanno notato che i loro figli e figlie si sono interessati a diverse attività che potevano svolgere in casa, incoraggiando la creatività e la crescita personale. Alcuni bambini e alcune bambine si sono dedicati alla lettura, accumulando una vasta collezione di libri, mentre altri si sono appassionati alla cura delle piante e all'apprendimento di esperimenti scientifici. La musica, la danza, il disegno e la scrittura sono diventate altre forme di espressione. Allo stesso modo, la condivisione di attività quotidiane si è rivelata un aspetto positivo durante il *lockdown*. Alcune famiglie hanno trascorso del tempo creando murali nelle camerette, preparato insieme i pasti, condiviso attività

ludiche. Queste attività hanno contribuito a creare un senso di connessione e sono proseguite anche dopo il termine del *lockdown*.

“Poi l'altra cosa che hanno imparato a fare con mia moglie devo dire, che è stata la... preparare, che so, focacce, pizze [...] hanno individuato questa attività che devo dire... ci sono riusciti relativamente, però li vedevo appassionati, interessati e... poi sicuramente impegnava anche più tempo rispetto che so al disegnino... qualsiasi altra cosa che non fosse il solito computer o il tablet. Quindi devo dire che è una cosa che poi hanno conservato nel periodo che so, di Natale, dove adesso danno una mano a mia moglie, nel preparare i dolcetti”. *Un papà*

Livello di comunità

Per quanto riguarda il livello di comunità, sono emersi quattro sottotemi principali: la *solidarietà* e la *coesione sociale*, l'*organizzazione scolastica*, l'*interazione con i servizi socio-sanitari* e i *rapporti con le istituzioni*.

Durante la pandemia, la *solidarietà* e la *coesione sociale* si sono espresse in diversi modi, sia a livello di vicinato sia tra le famiglie nel contesto scolastico. In alcune comunità, il vicinato è emerso come un'importante fonte di supporto. Dopo i primi mesi di isolamento, bambini e bambine hanno iniziato a interagire di più tra di loro, ad esempio nello stesso condominio o negli spazi all'aperto. La vicinanza fisica tra le famiglie è stata un vantaggio e ha favorito la solidarietà. In alcuni casi, le chiese di quartiere sono state citate per il loro ruolo nell'offrire supporto. Il gruppo classe ha fornito supporto materiale e sociale. La solidarietà tra compagni e compagne di classe si è manifestata, ad esempio, attraverso l'aiuto tecnologico, facilitando l'accesso alla chat, ai social e alla piattaforma di classe. Questo in molti casi ha migliorato i rapporti nella classe. Anche i genitori hanno attivato momenti e strumenti di sostegno reciproco, ad esempio attraverso gruppi WhatsApp e la condivisione di compiti e schede per l'istruzione a casa.

“Hanno vissuto maggiormente il malessere dei genitori più quello loro e delle insegnanti e ha migliorato tanto i rapporti con i compagni perché ci sono state molte scene di solidarietà tra compagni, tra genitori, che hanno aiutano le famiglie più in difficoltà dal punto di vista ecco della tecnologia, di utilizzo della chat, dei social, di *classroom*... Quindi ecco volevo soltanto sottolineare questa paura e questa incertezza attuale e questo - invece - rafforzamento di fiducia da entrambe le parti.” *Un'insegnante*

Rispetto all'*organizzazione scolastica* e all'offerta educativa, la risposta della scuola è stata caratterizzata da punti di forza e di debolezza. Tra i punti di forza, nel complesso, le famiglie hanno riportato un importante sostegno nell'ambito scolastico. Gli/le insegnanti hanno adottato diverse strategie per aiutare alunni e alunne durante la DAD, comprese sessioni di gioco online e supporto per affrontare specifiche lacune o difficoltà. Sia la scuola che alcuni Comuni si sono mobilitati per fornire computer e tablet alle famiglie che ne avevano bisogno, garantendo l'accesso all'istruzione online anche per coloro che altrimenti non avrebbero avuto i mezzi necessari. Insegnanti e genitori hanno collaborato in modo flessibile, lavorando anche al di fuori degli orari scolastici, ad esempio con incontri serali e durante il fine settimana per supportare le famiglie con maggiori difficoltà. In alcuni casi è stato riportato come la scuola abbia offerto supporto emotivo non solo ad alunni/alunne ma anche ai genitori, aiutando a gestire la paura e l'ansia legate alla situazione pandemica. Alcune scuole hanno sfruttato spazi all'aperto per le attività didattiche, creando “aule verdi” e promuovendo l'apprendimento in ambienti più aperti e salutarci. Alcuni/e insegnanti hanno introdotto anche nuove metodologie didattiche, come i progetti creativi, per stimolare la creatività di bambini e bambine. La collaborazione tra scuola e famiglie è stata evidenziata come un punto di forza. Tra i punti di debolezza, è stata riportata una

significativa eterogeneità nella risposta alle sfide della pandemia da parte delle diverse istituzioni scolastiche e la qualità del supporto sembrava dipendere dall'iniziativa specifica della singola scuola o dell'insegnante. Gli/le insegnanti hanno sottolineato la stanchezza dovuta alla disponibilità costante e agli orari prolungati di lavoro. Inoltre, il mantenimento di un contatto emotivo con studenti e famiglie è stata una sfida significativa a causa della distanza fisica legata alla DAD. Questo aspetto ha riguardato tutti i bambini e bambine, in particolare i più piccoli. La transizione tra la didattica in presenza, la DAD e altre modalità miste ha causato discontinuità, generando confusione e difficoltà di insegnamento e di apprendimento. Le norme igienico-sanitarie e il distanziamento fisico hanno reso difficile l'organizzazione delle attività scolastiche e hanno creato una rigidità che alcune persone partecipanti ai *focus group* hanno ritenuto eccessiva. Inoltre, l'uso delle mascherine ha reso difficile la comunicazione tra insegnanti e studenti, specialmente nelle lezioni di lingue straniere e nelle attività musicali. In alcune scuole con classi numerose, è stata una sfida mantenere le distanze di sicurezza tra gli studenti e far rispettare le norme di distanziamento, una volta tornati in classe. Gli/le insegnanti hanno riconosciuto l'importanza del contatto fisico e dell'abbraccio per bambine e bambini e hanno cercato di mantenere un rapporto empatico nonostante le restrizioni. La mensa scolastica ha subito cambiamenti significativi a causa delle restrizioni, con un aumento degli sprechi e una percezione di peggioramento della qualità alimentare. È stato evidenziato il ruolo fondamentale della dirigenza scolastica nella gestione dell'innovazione durante la pandemia: la presenza di una dirigenza attenta all'uso dei fondi e ai bandi disponibili può favorire lo sviluppo tecnologico e l'innovazione nella scuola. È stato però sottolineato come non tutto il personale docente fosse incline all'innovazione e che alcuni si siano sentiti impreparati e spaesati di fronte a nuove proposte. La presenza di una dirigenza timorosa o contraria all'uso della tecnologia così come le resistenze di una parte del corpo docente può ostacolare la ricerca di soluzioni innovative e l'implementazione di nuove idee.

"Eh sarebbe stato d'aiuto secondo me un colloquio maggiore con i genitori, un colloquio proprio anche, come dire, da un punto di vista non necessariamente didattico... perché ciascuno di noi nel proprio si è industriato nel migliore dei modi per quello che poteva." *Una mamma*

"...le scuole si sono dovute girare le maniche e vedere cosa fare... la classe di mio figlio che era in prima elementare non ha fatto nulla, l'altra classe con una maestra che era molto intraprendente, prescindendo dalla scuola, ha deciso con noi mamme... perché era un altro tipo di insegnante, si è adoperata su varie piattaforme per cercare di mantenere una continuità, cambiando il suo programma per attirare la loro attenzione. Perché ovviamente l'attenzione di un ragazzino che si sveglia la mattina si mette davanti a un monitor quanto può durare?" *Una mamma*

"E... quindi sì, il lavoro di gruppo, e... con loro, lavorando molto con [le piattaforme online] siamo riusciti a lavorare con i piccoli gruppi in una maniera diversa, ci siamo adattati diversamente, erano lì, si collegavano da casa o comunque con il cellulare ed avevano il mini gruppetto. Quindi... ci sono degli aspetti positivi." *Un'insegnante*

Nonostante gli sforzi della scuola, del corpo docente e dei genitori, l'offerta educativa durante la pandemia ha generato disuguaglianze. È stato citato il fenomeno del "learning loss", la perdita di apprendimento dovuta alla pausa scolastica e alla mancanza di continuità. A seguito della pandemia, i bambini e le bambine che sono passati dalla Scuola dell'Infanzia alla Scuola Primaria hanno manifestato delle difficoltà nel colmare le lacune nelle nozioni di base. Inoltre, alcune situazioni familiari difficili hanno reso il lavoro del personale docente più complesso e ci sono state regressioni nell'apprendimento che sono state parzialmente colmate solo con il ritorno in presenza. Tuttavia, si evidenzia che alcune differenze nell'apprendimento persistono, con classi

che presentano tra loro livelli di apprendimento molto diversi e difficoltà nel confronto e nell'aiuto reciproco tra studenti. Tra i bambini e le bambine più penalizzati sono state segnalate le situazioni di disabilità e sostegno scolastico, figli e figlie di origine straniera che non padroneggiavano la lingua italiana e tutte le famiglie con difficoltà di accesso e utilizzo della tecnologia. La DAD ha in parte accentuato questi problemi e la scuola non è stata sempre in grado di affrontarli adeguatamente.

