



104 Lavoro: mettiamoci al lavoro!”⁵¹.

Prosegue la Campagna Nazionale per la difesa del latte materno dai contaminanti ambientali, attivata nel 2012⁵².

Considerato quanto sopra, **il Gruppo CRC raccomanda:**

1. Al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, al Ministero della Salute e alle Regioni, la piena applicazione delle Linee di indirizzo nazionali su protezione, promozione e sostegno dell'AL, con un monitoraggio nazionale dei tassi di AL, l'attuazione di politiche e azioni concrete, coerenti e coordinate – volte a favorire l'AL – e l'implementazione di programmi come *Guadagnare Salute* e il percorso *Ospedali&Comunità Amici dei Bambini*; l'adeguamento di tutti i provvedimenti nazionali, regionali e locali ai principi del *Codice* e successive Risoluzioni; interventi per favorire la pratica dell'AL, mediante azioni di sensibilizzazione, campagne d'informazione e attività formative (anche coinvolgendo il MIUR, mediante attività produttive e campagne pubblicità-progresso); il rafforzamento della sorveglianza delle violazioni ai regolamenti commerciali vigenti in materia di sostituti del latte materno, alimenti per l'infanzia, biberon e tettarelle, e la garanzia che tali norme siano regolarmente monitorate e che vengano intraprese azioni nei riguardi di coloro che le violano;

2. Al MIUR, un aggiornamento dei programmi scolastici e universitari sull'AL, per tutti i gradi e ordini dell'istruzione, comprese le professioni medico-sanitarie e bio-psico-socio-educative;

3. Alla Presidenza RAI, affinché vigili con maggiore attenzione sui contenuti delle trasmissioni dedicate all'alimentazione nella prima infanzia e controlli che siano coerenti con le Linee Guida ministeriali

in considerazione del fatto che il Ministero della Salute “auspica che i mezzi di comunicazione di massa rappresentino l'allattamento al seno come il modo naturale e normale per l'alimentazione nella prima infanzia”.

4. IL DIRITTO DEI BAMBINI ALLA CONTINUITÀ E QUALITÀ DELLE CURE

48. Il Comitato raccomanda che l'Italia prenda provvedimenti immediati per promuovere standard comuni nei servizi di assistenza sanitaria per tutti i bambini in tutte le Regioni e che:

- a) proceda a un'analisi dell'applicazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008 con riferimento al diritto dei bambini alla salute;
- b) definisca senza indugio i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) per quanto riguarda le prestazioni dal momento del concepimento all'adolescenza;
- c) migliori i programmi di formazione per tutti i professionisti che operano in ambito sanitario in conformità con i diritti dell'infanzia.

CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 48, lett. a), b), c)

Neonati e cure neonatali

Sebbene non ci siano evidenze scientifiche che mostrino una diretta correlazione tra crisi economica e **calo delle nascite**, in Europa, a partire dal 2009 – anno di massima evidenza della crisi – il tasso di fertilità ha cominciato a decrescere progressivamente. In Italia nel 2013, per il quinto anno consecutivo, le nascite sono diminuite (514.000). Le nuove nascite sono riferibili a donne italiane per l'80% e oltre il 20% è rappresentato da bambini nati da coppie straniere o miste, con un aumento dei nuovi nati tra il 2008 e il 2012 che supera le 10.000 unità. Nelle Regioni del Centro-Nord, dove l'emigrazione è più stabile e radicata, la percentuale di nascita da coppie straniere o miste è più accentuata: un bimbo su cinque

⁵¹ Vd. Movimento Allattamento Materno Italiano: www.mami.org.

⁵² Campagna nazionale per la difesa del latte materno dai contaminanti ambientali: <http://difesalattematerno.wordpress.com/>.



in Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia ha almeno un genitore straniero, al contrario del Sud dove solo il 5% dei bimbi nasce da genitori stranieri. Le mamme più numerose sono rumene (quasi 20.000 neonati nel 2013), poi marocchine (12.778), albanesi (9.996) e cinesi (5.204). Le mamme di queste quattro nazionalità costituiscono il 45% di tutte le mamme straniere. Diminuisce anche il tasso di fecondità, che scende da 1,42 a 1,39 nell'arco di un anno (2012-2013), riducendosi sia per le donne italiane che per quelle straniere (da 1,34 a 1,29 per le prime e da 2,65 a 2,10 per le seconde), contro una media europea di 1,58⁵³. Si tratta di una tendenza di cui occorre tener conto, non solo in termini strettamente sanitari, ma soprattutto nell'ambito della discussione aperta sulla necessità di riformare la legge sulla cittadinanza⁵⁴.