Dall'analisi della categoria relativa all'*interazione con i servizi socio-sanitari* emergono punti di forza e criticità. Durante la pandemia, molti servizi socio-sanitari sono stati temporaneamente chiusi o limitati, compromettendo il benessere di coloro che ne avevano bisogno, in particolare per quanto riguarda la salute mentale. L'attenzione principale è stata dedicata alla lotta contro il COVID-19, a scapito di altre necessità terapeutiche. Le famiglie con persone con disabilità hanno affrontato difficoltà ulteriori a causa della sospensione dei servizi di supporto e la loro solitudine è stata amplificata. Alcune famiglie hanno riscontrato problemi anche nella gestione dell'infezione da COVID-19, ad esempio nell'ottenere il nulla osta per il rientro a scuola dei loro figli dopo la quarantena, a causa di ritardi nella documentazione e nell'esecuzione dei tamponi. Se, da una parte, la collaborazione tra servizi socio-sanitari, scuole e altri stakeholder è stata fondamentale durante la pandemia, alcune scuole hanno avuto difficoltà a riavviare progetti educativi e sperimentazioni a causa di resistenze tecniche e burocratiche. Questo ha creato disagi per alunni/alunne e relative famiglie. Alcune dirigenze scolastiche hanno avuto difficoltà a gestire in modo efficace i fondi e le risorse assegnate per progetti educativi di promozione della salute, evidenziando il bisogno di incrementare le competenze in questo ambito. È stata segnalata la grande difficoltà a raggiungere le famiglie e le scuole per le azioni di promozione della salute e l'organizzazione di attività educative. La comunicazione e la partecipazione sono state sfide significative.

"Come i servizi hanno risposto? In realtà se penso alla neuropsichiatria di zona... molto male. Nel senso che non c'è una disponibilità ...se penso ai ragazzini delle medie o delle superiori, tra tentativi di suicidio, autolesionismo, eccetera, la sanità pubblica non è riuscita e non sta riuscendo a rispondere ai bisogni, fundamentalmente." *Una rispondente chiave*

"...disabilità, servizi non più disponibili, ..." *Un rispondente chiave*

"Abbiamo avviato proprio un Protocollo d'Intesa e abbiamo cominciato a fare delle reti territoriali, ok? Con Comune, con le scuole eccetera, e facciamo anche dei corsi di formazione di formatori, in modo tale che si moltiplicassero le risorse del territorio. Cosa succede? Scoppia la pandemia, le attività di promozione salute di queste ASL sono state azzerate perché tutti sono stati trasferiti al COVID, o a fare le telefonate, o a fare gli screening eccetera. Ieri mi hanno chiamato da una di queste USL dicendo: "Siamo tornati negli uffici della Promozione salute, possiamo ricominciare". Però abbiamo perso due anni." *Una rispondente chiave*

Rispetto al *rapporto con le istituzioni*, è stato evidenziato un senso di abbandono durante la pandemia, con i bambini e le bambine che sono stati costretti a adattarsi da soli alla situazione, basandosi prevalentemente su risorse proprie e della propria famiglia. Se, da una parte, si sottolinea la mancanza di attenzione ai bisogni specifici di bambini e bambine da parte delle istituzioni, dall'altra se ne sottolineano intraprendenza e capacità di adattamento. Molte delle iniziative sono state attivate su base volontaria, su iniziativa individuale di dirigenti scolastici, personale docente, famiglie. L'aspetto comunicativo da e verso le istituzioni, il riconoscimento dei bisogni specifici della scuola e delle famiglie e la presa in carico delle situazioni di maggiore vulnerabilità sono tra le carenze più significative riportate.

Conclusioni

L'analisi condotta su tre livelli – individuale, familiare e di comunità – ha permesso di evidenziare l'impatto della pandemia da COVID-19 sulla vita di bambini, bambine e delle loro famiglie, partendo dalla loro prospettiva. A livello individuale, si è osservato un notevole impatto emotivo, con un senso di insicurezza ed incertezza che hanno dominato le emozioni di molti. I comportamenti salutari sono stati influenzati in larga misura, con cambiamenti in alcune abitudini alimentari, nell'attività fisica e nell'uso dei dispositivi digitali. Il livello familiare ha visto un aumento della coesione interna ma anche sfide nell'organizzazione delle routine quotidiane. A livello di comunità, la solidarietà e la coesione sociale sono emerse come punti di forza, ma ci sono state criticità nella risposta delle istituzioni, della scuola e dei servizi socio-sanitari.

La pandemia ha anche messo in evidenza la resilienza e la capacità di adattamento proattivo delle famiglie e delle comunità, che hanno cercato di affrontare le sfide in modo creativo e collaborativo. Questa esperienza, unica nel suo genere, offre una importante opportunità di riflessione sulla partecipazione ai processi decisionali di cittadine e cittadini e su come migliorare l'offerta dei servizi, tenendo in considerazione i bisogni specifici di bambine e bambini e delle loro famiglie e le disuguaglianze sociali e di salute.

I prossimi piani di emergenza e piani pandemici dovranno prevedere fin da ora un sistema di *preparedness* che tenga conto dei bisogni delle famiglie, dei bambini e delle bambine, cercando di promuoverne il benessere in modo completo e sostenibile, anche nelle difficili situazioni di emergenza.

Bibliografia

1. Viner R, Russell S, Saull R, *et al.* School closures during social lockdown and mental health, health behaviors, and well-being among children and adolescents during the first COVID-19 wave: a systematic review. *JAMA Pediatr.* 2022;176(4):400-409. doi:10.1
2. Marra M, Nannavecchia AM, Broccoli S, *et al.* L'impatto della pandemia di COVID-19 su bambini e adolescenti. Il contributo dell'epidemiologia alla riapertura sicura e indispensabile delle scuole. *Epidemiol Prev.* 2021;45(4):239-244. doi: 10.19191/EP21.4.P239.079
3. Anderson LN, Yoshida-Montezuma Y, Dewart N, *et al.* Obesity and weight change during the COVID-19 pandemic in children and adults: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2023;24(5):e13550. doi:10.1111/obr.13550
4. Samji H, Wu J, Ladak A, *et al.* Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health.* 2022;27(2):173-189. doi:10.1111/camh.12501
5. Kaubisch LT, Reck C, von Tettenborn A, Woll CFJ. The COVID-19 pandemic as a traumatic event and the associated psychological impact on families - A systematic review. *J Affect Disord.* 2022;319:27-39. doi:10.1016/j.jad.2022.08.10.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Silvia Ciardullo (a), Paola Nardone (a), Marta Buoncristiano (b), Angela Spinelli (c), Marco Giustini (d), Silvia Androzzini (a), Mauro Bucciarelli (a), Amalia Egle Gentile (e), Ilaria Luzi (a), Chiara Cattaneo (a), Angela Giusti (a) e Gruppo di ricerca EPaS-ISS*

(a) *Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Comitato Tecnico OKkio alla SALUTE*, Roma*

(c) *già Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(d) *Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(e) *Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Il Progetto EPaS-ISS (“Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia”) ha permesso di rilevare e approfondire, attraverso un’indagine quantitativa e un’indagine qualitativa, gli effetti che la pandemia da COVID-19 e le misure di distanziamento fisico hanno avuto sugli stili di vita e sul benessere di bambini e bambine del terzo anno di scuola primaria e delle loro famiglie.

In merito alle abitudini alimentari, è stato evidenziato l’aumento del consumo di snack salati e cibi dolci e una lieve diminuzione nel consumo di frutta e verdura da parte di bambini e bambine. Nonostante sia emersa dallo studio una maggiore sregolatezza quotidiana nel consumo dei pasti, i risultati hanno mostrato anche cambiamenti positivi avvenuti durante il periodo pandemico, come l’aumento del consumo di pasti in famiglia e del cibo cucinato in casa insieme ai propri figli e alle proprie figlie, grazie al maggior tempo trascorso insieme.

Sebbene l’Organizzazione Mondiale della Sanità e il Fondo delle Nazioni Unite per l’Infanzia (*United Nations Children’s Fund, UNICEF*) (1, 2) abbiano raccomandato il mantenimento di uno stile di vita attivo durante la pandemia, le misure di distanziamento fisico hanno inevitabilmente influito sul movimento e le attività all’aperto, con difficoltà maggiori per bambini e bambine impossibilitati a trascorrere il loro tempo in giardini e parchi nei pressi delle proprie abitazioni. Oltre all’impatto negativo durante il periodo del COVID-19, i dati raccolti hanno anche messo in evidenza la difficoltà nella ripresa delle attività sportive dopo la pandemia a causa di una diminuzione del piacere e della motivazione a praticarle.

L’incremento di attività sedentarie, soprattutto il tempo trascorso da bambini e bambine di fronte a un dispositivo elettronico, è un altro cambiamento importante riscontrato durante la pandemia. Certamente alcune attività legate all’utilizzo di dispositivi elettronici hanno avuto un ruolo positivo durante il periodo pandemico, offrendo l’opportunità di continuare il percorso scolastico e mantenere contatti con parenti, amici e amiche; inoltre è emerso un crescente interesse per la tecnologia e un aumento di competenze in ambito informatico. Tuttavia, la criticità emersa riguarda l’aumento eccessivo del tempo trascorso a guardare la TV, giocare ai videogiochi e utilizzare i social media; i dati hanno evidenziato una possibile associazione tra tale incremento e una maggiore irregolarità nel sonno e una riduzione di attività motorie durante il giorno.

I risultati hanno mostrato un impatto negativo della pandemia da COVID-19 sul benessere fisico e psicosociale dei bambini e delle bambine. I genitori hanno percepito peggioramenti su comportamenti e sentimenti rispetto al periodo precedente la pandemia, in particolare, nel sentirsi bene, in forma e pieni di energie nonché tristi e soli. La capacità di concentrarsi e divertirsi con gli amici sono altri aspetti che i genitori hanno percepito come maggiormente peggiorati durante il periodo pandemico.

* per la composizione si veda Appendice A

In merito alla scuola e alla didattica a distanza, in generale le famiglie hanno dichiarato di aver ricevuto supporto in ambito scolastico anche se è emersa una significativa eterogeneità di risposta alla pandemia da parte delle diverse istituzioni scolastiche. I dati dello studio EPaS-ISS, come già emerso dalla letteratura scientifica internazionale (3), hanno inoltre evidenziato un incremento delle disuguaglianze educative dovute alla scuola a distanza, che ha maggiormente penalizzato studenti con disabilità e necessità di sostegno scolastico, quelli di origine straniera, per limitata conoscenza della lingua italiana, e le famiglie con difficoltà di accesso alla connessione internet e a strumenti come tablet, pc portatili e cellulari.

I risultati emersi dallo studio EPaS-ISS sottolineano la necessità di definire politiche e strategie di intervento a sostegno dei giovani e delle loro famiglie per rispondere e gestire le conseguenze della pandemia da COVID-19 e promuovere benessere e appropriati stili di vita. I dati quantitativi e qualitativi hanno mostrato variabilità per area geografica, livello di istruzione e nazionalità dei genitori evidenziando l'importanza di individuare e proteggere i bambini e le bambine più vulnerabili sui quali la pandemia può avere avuto effetti più severi.

Bibliografia

1. WHO. *Coronavirus disease (COVID-19): staying active*. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-staying-active>; ultima consultazione 21/11/2023
2. UNICEF. *Indoor play ideas to stimulate young children at home*. New York, NY: United Nations International Children's Emergency Fund; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.unicef.org/turkiye/en/stories/indoor-play-ideas-stimulate-young-children-home>; ultima consultazione 21/11/2023.
3. Betthäuser BA, Bach-Mortensen AM, Engzell P. A systematic review and meta-analysis of the evidence on learning during the COVID-19 pandemic. *Nat Hum Behav*. 2023;7:375-385.

APPENDICE A
Gruppo di ricerca EPaS-ISS,
Comitato Tecnico OKkio alla SALUTE
e professionisti coinvolti nell'indagine

Gruppo di Ricerca EPaS-ISS

Silvia Ciardullo, Paola Nardone, Marta Buoncristiano, Angela Spinelli, Marco Giustini, Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli, Angela Giusti, Chiara Cattaneo, Ilenia Luzi, Amalia Egle Gentile, Francesca Zambri, Vittorio Palermo, Annachiara Di Nolfi, Gabriella Tambascia (ISS), Claudia Colleluori, Manuela Di Giacomo, Ercole Ranalli (Regione Abruzzo), Mariangela Mininni (Regione Basilicata), Antonella Cernuzio, Francesco Lucia, Anna Domenica Mignuoli, Filomena Mortati (Regione Calabria), Gianfranco Mazzarella (Regione Campania), Paola Angelini, Serena Broccoli, Marina Fridel (Regione Emilia Romagna), Paola Pani, Claudia Carletti, Federica Concina, Luca Ronfani (Regione Friuli Venezia Giulia), Lilia Biscaglia, Giulia Cairella, Maria Teresa Pancallo (Regione Lazio), Laura Pozzo, Camilla Sticchi, Federica Varlese (Regione Liguria), Corrado Celata, Olivia Leoni, Lucia Crottogini, Claudia Lobascio, Giusi Gelmi, Lucia Pirrone, Simona Chinelli (Regione Lombardia), Giorgio Filipponi, Elsa Ravaglia, Stefano Colletta, Luca Belli, Martina Dichiarata, Benedetta Rosetti, Marialuisa Lisi, Carla Patrizzi (Regione Marche), Stefania Matacchione, Ermanno Paolitto (Regione Molise), Marcello Caputo (Regione Piemonte), Pietro Pasquale, Giacomo Domenico Stingi, Pina Pacella (Regione Puglia), Maria Paola Ferro, Patrizia Miceli (Regione Sicilia), Giacomo Lazzeri, Rita Simi (Regione Toscana), Carla Bietta, Marco Cristofori, Giada Fioretti (Regione Umbria), Federica Michieletto, Marta Orlando, Mauro Ramigni (Regione Veneto), Sabine Weiss (Provincia Autonoma Bolzano), Pirous Fatehmoghadam, Chiara Mocellin, Maria Grazia Zuccali (Provincia Autonoma Trento).

Comitato Tecnico OKkio alla SALUTE

Serena Broccoli, Marta Buoncristiano, Giulia Cairella, Marcello Caputo, Margherita Caroli, Chiara Cattaneo, Corrado Celata, Laura Censi, Silvia Ciardullo, Liliana Coppola, Barbara De Mei, Maria Paola Ferro, Daniela Galeone, Mariano Giacchi, Gianfranco Mazzarella, Maria Teresa Menzano, Paola Nardone, Federica Pascali, Angela Spinelli and Alessandro Vienna.

Professionisti coinvolti nell'indagine

REGIONE PIEMONTE

Referenti Regionali:

Marcello Caputo, Monica Bonifetto, Silvia Cardetti, Bartolomeo Griglio

Professionisti coinvolti:

ASL AL: Tocci Simonetta (referente), Santolli Stefania; **ASL AT:** Renza Berruti (referente), Cristian Valle; **ASL BI:** Gianna Moggio (referente), Chiara Torelli; **ASL CN1:** Pietro Luigi Devalle (referente), Sara Mattalia, Maria Elena Sacchi, Silvia Cardetti, Paola Rapalino; **ASL CN2:** Giulia Picciotto (referente) Morena De Vecchi; **ASL NO:** Flavia Milan (referente), Patrizia Grossi, Monica Gioria ; **ASL CITTA' DI TORINO:** Filippo De Naro Papa (referente), Daniela Agagliati, Marina Spanu; **ASL TO3:** Giovanna Paltrinieri (referente), Debora Lo Bartolo, Lucia Bioletti, Susanna Spagna; **ASL TO4:** Giuseppe Barone (referente), Manuela Sciancalepore, Simone Depau, Sara Richeda; **ASL TO5:** Carmela Di Mari (referente) Margherita Gulino, Monica Minutolo, Anna Aldrighetti, Claudia Di Turi; **ASL VC:** Gianfranco Abelli (referente), Maria Luisa Berti, Luisa Novella; **ASL VCO:** Giuseppe Cinardo, (referente) Katia Fasolo, Barbara Spadacini.

REGIONE LOMBARDIA

Referenti Regionali:

Corrado Celata, Olivia Leoni, Lucia Crottogini, Claudia Lobascio, Giusi Gelmi, Lucia Pirrone

Ufficio Scolastico Regionale:

USR: Simona Chinelli; **UAT Bergamo:** Ilenia Fontana; **UAT Brescia:** Federica Di Cosimo; **UAT Como:** Jonathan Molteni; **UAT Cremona:** Elisabetta Ferrari; **UAT Lecco:** Marina Ghislanzoni; **UAT Lodi:** Antonio Cremonesi; **UAT Mantova:** Antonella Ferrari; **UAT Monza e Brianza:** Roberto Manna,

Maristella Colombo; **UAT Milano:** Laura Stampini; **UAT Pavia:** Angela Sacchi; **UAT Sondrio:** Annarita Fumarola; **UAT Varese:** Linda Casalini

Professionisti coinvolti:

ATS Bergamo: Giuliana Rocca (referente), Alessandra Maffioletti, Margherita Schiavi; **ATS Brianza:** Manuela Milani (referente), Falsarella Deborah; **ATS Brescia:** Paola Ghidini (referente), Anna Maria Rocco; **ATS Insubria:** Maria Antonietta Bianchi (referente), Frigerio Sara; **ATS della Città Metropolitana di Milano:** Cristina Cassatella (referente); **ATS Montagna:** Maria Stefania Bellesi (referente), Regazzoli Michela, Bernardi Silvia; **ATS Pavia:** Cristina Baggio (referente); **ATS Valpadana:** Laura Rubagotti (referente), Gloria Molinari

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Referente Regionale:

Sabine Weiss

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Referente Regionale:

Maria Grazia Zuccali

Professionisti coinvolti:

Chiara Mocellin, Silvia Molinaro, Laura Battisti, Pirous Fateh-Moghadam

REGIONE VENETO

Referenti Regionali:

Federica Michieletto, Marta Orlando

Professionisti coinvolti:

AULSS 1 Dolomiti: Federica Bianchin, Erica Bino; **AULSS 2 Marca Trevigiana:** Valentina Gobetto, Mauro Ramigni; **AULSS 3 Serenissima:** Stefania Rebuffi; **AULSS 4 Veneto Orientale:** Luana Cibir; **AULSS 5 Polesana:** Sandra Bassini, Annamaria Del Sole, Giliola Rando; **AULSS 6 Euganea:** Marina Casazza, Claudia Cazzaro, Stefania Tessari; **AULSS 7 Pedemontana:** Monica Zamprognà, Elisa Grendene, Lorena Terrin; **AULSS 8 Berica:** Maddalena Ruaro; **AULSS 9 Scaligera:** Anna Sannino, Diana Gazzani, Federica Fedele, Miriam Prestianni

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Referenti Regionali:

Claudia Carletti, Federica Concina, Paola Pani, Luca Ronfani

Professionisti coinvolti:

ASUFC: Donatella Belotti (referente), Martina Piera Lupo; **ASUGI:** Tiziana Longo

REGIONE LIGURIA

Referenti Regionali:

Camilla Sticchi, Laura Pozzo, Federica Varlese

Professionisti coinvolti:

ASL 1: Sabrina Pastorino, Cristina Caprile; **ASL 2:** Marina Astengo, Martina Frattarola; **ASL 3:** Concetta Teresa Saporita, Simona Vassallo, Patrizia Crisci, Paola Del Sette, Anna Alcamo; **ASL 4:** Antonella Carpi, Ester De Nevi; **ASL 5:** Roberta Baldi, Laura Gavarini, Carla Tazzer;

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Referenti Regionali:

Paola Angelini, Serena Broccoli, Marina Fridel

Ufficio Scolastico Regionale:

Chiara Brescianini

Operatori sanitari:

AUSL Piacenza: Dario Signorelli, Cristina Sartori; **AUSL Parma:** Sandra Vattin; **AUSL Reggio Emilia:** Alessandra Palomba, Claudia Della Giustina, Chiara Luppi, Chiara Pellacani; **AUSL Modena:**