Cambiano anche **le famiglie**. Nel 2013 sono circa 133.000 i bambini generati da coppie non sposate (26% del totale), rappresentando il triplo del dato registrato nel 1995. Il numero totale delle famiglie è in crescita, mentre diminuisce la loro dimensione: sono in aumento le coppie senza figli (dal 28,7% del 2012 al 29,3% dell'anno successivo, per un totale di 4.852.000 nuclei familiari). Anche questo dato potrebbe essere correlato con il contesto di recessione economica e di crisi occupazionale che si registra nel nostro Paese, e impone un'attenta riflessione sulla salvaguardia del posto di lavoro per le madri.

Oggi **il tasso di mortalità** sotto i 5 anni, in Italia è inferiore a quello medio europeo e a quello degli USA. Il dato relativo alla mortalità sotto il primo anno di vita si attesta al 3,3 per mille (2,9 per bambini residenti italiani e 4,3 stranieri)⁵⁵. La progressiva riduzione della mortalità infantile nel primo anno di vita ha però un andamento diverso nelle Regioni italiane, poiché nell'area meridionale si registra un tasso di mortalità superiore del 30% rispetto alle

Regioni del Centro-Nord. Si può ipotizzare che al di là delle differenze di ordine sociale ed economico questo **trend relativo alla mortalità infantile nel Mezzogiorno** possa essere ascrivibile anche a un'insufficiente organizzazione delle cure perinatali. **Appare chiara la necessità di "umanizzare e rendere più sicuri" i percorsi nascita, per prevenire elementi di disuguaglianza già dai primi mesi di vita dei bambini.** In particolare, bisogna rispettare le Linee Guida introdotte nell'accordo sancito dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni nel 2010⁵⁶, relative alla gravidanza fisiologica e alla riduzione del parto cesareo⁵⁷, delineando un percorso ideale della gravidanza, sia per quanto riguarda la pianificazione territoriale, sia per migliorare le modalità di assistenza e cura, integrando l'ospedale nel territorio. Inoltre, appare necessario implementare progetti volti a preparare, sostenere e rassicurare la donna e il suo partner durante i mesi che precedono il momento del parto e nel periodo immediatamente successivo⁵⁸.

Permane critica la situazione dei punti nascita nel nostro Paese: **la chiusura dei punti nascita che fanno meno di 500 parti all'anno non è**

56 Sviluppo di Linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del SNLG-ISS, allegato IV, già parte integrante della Conferenza Stato-Regioni del 2010.

57 Nell'anno 2011, il 36,7% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali. I due estremi sono rappresentati dalla Toscana (21,6%) e dalla Campania (59,9%). Si registra inoltre un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate (56,9%), rispetto agli ospedali pubblici (33,9%). Fonte: Certificato Di Assistenza al Parto (CeDAP), *Analisi dell'evento nascita*, anno 2011: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2321. I numeri evidenziano come vi sia un ricorso eccessivo a questa procedura, con percentuali spesso superiori alla media Europea 25,2%: vd. Macfarlane, AJ. - Blondel, B. - Mohangoo, A.D. - Cuttini, M. - Nijhuis, J. - Novak, Z. - Olafsdottir, H.S. - Zeitlin, J., "The Euro-Peristat Scientific Committee. Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study", in *BJOG*, 2015, doi: 10.1111/1471-0528.13284.

58 Le fasi immediatamente successive al momento del parto sono cruciali per determinare il benessere del nuovo nato e le condizioni del suo sviluppo. Infatti, ai fattori socio-economici che possono intaccare la stabilità del nucleo, si cumulano fattori di stress emotivo e organizzativo che riguardano la coppia genitoriale, relativamente alla cura del piccolo e alla gestione delle responsabilità connesse con la loro nuova condizione. In questo quadro, è di particolare importanza la piena attivazione di un rapporto di dialogo e di scambio tra la struttura ospedaliera e i servizi territoriali, per tutelare la salute di mamma e bambino, ma anche per favorire una piena accoglienza sociale dei bisogni e delle esigenze del nuovo nucleo familiare. Per approfondimenti, si veda anche "Rapporto Mamme in arrivo" di Save the Children Italia, 2015, disponibile su: http://images.savethechildren.it/IT/ff/img_publicazioni/img264_b.pdf?_ga=1.248997647.900296384.1429259531.