Simona Midili, Jenny Pinca; **AUSL Bologna:** Luciana Prete, Sara Princivalle, Tiziana Sanna, Celenza Francesca, Monica Brighetti; **AUSL Imola:** Maria Grazia Cancellieri, Chiara Cenni; **AUSL Ferrara:** Stefania Pacifico, Ambra Tonioli, Federica Sandri, Nicoletta Valente, Francesco De Motoli; **AUSL Romagna ambito Cesena:** Orietta Galassi, Arianna Dimmito, Giampiero Battistini; **AUSL Romagna ambito di Forlì:** Ilaria Macaluso, Ferdinando Mega, Lucrezia Morelli, Alessia Scardovi, Paola Scarpellini, Giorgia Soro; **AUSL Romagna ambito Ravenna:** Andrea di Donato, Clotilde Caccia, Serena Valentini; **AUSL Romagna ambito Rimini:** Anna Capolongo

REGIONE TOSCANA

Referenti Regionali:

Gruppo di coordinamento - CREPS Ricerca Educazione, Prevenzione e Promozione della Salute – Università di Siena: Giacomo Lazzeri, Rita Simi e Dario Lipari

REGIONE UMBRIA

Referenti Regionali:

Marco Cristofori, Carla Bietta

Professionisti coinvolti:

ASL Umbria 1: Francesco Lattanzi; Francesco Cardinalini; Deborah Cesaroni; Roberta Mazzoni; **ASL Umbria 2:** Sonia Bacci; Martina Gradassi; Giada Fioretti; Elisa Marceddu; Cinzia Mari

REGIONE MARCHE

Referenti Regionali:

Elsa Ravaglia, Stefano Colletta, Luca Belli, Martina Dichiarà, Benedetta Rosetti, Giorgio Filipponi

Professionisti coinvolti:

AST Pesaro Urbino: Elsa Ravaglia (referente), Marialuisa Lisi, Silvia Monaldi; **AST Ancona:** Luca Belli (referente), Luana Tantucci, Susy Maria Greganti, Emanuela Bovio, Beatrice Sartini, Isabella Romani; **AST Macerata:** Alessandro Gregori (referente), Carla Patrizietti; **AST Fermo:** Martina Dichiarà (referente); **AST Ascoli Piceno:** Benedetta Rosetti (referente), Paola Puliti, Susanna Specca

REGIONE LAZIO

Referenti Regionali:

Alessandra Barca, Lilia Biscaglia, Giulia Cairella, Maria Teresa Pancallo

Professionisti coinvolti:

ASL Roma 1: Maria Teresa Pancallo, Isabella Settele, Sara Colonnelli; **ASL Roma 2:** Giulia Cairella, Simona Livrieri, Emanuela Cuccù, Giorgia D'Adamo, Isabel Jemina Pincay Herrera; **ASL Roma 3:** Maria Novella Giorgi, Alessandro Santoro Passarelli Vaccaro; **ASL Roma 4:** Valeria Covacci; **ASL Roma 5:** Marco Pascali, Fiorella Fantini, Laura Petrone, Anna Maria Longo, Antonio Di Felice, Giuseppina Del Bove Orlandi, Vito Ruscio; **ASL Roma 6:** Angela De Carolis; **ASL LATINA:** Vincenza Galante; **ASL VITERBO:** Angelita Brustolin, Francesco Di Cesare, Federica Mascagna; **ASL FROSINONE:** Enrico Straccamore, Vincenzo Pizzuti.

REGIONE ABRUZZO

Referenti Regionali:

Ercole Ranalli, Claudia Colleluori, Manuela Di Giacomo

Professionisti coinvolti:

ASL 01 L'Aquila- Avezzano- Sulmona: Maddalena Scipioni (ref. aziendale) Daniela Giagnoli; **ASL 02 Lanciano- Vasto-Chieti:** Claudia Colleluori (ref. aziendale) Ornella Marinelli; **ASL03 Pescara:** Amalia Scuderi (ref. aziendale) Annalisa Esposito, Maria Evangelista

REGIONE MOLISE

Referenti Regionali:

Stefania Matacchione; Ermanno Paolitto; Michele Colitti

Professionisti coinvolti: Stefania Matacchione e il Direttore della SC SIAN Andrea Di Siena

REGIONE CAMPANIA

Referente Regionale:

Gianfranco Mazzarella

Professionisti coinvolti:

ASL Avellino: Gaetano Morrone (referente), Giuseppe De Iesu; **ASL Caserta:** Anna Mangiola (referente); **ASL Napoli 1 Centro:** Rosanna Ortolani, Fabio Iavarone (referenti), Virgilio Rendina, Paola Vairano; **ASL Napoli2 Nord:** Leonilda Pagano (referente); **ASL Napoli 3 Sud:** Pierluigi Pecoraro (referente), Serena Sensi, Lucia Pannone, Teresa Mastrantuono, Martina Esposito; **ASL Salerno:** Anna Luisa Caiazzo (referente), Laura Pezzullo, Gelsomina Lamberti, Rosa D'Alvano, Carmela Lombardi, Lidija Bogdanovic, Michele Ambrosino, Nunzia D'Auria, Adele D'Anna, Simona Albero, Anna Romano, Colella, Francesca Morello, Emilia Lupo.

REGIONE PUGLIA

Referenti Regionali:

Pietro Pasquale, Pina Pacella, Giacomo Domenico Stingi

Professionisti coinvolti:

ASL BA (Area metro): Maria Grazia Forte, Claudia Loconte, Anna Maria De Vanna, (ASL Bari Sud): Francesco Vino; Nicoletta Favuzzi; **ASL BR:** Pasquale Fina, Maria Anna Tomaselli, Roberta Peschechera; **ASL BT:** Tiziana Nugnes; **ASL FG:** Michele Panunzio, Enza Paola Cela; **ASL TA:** Augusto Giorgino, Tiziana Argese, Maria Nella Borsci, Sabrina Liuzzi, Angela Ritella, Antonella Viola; **ASL LE:** Fernanda Mazzeo, Michela Caricato, Daniela Lezzi, Fiorella Manca

REGIONE CALABRIA

Referenti Regionali:

Antonella Cernuzio, Francesco Lucia, Anna Domenica Mignuoli, Filomena Mortati

Professionisti coinvolti:

ASP Catanzaro: Daniela Mamoni; **ASP Cosenza:** Maria Teresa Pagliuso; **ASP Crotone:** Antonella Cernuzio;

REGIONE SICILIA

Referenti Regionali:

Sebastiano Walter Pollina Addario, Maria Paola Ferro, Patrizia Miceli

Ufficio Scolastico Regionale:

Angela Fontana

Professionisti coinvolti:

ASP Agrigento: Valerio Gaglio (referente); **ASL Caltanissetta:** Laura Taibi (referente); **ASL Catania:** Rosanna La Carrubba (referente); **ASP Enna:** Rosa Ippolito (referente), Maria Antonia Merlino; **ASP Messina:** Gaetano Nicodemo (referente), Mattia Papa, Maria Lidia lo Prinzi, Noemi Vacirca; **ASP Palermo:** Giuseppina Galbo (referente); **ASP Ragusa:** Daniela Bocchieri (referente), Grazia Occhipinti, Emanuela Scollo; **ASP Siracusa:** Anna Farinella, Corrado Spatola (referenti), Claudia Cascione, Daniela Giacinti, Giuseppe Nipitella, Viviana Rossitto; **ASP Trapani:** Enrico Alagna (referente), Sebastiano Corso, Tommaso Mangogna

APPENDICE B
Indagine quantitativa:
Nota informativa e consenso informato alla partecipazione,
Questionario per i genitori

B1. Nota informativa sullo studio per i genitori e consenso informato alla partecipazione

Gentili genitori,

lo studio “Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie in Italia”, promosso e finanziato dall’Istituto Superiore di Sanità e svolto in collaborazione con la Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) della Regione europea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, ha lo scopo di conoscere e approfondire gli effetti della pandemia del COVID-19 sugli stili di vita e sul benessere dei bambini e delle loro famiglie.

Il questionario che vi invitiamo a compilare raccoglie informazioni sui cambiamenti del consumo di alcuni alimenti, attività fisica, sedentarietà, quantità di sonno ed alcuni aspetti legati ai periodi di isolamento quali ad esempio didattica a distanza, disponibilità di dispositivi elettronici e connessione Internet.

Le domande presenti nel questionario vengono utilizzate in altri paesi europei e serviranno a capire eventuali differenze negli effetti della pandemia del COVID-19 legate alla variabilità geografica e culturale. La classe terza frequentata da suo figlio/sua figlia è stata selezionata insieme ad altre classi per rappresentare la situazione in Italia.

Il tempo stimato per la compilazione completa del questionario è approssimativamente di 15 minuti.

La decisione di partecipare è libera e personale e non comporta alcun rischio né alcun beneficio personale diretto e immediato, tuttavia le informazioni che fornirà saranno preziose per la buona riuscita dello studio.

In qualsiasi momento può decidere di interrompere la partecipazione senza dover fornire spiegazioni e senza conseguenze di alcun genere.

Prima di accedere al questionario, Le chiediamo di compilare il consenso informato di partecipazione allo studio e, successivamente alla lettura delle informazioni relative alla privacy, il consenso al trattamento dei dati personali.

Il questionario sarà utilizzato in forma anonima per gli scopi dello Studio e sarà garantita la riservatezza delle informazioni.