53 ISTAT, *Natalità fecondità nella popolazione residente - anno 2013*, novembre 2014: <http://www.istat.it/it/archivio/140132>.

54 Per approfondimento, si veda Capitolo III, par. "Diritto registrazione e cittadinanza", del presente Rapporto.

55 ISTAT, *Natalità fecondità nella popolazione residente - anno 2013*, op. cit.



stata ancora realizzata e neppure la messa in regime del sistema di trasporto di emergenza materno e neonatale. Si ricorda infatti che l'Accordo Stato-Regioni del dicembre 2010⁵⁹ indicava, tra le varie misure, proprio la chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti all'anno. Tali strutture nel 2013 erano 133 (di cui 128 pubbliche) su 521. Ad oggi, si riconferma il dato. Considerando l'attuale contesto socio-sanitario, appare oltremodo **urgente il rafforzamento della rete dei consultori familiari e dei servizi sociali⁶⁰ per la presa in carico delle situazioni di maggiore fragilità** e l'attivazione di un progetto strutturato per la continuità dell'assistenza e l'integrazione tra ospedale e territorio. La **riduzione delle disparità territoriali**, a cominciare dal divario tra Regioni del Centro-Nord e Regioni del Sud, è infatti un altro traguardo ancora lontano da raggiungere.

Assistenza pediatrica

Le migliorate condizioni di vita che si sono sviluppate progressivamente a partire dal dopoguerra, unitamente ad alcuni indiscutibili progressi nel campo della medicina, hanno determinato un sostanziale cambiamento nelle patologie più frequentemente causa di morbosità e mortalità in età pediatrica, con la forte contrazione di casi gravi associati a patologie infettive/parassitarie, malattie respiratorie e gastroenteriche.

Accanto alle tradizionali attività proprie della pediatria delle cure primarie (diagnosi e cura delle patologie acute e non complesse di frequente consultazione) sono emerse **nuove priorità nell'assistenza primaria**: neonati e bambini con patologie croniche; gravi disabilità o malattie rare complesse; minori con disturbi neuro-evolutivi e della sfera psichica, in aumento soprattutto in età adolescenziale; bambini appartenenti a famiglie in cui uno o

entrambi i genitori non sono italiani; sostegno alla genitorialità; gestione dell'ansia e dell'insicurezza dei genitori nel valutare la reale rilevanza dei disturbi dei figli.

Emerge l'esigenza di una trasformazione nell'erogazione delle cure territoriali e ospedaliere, integrando e ottimizzando le risposte assistenziali offerte per l'area dell'età evolutiva. Un processo di riorganizzazione parziale o settoriale, che coinvolga soltanto parte della rete assistenziale, è destinato all'insuccesso o, paradossalmente, ad aggravare la distribuzione dei servizi o ad amplificare le disuguaglianze. Il Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI) del 2000 già individuava **il Dipartimento materno-infantile trans-murale (DMIT) come l'articolazione tecnico-funzionale in grado di coordinare le attività pediatriche di ospedale e territorio e dell'area ostetrica con l'area neonatologica.** Questa struttura, nelle realtà locali dove è stata pienamente attuata, ha assunto il ruolo di pianificare, coordinare, gestire e monitorare le attività dell'area ospedaliera e dell'area distrettuale, mantenendo tra le due una stretta integrazione. Gli obiettivi del DMIT possono riassumersi nei seguenti punti:

- 1) Definizione della specificità delle cure pediatriche in ospedale e nel territorio, coordinamento del sistema di cure e della continuità assistenziale, gestione dell'emergenza-urgenza in pediatria;
- 2) Promozione del diritto a una nascita sicura: prevenzione attivata già prima del concepimento, percorso nascita con prima visita effettuata dal pediatra di libera scelta entro le 48-72 ore dalla dimissione ospedaliera, Terapia Intensiva Neonatale;
- 3) Costruzione di percorsi assistenziali socio-sanitari per i bambini a rischio sociale e/o con disturbi psico-cognitivi;
- 4) Assistenza integrata multidisciplinare rivolta ai bambini "fragili" (malattie croniche, disabilità, malattie rare etc.);
- 5) Gestione, supervisione e promozione delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative;
- 6) Promozione di interventi di prevenzione e promozione di stili di vita sani, interventi

⁵⁹ Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 13, del 18 gennaio 2011.