Contatti per ulteriori informazioni

Se ha ulteriori domande o desidera chiarimenti riguardanti lo studio, può rivolgersi a:

Responsabile Scientifico, Dott.ssa Silvia Ciardullo
 Reparto Salute della Donna e dell’Età Evolutiva
 Centro Nazionale Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute
 Istituto Superiore di Sanità
 Viale Regina Elena 299 - 00161, Roma
 Tel. 06 4990 4033 – e-mail: silvia.ciardullo@iss.it

ÉQUIPE DI RICERCA

Marco Giustini Dipartimento Ambiente e Salute, ISS – e-mail: marco.giustini@iss.it
 Paola Nardone Centro Nazionale Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute, ISS
 e-mail: paola.nardone@iss.it
 Angela Spinelli Co-Responsabile scientifico per COSI-Italia – e-mail: angela.spinelli@iss.it

CONSENSO INFORMATO

Per partecipare all’indagine, per favore dichiarare che tutte le seguenti condizioni sono soddisfatte (tutte le opzioni devono essere selezionate):

- Sono genitore di un bambino/una bambina frequentante la terza classe della scuola primaria statale e/o paritaria delle Regioni e Province Autonome italiane
- Acconsento a partecipare alla compilazione del questionario relativo allo Studio “Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia”

Grazie per la collaborazione

B2. Questionario per i genitori

ALCUNE INFORMAZIONI SUL BAMBINO/SULLA BAMBINA

1) Qual è la sua parentela con il bambino/la bambina?

1. sono la madre
2. sono il padre
3. altro (per favore specificare), io sono: _____

Qual è l'età del bambino/bambina

es. un bambino nato il 16 settembre 2013, il 10 marzo 2022 (data di compilazione del questionario) avrà 8 anni e 5 mesi

1. anni
2. mesi

Il bambino/la bambina è

1. maschio
2. femmina

Le prossime domande riguardano l'impatto della pandemia da COVID-19 sulle abitudini e i comportamenti giornalieri

2) Per favore, indichi ogni mese in cui prevalentemente il bambino/la bambina non ha potuto frequentare la scuola a causa della pandemia COVID-19

(es. a causa del lockdown nazionale, perché residenti in una zona "rossa", perché in quarantena oppure perché la scuola frequentata era chiusa)

Consideri prima l'anno 2020

2. febbraio	3. marzo	4. aprile	5. maggio	6. giugno	7. luglio	8. agosto
9. settembre	10. ottobre	11. novembre	12. dicembre			

Consideri poi l'anno scorso, il 2021

1. gennaio	2. febbraio	3. marzo	4. aprile	5. maggio	6. giugno	7. luglio
8. agosto	9. settembre	10. ottobre	11. novembre	12. dicembre		

In ultimo consideri l'anno in corso, il 2022

1. gennaio	2. febbraio	3. marzo	4. aprile
------------	-------------	----------	-----------

IMPORTANTE

Nelle seguenti domande consideri come "Periodo PRE-COVID" il periodo **prima di marzo 2020** precedente all'inizio della pandemia (o, nei comuni interessati, prima di febbraio 2020) e come "Periodo COVID-19" il periodo in cui il bambino/la bambina è stato/a prevalentemente **a casa a causa del COVID-19** (mesi indicati nella domanda precedente).

3) Il bambino/la bambina, lei, il suo/la sua partner vi siete ammalati di COVID-19 (malattia confermata da un medico e/o dalla positività al test diagnostico)?

	1. Lei	2. Il bambino/ la bambina	3. Il suo/la sua partner	4. Altre persone che convivono con lei e il bambino/la bambina
1. No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sì, con isolamento a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sì, con ricovero in ospedale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Altro, <i>specificare la risposta nel successivo box di testo posto sotto la tabella</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Specificare per favore la risposta "altro" inserita nella tabella precedente: _____

4) Per favore indichi se il consumo dei seguenti cibi del bambino/della bambina è cambiato durante il periodo COVID-19 rispetto a quello del periodo PRE-COVID (diminuito, rimasto uguale o aumentato)

	1. È diminuito in confronto al periodo PRE-COVID	2. È rimasto uguale in confronto al periodo PRE-COVID	3. È aumentato in confronto al periodo PRE-COVID	4. Non so
1. Frutta fresca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verdure (incluse zuppe e passati di verdure ma escluse le patate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pesce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Latticini (es. latte, yogurt, formaggi) e uova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Legumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Snack salati (es. patatine, popcorn, noccioline, crackers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dolci (es. torte, merendine, biscotti, caramelle, gelato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bibite confezionate contenenti zucchero (es. tè, aranciata, cola, succhi di frutta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cereali a colazione (es. corn flakes, muesli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Quanto spesso il bambino/ la bambina mangia cibo che è stato ordinato tramite App e/o tramite altri servizi online di consegna a domicilio?

	PRE-COVID	Periodo COVID-19
1.	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> mai
2.	<input type="checkbox"/> meno di una volta al mese	<input type="checkbox"/> meno di una volta al mese
3.	<input type="checkbox"/> una volta al mese	<input type="checkbox"/> una volta al mese
4.	<input type="checkbox"/> 2-3 volte al mese	<input type="checkbox"/> 2-3 volte al mese
5.	<input type="checkbox"/> una volta a settimana	<input type="checkbox"/> una volta a settimana
6.	<input type="checkbox"/> più di una volta a settimana	<input type="checkbox"/> più di una volta a settimana

6) Per favore, indichi quali dei seguenti comportamenti in una normale settimana durante il periodo COVID-19 siano stati differenti rispetto al periodo PRE-COVID:

	1. Meno che nel periodo PRE-COVID	2. Lo stesso che nel periodo PRE-COVID	3. Più che nel periodo PRE-COVID	4. Non so
1. Comprare cibo regionale/locale nei negozi o mercati locali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Comprare cibo nei supermercati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Comprare cibo online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comprare cibo in grande quantità (per un periodo più lungo di una settimana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mangiare pietanze preparate in casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mangiare cibi precotti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mangiare cibi preparati fuori casa (es. take away, cibi ordinati online o preparati dal ristorante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mangiare insieme in famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fare colazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cucinare insieme a sua/o figlia/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Riutilizzare il cibo avanzato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pianificare gli acquisti e i pasti in anticipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Per favore indichi se durante il periodo COVID-19 alcune abitudini del bambino/della bambina sono cambiate rispetto al periodo PRE-COVID (diminuite, rimaste uguali o aumentate):

	1. È diminuito in confronto al periodo PRE-COVID	2. È rimasto uguale in confronto al periodo PRE-COVID	3. È aumentato in confronto al periodo PRE-COVID	4. Non so
1. Quantità di ore di sonno nei giorni feriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quantità di ore di sonno nel fine settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Più di 3 ore al giorno di tempo trascorso a studiare in casa (incluse ore di scuola online)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tempo trascorso a giocare attivamente/energicamente (es. correndo o saltando all'aperto o muovendosi e facendo giochi di movimento all'interno) al di fuori dell'orario scolastico, nei giorni feriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tempo trascorso a giocare attivamente/energicamente (es. correndo o saltando all'aperto o muovendosi e facendo giochi di movimento all'interno) al di fuori dell'orario scolastico, nel fine settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tempo trascorso a guardare la TV, giocare ai videogiochi o utilizzare i social media per scopi non didattici nei giorni feriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tempo trascorso a guardare la TV, giocare ai videogiochi/ o utilizzare i social media per scopi non didattici nel fine settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Tenendo sempre presente che il periodo PRE-COVID è quello prima di febbraio-marzo 2020 e il periodo COVID-19 sono i mesi che lei ha indicato all'inizio del questionario e in cui il bambino/la bambina è stato a casa a causa del COVID-19, per favore ci dica come lei classificherebbe il peso del suo bambino/della sua bambina:

	1. Periodo PRE-COVID	2. Periodo COVID-19	3. Adesso
1. Sottopeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Normopeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Un po' in sovrappeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Molto in sovrappeso/Obeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Per favore, può indicare il peso e l'altezza del bambino/della bambina, il suo e quello del suo/della sua partner nel periodo attuale?

	1. Il bambino/ la bambina	2. Lei	3. Il suo/la sua partner
1. Peso (kg)	□□□	□□□	□□□
2. Altezza (cm)	□□□□	□□□□	□□□□

10) Come giudicherebbe i comportamenti e i sentimenti del bambino/della bambina durante il periodo PRE-COVID?

	Mai	Raramente	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
1. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva bene e in forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva pieno di energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Il suo bambino/la sua bambina aveva abbastanza tempo per se stesso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Il suo bambino/la sua bambina era in grado di fare le cose che desiderava fare nel tempo libero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva trattato in modo giusto dai genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Il suo bambino/la sua bambina si divertiva con i suoi amici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Il suo bambino/la sua bambina aveva buoni risultati a scuola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Il suo bambino/la sua bambina riusciva a concentrarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Come giudicherebbe i comportamenti e i sentimenti del bambino/della bambina durante il periodo COVID-19 (mesi da lei indicati precedentemente)?

	Mai	Raramente	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
1. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva bene e in forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva pieno di energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Il suo bambino/la sua bambina aveva abbastanza tempo per se stesso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Il suo bambino/la sua bambina era in grado di fare le cose che desiderava fare nel tempo libero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva trattato in modo giusto dai genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Il suo bambino/la sua bambina si divertiva con i suoi amici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Il suo bambino/la sua bambina aveva buoni risultati a scuola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Il suo bambino/la sua bambina riusciva a concentrarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) Durante il periodo COVID-19, il bambino/la bambina ha partecipato a videochiamate (su PC, tablet o smartphone) con amici o parenti (es. nonni, zii, cugini)?

1. Mai
2. Sì, raramente durante la settimana
3. Sì, più volte durante la settimana
4. Sì, almeno una volta al giorno
5. Sì, più volte al giorno

Adesso le faremo alcune domande sull'abitazione nella quale il bambino/la bambina ha trascorso la maggior parte del suo tempo durante il periodo COVID-19

13) Quali conviventi erano presenti in casa? (Consideri l'abitazione nella quale il bambino/la bambina ha trascorso la maggior parte del suo tempo)

1. Padre
2. Madre
3. Fratelli/sorelle → quanti fratelli/sorelle? _____
4. Nonni/e → quanti nonni/e? _____
5. Altro, specificare: _____

14) Oltre al bambino alla bambina rispetto al quale sta compilando il questionario, quanti altri bambini/altre bambine con meno di 14 anni erano presenti in casa? (Consideri l'abitazione nella quale il bambino/la bambina ha trascorso la maggior parte del suo tempo)

1. Nessuno
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4
6. 5 o più

15) Quanti m2 misurava la casa? (Inserire anche i m2 indicativi, qualora non fosse a conoscenza della misura precisa) (Consideri l'abitazione nella quale il bambino/la bambina ha trascorso la maggior parte del suo tempo)

16) La casa presentava spazi esterni (es. giardino, balcone, terrazzo)? (Consideri l'abitazione nella quale il bambino/la bambina ha trascorso la maggior parte del suo tempo)

1. Sì, spazi ampi abitabili
2. Sì, spazi ridotti non abitabili
3. Nessuno spazio esterno

Adesso le faremo alcune domande sulla didattica a distanza (DAD) e sull'aiuto della scuola durante il periodo COVID-19:

17) La scuola frequentata dal bambino/dalla bambina ha offerto la possibilità della DAD?

Se la risposta è [1] passare direttamente alla domanda 20

1. Mai
2. Sì, ma solo qualche giorno a settimana
3. Sì, tutti i giorni della settimana, ma solo per un numero limitato di ore
4. Sì, tutti i giorni della settimana per un numero adeguato di ore

18) Il bambino/la bambina ha partecipato alle attività in DAD?

1. Sì, sempre o la maggior parte delle volte
2. Mai o quasi mai

19) Può indicarci i motivi per cui il bambino/la bambina non ha partecipato alle attività in DAD organizzate dalla scuola?

1. Mancanza di un dispositivo elettronico su cui seguire le lezioni
2. Mancanza di una connessione internet adeguata
3. Mancanza di uno spazio nell'abitazione adeguato a far seguire le lezioni online
4. Difficoltà del bambino/della bambina nel seguire le lezioni online
5. Altro, specificare: _____

20) In che modo la scuola ha aiutato la sua famiglia?

1. Ha fornito un dispositivo elettronico (PC, tablet, smartphone) per lo svolgimento dell'attività in DAD?
2. Ha aiutato lei e il suo/la sua partner per l'apprendimento del bambino/della bambina a casa
3. Ha fornito, laddove necessario, un aiuto didattico aggiuntivo
4. Ha aiutato lei e il suo/la sua partner in materia di salute e benessere
5. Non è stato necessario alcun tipo di aiuto da parte della scuola
6. Altro, specificare: _____

21) Durante il periodo COVID-19, in che misura lei o il suo/la sua partner siete stati in grado di fornire al suo bambino/alla sua bambina?

	1. Per niente	2. Poco	3. In parte	4. In buona parte	5. In larga parte
1. supporto per seguire le lezioni da remoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. supporto per svolgere i compiti assegnati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. supporto tecnico/ informatico per partecipare alle lezioni da remoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adesso le faremo alcune domande sull'attività fisica:

22) Durante il periodo PRE-COVID il bambino/la bambina svolgeva attività fisica organizzata (sport)?

1. Sì
2. No

23) Durante il periodo COVID-19 per quanti mesi il bambino/la bambina ha dovuto sospendere l'attività fisica organizzata (sport) per motivi legati al COVID-19?

1. numero mesi |__|__|

Adesso qualche domanda sui genitori:

24) Nazionalità della Madre

1. Italiana
2. Straniera, specificare la nazionalità: _____
3. Figura non presente

Titolo di studio della Madre

1. Nessuno
2. Scuola primaria (da 6 a 11 anni)
3. Scuola secondaria di primo grado (da 11 a 14 anni)
4. Scuola secondaria di secondo grado (da 14 a 19 anni)
5. Laurea
6. Master/Dottorato/Specializzazione

Nazionalità del Padre

1. Italiana
2. Straniera, specificare la nazionalità: _____
3. Figura non presente

Titolo di studio del Padre

1. Nessuno
2. Scuola primaria (da 6 a 11 anni)
3. Scuola secondaria di primo grado (da 11 a 14 anni)
4. Scuola secondaria di secondo grado (da 14 a 19 anni)
5. Laurea
6. Master/Dottorato/Specializzazione

25) Durante il periodo COVID-19, quale tra le seguenti fonti web ha consultato con più frequenza, per informarsi sulla pandemia?

1. Quotidiani online
2. Siti web governativi e/o istituzionali
3. Social network
4. Altro, specificare: _____

26) Durante il periodo COVID-19, ha consultato online materiale informativo su come promuovere l'attività fisica nei bambini/nelle bambine e/o proporre loro una corretta alimentazione?

1. Sì
2. No

Specificare il materiale e la fonte: _____

27) Per favore ci può dire la sua occupazione e quella del suo/della sua partner nel periodo PRE-COVID e nel periodo COVID-19 (ricordi sempre che il periodo PRE-COVID è quello prima di febbraio/marzo 2020 e il periodo COVID-19 sono i mesi da lei indicati in all'inizio del questionario)

	Periodo PRE-COVID		Periodo COVID-19	
	1. Lei	2. Il suo/la sua partner	1. Lei	2. Il suo/la sua partner
1. Casalinga/o a tempo pieno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lavoratore/Lavoratrice a tempo pieno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lavoratore/Lavoratrice part-time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Disoccupata/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Studente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nessuna occupazione per malattia o disabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pensionato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28) Indichi l'organizzazione del suo lavoro e di quello del suo/della sua partner durante il periodo COVID-19:

	1. Lei	2. Il suo/la sua partner
1. Attività lavorativa svolta in casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(smart-working)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Attività lavorativa svolta in sede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Attività lavorativa svolta parzialmente in casa e parzialmente in sede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Altro, specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29) Con i soldi a disposizione (da reddito proprio o familiare), come arrivava la sua famiglia a fine mese nel periodo PRE-COVID e nel periodo COVID-19? Per favore, fornisca una risposta per ogni periodo.

	1. Periodo PRE-COVID	2. Periodo COVID-19
1. Molto facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Abbastanza facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Con qualche difficoltà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Con molte difficoltà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Non so/Non rispondo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30) La sua famiglia ha ricevuto qualche aiuto economico (es. dalla Stato, dalle Regioni) a causa della pandemia da COVID-19?

1. Sì
2. No

APPENDICE C
Indagine qualitativa:
Nota informativa e consenso informato alla partecipazione,
Questionari socio-anagrafici, Guide per la facilitazione
dei focus group

C1. Nota informativa sullo studio per i partecipanti ai Focus Group e consenso informato alla partecipazione

Gentili partecipanti,

lo studio “Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie in Italia”, promosso e finanziato dall’Istituto Superiore di Sanità e svolto in collaborazione con la Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) della Regione europea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, ha lo scopo di conoscere e approfondire gli effetti della pandemia del COVID-19 sugli stili di vita e sul benessere dei bambini e delle loro famiglie.

Le chiediamo di partecipare a un incontro (Focus Group) durante il quale, insieme a un gruppo di 12-15 persone, saranno discussi i temi sopra indicati. La discussione sarà libera e ciò che è d’interesse sono le Sue opinioni. L’incontro avrà una durata di circa 90 minuti e sarà facilitato da una ricercatrice dell’Istituto Superiore di Sanità.

Il Focus Group sarà online e attraverso un link potrà collegarsi alla piattaforma Starleaf dell’Istituto Superiore di Sanità dove si terrà l’incontro. Il Focus Group sarà registrato sul server dell’Istituto Superiore di Sanità; ne sarà estratto il contenuto audio che sarà trascritto e utilizzato in forma anonima per gli scopi dello studio.

La decisione di partecipare è libera e personale e non comporta alcun rischio né alcun beneficio personale diretto e immediato, tuttavia le informazioni che fornirà saranno preziose per la buona riuscita dello Studio.

In qualsiasi momento può decidere di interrompere la partecipazione senza dover fornire spiegazioni e senza conseguenze di alcun genere.

Ora Le chiediamo di compilare il consenso informato di partecipazione allo studio e, successivamente alla lettura delle informazioni relative alla privacy, il consenso al trattamento dei dati personali prima di procedere con la compilazione di una breve scheda di dati socio-anagrafici, necessari per la partecipazione al Focus Group.

I dati raccolti attraverso il Focus Group saranno utilizzati in forma anonima per gli scopi dello studio e sarà garantita la riservatezza delle informazioni.

Contatti per ulteriori informazioni

Se ha ulteriori domande o desidera chiarimenti riguardanti lo studio, può rivolgersi a:

Responsabile Scientifico, Dott.ssa Silvia Ciardullo
 Reparto Salute della Donna e dell’Età Evolutiva
 Centro Nazionale Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS)
 Istituto Superiore di Sanità
 Viale Regina Elena 299 - 00161, Roma
 Tel. 06 4990 4033 – e-mail: silvia.ciardullo@iss.it

ÉQUIPE DI RICERCA

Chiara Cattaneo CNaPPS, ISS – e-mail: chiara.cattaneo@iss.it
 Angela Giusti CNaPPS, ISS – e-mail: angela.giusti@iss.it
 Amalia Egle Gentile Centro Nazionale Malattie Rare, ISS – e-mail: amalia.gentile@iss.it
 Ilaria Luzi CNaPPS, ISS – e-mail: ilaria.luzi@iss.it
 Francesca Zambri CNaPPS, ISS – e-mail: francesca.zambri@guest.iss.it

CONSENSO INFORMATO

Per partecipare all’indagine, per favore dichiarare che tutte le seguenti condizioni sono soddisfatte (tutte le opzioni devono essere selezionate):

- Sono genitore di un bambino/una bambina frequentante la terza classe della scuola primaria statale e/o paritaria delle Regioni e Province Autonome italiane
- Sono insegnante di un bambino/una bambina frequentante la terza classe della scuola primaria statale e/o paritaria delle Regioni e Province Autonome italiane
- Sono professionista sanitario, sociale, mediatore/mediatrice culturale, persona coinvolta in attività di Organizzazioni non Governative e terzo settore e legato alla scuola selezionata
- Acconsento a partecipare al Focus Group relativo allo Studio “Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia”

Grazie per la collaborazione

C2. Questionari socio-demografici

SCHEDA DATI SOCIO-DEMOGRAFICI (GENITORI)