⁶⁰ Il numero dei consultori pubblici in Italia è sceso da 2.097 a 1.911, tra il 2007 e il 2009. Nel 2012 il numero di consultori familiari funzionanti è pari a 2.282, di cui 2.152 pubblici, con un tasso di 0,7% per 20.000 abitanti. Fonte: Ministero della Salute, "Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (L. 194/1978)", 15 ottobre 2014, tab. 17.



- coordinati in tema di ambiente e alimentazione (allattamento materno ed educazione alimentare, lotta contro i disturbi del comportamento alimentare e l'obesità);
- 7) Programmazione della formazione e dell'aggiornamento pediatrico (medici, infermieri e figure professionali correlate).

A livello territoriale l'assistenza al sistema donna-bambino-famiglia deve correlare e integrare diversi sistemi di cura:

1. Le cure territoriali pediatriche (Pediatria delle cure primarie);
 2. Le cure territoriali alla donna e alla famiglia (Consultori Familiari);
 3. I servizi di Neuropsichiatria Infantile territoriali.
- Secondo quanto previsto dalla **Legge 189/2012**, **il Distretto assume un ruolo determinante** nella gestione delle strategie assistenziali rivolte alla popolazione pediatrica, dalla prevenzione primaria alla continuità assistenziale, attraverso l'integrazione ospedale-territorio.

L'attivazione dal 1978 della **pediatria di libera scelta**⁶¹ ha consentito di istituire una rete capillare di pediatri, capace di garantire a livello territoriale la promozione e la tutela della salute di bambini e adolescenti. Tuttavia, la sostanziale riduzione del numero dei nuovi specializzati in pediatria, operata a partire dal 1994, ha determinato – nel 2010 per la prima volta – un bilancio negativo fra pediatri neo-specializzati e neo-pensionati: **si calcola che nel 2018 il numero dei pediatri in attività raggiungerà un livello critico**. Dall'analisi dei dati disponibili si evidenzia che il 79% dei pediatri di libera scelta ha un'anzianità di specializzazione superiore ai 16 anni (di questi il 40,9% oltre i 23 anni); più del 70% assiste un numero di bambini maggiore di 800; un'ampia percentuale dei pediatri usufruisce dell'indennità della forma associativa (58,5%)⁶². **Si conferma quindi il problema del ricambio generazionale e la necessità di promuovere servizi assistenziali multi-professionali, con valorizzazione del**

ruolo del personale infermieristico con formazione pediatrica.

La già citata Legge 189/2012 determina la costituzione di Aggregazioni Funzionali Territoriali mono-professionali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) multi-professionali⁶³, con la presenza di personale infermieristico e di altre figure professionali, integrate nel distretto. Ognuna di queste équipe pediatriche territoriali deve fornire l'assistenza almeno per 12 ore giornaliere dal lunedì al venerdì e, con idonea turnazione, nei prefestivi e festivi. Nelle ore rimanenti vi dovrà essere una stretta connessione con i servizi di continuità assistenziale; collegamento che potrà essere assicurato dalla possibilità di condividere una cartella informatizzata. A sostegno di tale organizzazione dovrà essere assicurata **una formazione specifica in area pediatrica dei medici di continuità assistenziale**, gestita dall'azienda sanitaria. Il coordinamento e la gestione dei vari team e delle équipe pediatriche territoriali dovrà essere garantita da una struttura/servizio collocata a livello aziendale o distrettuale.