Indagine qualitativa sugli effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia

INFORMAZIONI PRIVACY

https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/Informativa_privacy_e_consenso_al_trattamento_dei_dati_personali_Componente_B.pdf

* Obbligatoria

CONSENSO INFORMATO ALLA PARTECIPAZIONE

1. Dichiaro di: *

- Essere genitore di un bambino/una bambina frequentante la terza classe della scuola primaria statale e/o paritaria delle Regioni e Province Autonome italiane
- Essere insegnante di un bambino/una bambina frequentante la terza classe della scuola primaria statale e/o paritaria delle Regioni e Province Autonome italiane
- Essere professionista sanitario, sociale, mediatore/mediatrice culturale, persona coinvolta in attività di Organizzazioni non Governative e terzo settore e legato alla scuola selezionata

2. Acconsente a partecipare al Focus Group relativo allo Studio **“Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia”?** *

- Acconsento
- Non acconsento

SCHEDA DATI SOCIO-DEMOGRAFICI (BAMBINI-BAMBINE)

1. Et  del/della bambino/bambina: _____

2. Sesso

M

F

3. Nazionalit : _____

4. Regione di provenienza: _____

5. Area di domicilio

Grande centro urbano (es. Milano, Roma, Palermo)

Centro urbano di medie dimensioni (es. Modena, Viterbo, Vicenza)

Piccolo centro urbano (piccolo comune)

SCHEDA DATI SOCIO-DEMOGRAFICI (INSEGNANTI)

Indagine qualitativa sugli effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia

INFORMAZIONI PRIVACY

https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/Informativa_privacy_e_consenso_al_trattamento_dei_dati_personali_Componente_B.pdf

* Obbligatoria

CONSENSO INFORMATO ALLA PARTECIPAZIONE

1. Dichiaro di: *

- Essere genitore di un bambino/una bambina frequentante la terza classe della scuola primaria statale e/o paritaria delle Regioni e Province Autonome italiane
- Essere insegnante di un bambino/una bambina frequentante la terza classe della scuola primaria statale e/o paritaria delle Regioni e Province Autonome italiane
- Essere professionista sanitario, sociale, mediatore/mediatrice culturale, persona coinvolta in attività di Organizzazioni non Governative e terzo settore e legato alla scuola selezionata

2. Acconsente a partecipare al Focus Group relativo allo Studio **“Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia”**? *

- Acconsento
- Non acconsento

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI FINI DELLA PARTECIPAZIONE ALLO STUDIO

"Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia"

3. Il sottoscritto/la sottoscritta (NOME COGNOME) *

4. In qualità di *

- Insegnante
- Genitore
- Professionista

5. Nato/a a: *

6. Data di nascita *



7. Città di residenza *

8. Via *

9. In qualità di soggetto partecipante al Focus Group dello Studio "Indagine qualitativa sugli effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia"

DICHIARA

di aver letto e compreso per intero il documento informativo riguardante la raccolta, la conservazione e l'utilizzo, anche futuro, dei dati personali.

Dichiara, inoltre, di aver letto e compreso le finalità e le modalità del trattamento dei dati personali e di aver avuto sufficiente tempo per decidere, liberamente e volontariamente, se prestare o meno il consenso.

*

Acconsente a partecipare al Focus Group relativo allo Studio "Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia"

SI

NO

10. **Acconsente** al trattamento dei dati personali per le finalità indicate nelle informazioni privacy al punto n. 1 da parte dell'ISS. *

SI

NO

11. **Acconsente**, inoltre, al trattamento dei dati personali secondo le modalità di cui alle informazioni privacy al punto n. 3. *

SI

NO

DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

12. Et  *

Il valore deve essere un numero

13. Sesso *

M

F

14. Nazionalit  *

15. Regione di provenienza *

16. Stato civile *

- Celibe/nubile
- Convivente/Coniugata/o
- Separato/divorziato/a

17. Ha figli *

- SI
- NO

18. Se sì, quanti? *

Il valore deve essere un numero

19. Età figli (specificare età di ciascun figlio) *

20. Disciplina insegnata *

21. Anni di lavoro da insegnante *

Il valore deve essere un numero

22. Area in cui si trova la sua scuola *

- Grande centro urbano (es. Milano, Roma, Palermo)
- Centro urbano di medie dimensioni (es. Modena, Viterbo, Vicenza)
- Piccolo centro urbano (piccolo comune)

SCHEDA DATI SOCIO-DEMOGRAFICI (RISPONDENTI-CHIAVE)

Indagine qualitativa sugli effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia

INFORMAZIONI PRIVACY

https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/Informativa_privacy_e_consenso_al_trattamento_dei_dati_personali_Componente_B.pdf

* Obbligatoria

CONSENSO INFORMATO ALLA PARTECIPAZIONE

1. Dichiaro di: *

- Essere genitore di un bambino/una bambina frequentante la terza classe della scuola primaria statale e/o paritaria delle Regioni e Province Autonome italiane
- Essere insegnante di un bambino/una bambina frequentante la terza classe della scuola primaria statale e/o paritaria delle Regioni e Province Autonome italiane
- Essere professionista sanitario, sociale, mediatore/mediatrice culturale, persona coinvolta in attività di Organizzazioni non Governative e terzo settore e legato alla scuola selezionata

2. Acconsente a partecipare al Focus Group relativo allo Studio **“Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia”**? *

Acconsento

Non acconsento

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI FINI DELLA PARTECIPAZIONE ALLO STUDIO

"Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia"

3. Il sottoscritto/la sottoscritta (NOME COGNOME) *

4. In qualità di *

- Insegnante
- Genitore
- Professionista

5. Nato/a a: *

6. Data di nascita *

7. Città di residenza *

8. Via *

9. In qualità di soggetto partecipante al Focus Group dello Studio "Indagine qualitativa sugli effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia"

DICHIARA

di aver letto e compreso per intero il documento informativo riguardante la raccolta, la conservazione e l'utilizzo, anche futuro, dei dati personali.

Dichiara, inoltre, di aver letto e compreso le finalità e le modalità del trattamento dei dati personali e di aver avuto sufficiente tempo per decidere, liberamente e volontariamente, se prestare o meno il consenso. *

Accosente a partecipare al Focus Group relativo allo Studio "Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia"

SI

NO

DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

12. Et  *

Il valore deve essere un numero

13. Sesso *

M

F

14. Nazionalit  *

15. Regione di provenienza *

16. Professione *

17. Ente di appartenenza *

18. Area di domicilio *

- Grande centro urbano (es. Milano, Roma, Palermo)
- Centro urbano di medie dimensioni (es. Modena, Viterbo, Vicenza)
- Piccolo centro urbano (piccolo comune)

C3. Studio EPaS-ISS: guida per la facilitazione

Guida per Focus group (adulti e adulte)

<i>Saluti ai/alle partecipanti</i>	Buongiorno a tutte/i e grazie per aver accettato di dedicarci un po' del vostro tempo partecipando a questo incontro.
<i>Presentazione conduttrice e osservatrice</i>	Io sono (NOME), lavoro all'Istituto Superiore di Sanità e oggi sono qui per facilitare questo incontro. Con me c'è la collega (NOME), che è qui per prendere nota dei punti salienti della discussione.
<i>Compilazione della modulistica richiesta</i>	<p>Prima di entrare nel merito dell'incontro, torno un attimo sulla questione del trattamento dei dati personali. Dovreste aver acconsentito alla partecipazione, ma anche autorizzato il trattamento dei dati. Questo aspetto è essenziale per partecipare alla discussione di oggi. È possibile che una eventuale incertezza possa derivare dall'acconsentire la registrazione. Questo aspetto è però necessario perché ci servirà per poter utilizzare ai fini dello studio tutto ciò che verrà discusso, per noi sarebbe infatti materialmente impossibile prendere nota di tutto. Ovviamente, tutto quanto direte sarà confidenziale e anonimo.</p> <p>(NB: nel caso in cui qualcuna/o dei partecipanti non avesse compilato il form: “Invito chi non l'avesse ancora fatto e volesse però partecipare allo studio, di ricompilare ora il modulo online, dando l'assenso anche al trattamento dei dati personali, potete farlo attraverso il link che vi abbiamo inviato in chat.</p> <p>Purtroppo devo chiedere a chi non rilascia autorizzazione al trattamento dati non potrà partecipare all'incontro”</p> <p>“Chiedo a tutte/i un po' di pazienza, tra 5 minuti possiamo iniziare”.</p> <p>“Bene, vi ringrazio per la pazienza, ora possiamo iniziare”)</p>
<i>Presentazione degli obiettivi (adattare allo specifico target)</i>	Come avrete letto nell'informativa, obiettivo principale di questo studio è esplorare gli effetti della pandemia e dell'isolamento che ne è derivato sul benessere di bambine e bambini e delle loro famiglie.
<i>Descrizione del metodo</i>	<p>Due parole su come si svolgerà l'incontro di oggi.</p> <p>La discussione durerà circa 1 ora e mezza, vi porrò alcune domande alle quali potrete rispondere liberamente. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, non dobbiamo arrivare a una conclusione unitaria e condivisa, ma ci interessano le opinioni di tutti, anche se presentano punti di vista diversi fra loro.</p> <p>Per quanto mi riguarda, interverrò sia per porvi le domande sia per far sì che tutti possano parlare e che rispettiamo i tempi della discussione.</p> <p>La piattaforma non mi permette di vedere tutti i vostri visi in una sola schermata, se volete potete quindi alzare la mano per prenotarvi o parlare a turno e attivando di volta in volta il microfono quando necessario.</p> <p>Suggerisco di silenziare i cellulari, in modo da non essere disturbati durante la discussione.</p>
<i>Presentazione dei partecipanti</i>	<p>Se siete d'accordo, prima di iniziare con le domande farei un giro di presentazioni ciascuno presentandosi brevemente.</p> <p><u>Benissimo, vi ringrazio, un'ultima questione, volevo chiedervi se preferite che ci diamo del “tu” o se preferite il “lei”</u></p>

Obiettivi e schema delle domande

Tema 1. Esplorare i principali problemi e gli effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia.

1. **Secondo voi, quali sono stati gli effetti della pandemia e dell'isolamento sui comportamenti di bambine e bambini, in generale, e nello specifico riguardo ai comportamenti di salute?** *(Dal vostro punto di vista, quali sono stati i problemi principali legati alla pandemia e all'isolamento nel contesto scolastico, e in particolare, per i bambini/le bambine e le loro famiglie, quali aspetti avete colto?)*
 - a. Rispetto al **benessere psico-fisico?**

Tema 2. Rispetto alle ricadute della pandemia da COVID-19 nella vita di bambine e bambini, esplorare i bisogni espressi e inespressi, le aspettative soddisfatte e disattese.

2. **Dal vostro punto di vista, quali sono stati i bisogni specifici delle bambine e dei bambini?**
 - a. **Secondo voi, le bambine/i bambini sono state/i in grado di esprimere i propri bisogni?**
 - b. Quali erano le vostre aspettative, rispetto quanto riportato, descritto, illustrato finora?
 - c. **In che modo i servizi/la scuola/la comunità hanno risposto ai bisogni emergenti delle bambine e dei bambini e delle loro famiglie?**

Tema 3. Rispetto agli effetti della pandemia da COVID-19 nella vita di bambine e bambini, esplorare quali sono state le risorse messe in campo da bambini/e e famiglie e quali le strategie di successo.

3. **Rispetto agli effetti della pandemia da COVID-19 nella vita di bambine e bambini, quali sono state le risorse messe in campo da bambini/e e famiglie?**
 - a. Nell'ambito delle risorse messe in campo, avete fatto ricorso ad attività artistiche e culturali? *(eventuali esempi: disegno, pittura, musica, teatro, visite virtuali a musei)*

Tema 4. Raccomandazioni per il futuro – Cosa abbiamo imparato – Gli errori da non ripetere

4. **Volendo fare una riflessione finale, secondo voi cosa ha funzionato nella protezione e promozione del benessere psico-fisico di bambine e bambini durante la pandemia? Quali le strategie di successo?**
 - a. Quali lezioni abbiamo imparato?
 - b. Quali sono gli errori da non ripetere?

Conclusione e ringraziamenti

Siamo al termine del nostro incontro.

Prima di chiudere, vi volevo chiedere se volete aggiungere qualche idea ulteriore rispetto a quanto già detto? Qualcosa che pensate sia importante e non vi è stato chiesto.

Grazie per averci dedicato il vostro tempo.
Arrivederci

Guida per Focus group (bambini e bambine)

<i>Compilazione della modulistica richiesta</i>	Mentre i genitori arrivano far compilare consenso informato e questionario
<i>Saluti ai/alle partecipanti</i>	Ciao a tutte bambine e bambini!
<i>Presentazione conduttrice e osservatrice</i>	Mi chiamo (NOME) e lei/lui è (NOME), siamo stati invitati nella vostra scuola per conoscervi un po'.
<i>Presentazione degli obiettivi (adattare allo specifico target)</i>	Siamo qui con voi oggi per passare un po' di tempo insieme, facendo dei disegni e raccontandoci delle storie. Tutto ciò che direte ci servirà per fare una ricerca, uno studio.
<i>Descrizione del metodo</i>	<p>Ci piacerà parlare con voi e sentire i vostri racconti. Faremo anche dei disegni insieme.</p> <p>Come si svolgerà la nostra chiacchierata. Vi chiederò prima di fare un disegno al banco, e poi di metterci in cerchio e di raccontare una storia sulla base di quello che avete disegnato.</p> <p>Sentitevi liberi di disegnare e raccontare quello che volete, solo noi vedremo i disegni. È importante ascoltare il racconto di tutte/i, per cui cerchiamo di lasciare a tutte/i il tempo di parlare, tanto ognuna/o di voi avrà il tempo di farlo.</p> <p>Qui al centro vedete un registratore che ci servirà per non perdere nemmeno uno dei racconti che ci scambieremo.</p>
<i>Presentazione dei partecipanti</i>	Prima di iniziare ci possiamo presentare. Vi chiedo di dire il vostro nome, quanti anni avete e da quale classe della scuola venite.

Obiettivi e schema delle domande

Tema 1. Esplorare i principali problemi e gli effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia.

SEDUTI AL BANCO**Riscaldamento**

Per iniziare, volevo chiedervi quale è la cosa che preferite fare. Cosa vi piace di più.

Introduzione

Come sapete, abbiamo vissuto un periodo particolare a causa del Coronavirus/Covid. Ne avete sentito parlare a casa o a scuola?

1^a consegna

Oggi vorremo approfondire con voi questo argomento e ascoltare da voi quali pensieri avete a riguardo, che cosa è successo a scuola e a casa durante il Coronavirus/Covid.

Per descrivere meglio alcuni aspetti di quello che è successo durante il Coronavirus/Covid, vi chiedo di fare un disegno che ci racconti di voi in questo periodo.

Vi ricordate tutto è iniziato due anni fa, quando eravate in prima elementare, la scuola è stata chiusa e tutti siamo dovuti restare in casa. Vi ricordate come si chiamava questo periodo? [...]

Poi siete tornati a scuola, tutti abbiamo continuato a indossare le mascherine, a distanziarci l'uno dall'altro, a lavarci più spesso le mani.

Altre volte ancora avete seguito le lezioni da casa.

Ecco, vi chiediamo di fare un disegno che ci racconti come avete passato questo periodo, di disegnare qualcosa che vi è rimasto particolarmente impresso, che vi ricordate bene.

Ci diamo circa dieci minuti per disegnare. Non c'è bisogno di mettere tanti particolari, avrete modo di aggiungerli in un secondo momento. Vi chiedo di utilizzare per il momento solo la matita per disegnare, i colori li useremo dopo.

SEDUTI IN CERCHIO

Adesso prendete il vostro disegno e le vostre matite colorate e mettiamoci qui in cerchio così che possiamo vederci tutti quanti, lasciamo sempre una certa distanza l'uno dall'altro.

Ecco ora vi chiedo, una/o alla volta, di raccontare il vostro disegno a noi e ai vostri compagni di scuola. Di raccontare la storia del bambino o della bambina che avete disegnato, dicendo dove si trova, cosa sta facendo. Iniziamo qui alla mia sinistra? (oppure "Chi vuole iniziare a raccontare?").

a. Quali desideri/sogni ha questo bambino? Ne ha parlato con qualcuno o li ha tenuti per sé?

Tema 2. Rispetto alle ricadute della pandemia da COVID-19 nella vita di bambine e bambini, esplorare i bisogni espressi e inespressi, le aspettative soddisfatte e disattese.

2ª consegna

Vi chiedo adesso di aggiungere al vostro disegno un particolare, un cambiamento causato dal Coronavirus/Covid che non vi è piaciuto, qualcosa che vi è mancato. **Quindi, qualcosa che è cambiato nelle vostre giornate o in quelle delle vostre famiglie. Qualcosa che non vi è piaciuto o che vi è mancato, che vi ha fatto provare un'emozione spiacevole.**

Mi raccomando, se c'è qualcosa di poco chiaro in quello che ho detto, chiedete pure spiegazioni.

(Dopo 2 minuti aggiungere) Potete colorare questo particolare. Un colore che possa esprimere anche la vostra sensazione, l'emozione che avete provato.

Tema 3. Rispetto agli effetti della pandemia da COVID-19 nella vita di bambine e bambini, esplorare quali sono state le risorse messe in campo da bambini/e e famiglie e quali le strategie di successo.

3ª Consegna:

Avete finito tutte/i?

Bene, grazie, adesso vi chiedo un'altra cosa, di aggiungere al vostro disegno un altro particolare, un cambiamento causato dal Coronavirus, dal Covid qualcosa che vi è piaciuto, che vi è stato di aiuto. Qualcosa che è cambiato nelle vostre giornate o in quelle delle vostre famiglie, ma che per voi è stato di aiuto per affrontare il momento, qualcosa di piacevole o bello.

(Dopo 2 minuti aggiungere) Come prima, **potete colorare questo particolare. Un colore che possa esprimere anche la vostra sensazione, l'emozione che avete provato.**

Prendetevi ancora qualche minuto per fare queste due aggiunte.

Adesso sempre a turno, vi chiedo di raccontare, dirci cosa avete disegnato. Questa volta iniziamo il giro partendo alla mia destra?

- C'è qualcosa che i vostri familiari hanno fatto per voi che vi ha fatto piacere?
- C'è qualcosa che la scuola ha fatto per voi che vi ha fatto piacere?

Tema 4. Raccomandazioni per il futuro – Cosa abbiamo imparato – Errori da non ripetere

Tutte le storie alla fine si chiudono con un insegnamento, tutte le storie ci trasmettono, ci fanno pensare qualcosa o possono avere per noi un significato.

Ecco, secondo voi, qual è la cosa più importante che avete imparato da questo periodo e dalle storie che avete raccontato. (Il significato, il senso dell'esperienza che avete vissuto durante il Coronavirus-Covid?).

Vi diamo qualche minuto per pensarci.

(Vi chiedo di scrivere dietro al vostro disegno, in breve, quello che avete imparato da questa esperienza del Coronavirus)

Ci avete pensato? Qualcuno vuole iniziare a leggere/raccontare?

Se aveste la bacchetta magica, cosa vorreste cambiare per stare meglio, per essere più felici?

Conclusioni e ringraziamenti

Siamo arrivati alla fine del nostro incontro. Prima di chiudere, qualcuno di voi vuole aggiungere qualcosa a quanto già raccontato? Vi è venuto in mente qualcos'altro?

Voglio ringraziarvi per essere stati qui e aver fatto queste attività insieme. Ci ha fatto molto piacere conoscervi e ascoltare i vostri pensieri e le vostre storie!

Ciao, e grazie ancora!

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di dicembre 2023, 7° Suppl.*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, dicembre 2023