L'ospedalizzazione per molteplici ragioni può creare un potenziale trauma per il bambino e l'adolescente⁶⁴. Per questo motivo è fondamentale che tutte le strutture ospedaliere offrano un'assistenza con standard di qualità omogenei sul territorio nazionale, centrata sulla persona e sui suoi bisogni, che tenga in considerazione l'integrità psichica, psicologica e sociale del bambino, dell'adolescente e della sua famiglia. Per rendere concreto e misurabile l'effettivo rispetto dei diritti di bambini, adolescenti e genitori in ospedale è possibile fare riferimento alla **Certificazione "All'altezza dei bambini"**⁶⁵, a cui ad oggi hanno aderito 10

63 Le AFT e le UCCP garantiscono le seguenti funzioni sanitarie: assistenza ambulatoriale e domiciliare; esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate; educazione sanitaria al singolo paziente e ai gruppi di assistiti; sostegno alla genitorialità e al disagio; assistenza integrata ai malati cronici e/o ad alta complessità assistenziale, in collaborazione con i presidi ospedalieri, attraverso percorsi e protocolli condivisi.

64 Si veda la Carta di Each e la Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale (ABIO/SIP).

65 Promossa da ABIO/SIP. L'elenco completo degli ospedali certificati e la descrizione del Progetto Certificazione sono presenti sul sito: www.allaltezzadeibambini.org.

61 D.M. del 23 dicembre 1978.

62 Ministero della Salute – Direzione Generale del sistema informativo e statistico sanitario – Anno 2011.



strutture ospedaliere. Purtroppo, nonostante le ripetute segnalazioni, ancora non sono state portate a termine a livello istituzionale indagini specifiche per valutare l'effettivo stato di applicazione dei diritti dei bambini, e per rilevare la situazione strutturale degli ospedali italiani.

La Rete ospedaliera pediatrica, malgrado i tentativi di razionalizzazione, appare ancora ipertrofica rispetto ad altri Paesi europei, con un numero di strutture pari a **464 nell'anno 2011**⁶⁶, a fronte del fabbisogno calcolato in base agli standard del POMI di un numero di 300, salvo condizioni oro-geografiche particolari. Deve essere prevista una unità operativa pediatrica almeno ogni 200.000 abitanti (34.000 soggetti in età 0-17 anni), e 300.000 nelle grandi aree urbane (50.000 soggetti 0-17 anni). **La presenza del pediatra dove nasce e si ricovera un bambino è garantita continuativamente solo nel 50% degli ospedali, mentre l'accesso diretto al P.S. pediatrico è presente solo nel 30% circa degli ospedali.** Inoltre, in Italia, quasi il 30% dei pazienti in età 0-17 anni (e nello specifico l'85% dei pazienti in età adolescenziale 15-17 anni) viene ricoverato in reparti per adulti, in condizioni di promiscuità con pazienti anziani e con personale medico e infermieristico non adeguatamente preparato per l'assistenza all'infanzia e all'adolescenza⁶⁷. Non vengono perciò rispettate la CRC e la Carta Europea dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale, come pure le indicazioni dei precedenti Piani Sanitari Nazionali.

Per quanto riguarda **la chirurgia pediatrica**, uno standard assistenziale adeguato e corretto deve prevedere un Centro di chirurgia pediatrica ogni 2-2,5 milioni di abitanti. In Italia, il numero di questi centri è troppo elevato (pari a 57), uno ogni 1.065.000 abitanti circa (dati dell'anno 2011)⁶⁸. La *day surgery* e la chirurgia ambulatoriale in età pediatrica stentano ad affermarsi in molte Regioni. Il bacino di utenza

minimo per garantire una sufficiente casistica e una formazione specialistica adeguata è stato calcolato, dalla British Association of Paediatric Surgeons (BAPS), essere pari a 2,5 milioni di abitanti. Si indica come ottimale la presenza di un chirurgo pediatra ogni 500.000 abitanti.

I tassi di ospedalizzazione in età pediatrica sono ancora alti, con valori doppi rispetto ad altri Paesi europei, come ad esempio Inghilterra e Spagna. La situazione è alquanto eterogenea a livello territoriale: nel 2011, ad esempio, con un tasso standardizzato medio di 75,9‰, si passa da un tasso superiore al 101,6‰ della Regione Puglia, per l'età 0/14 anni in modalità di degenza ordinaria, al 46,1‰ del Friuli Venezia Giulia⁶⁹. Gli elevati tassi di ospedalizzazione evidenziano la mancanza di una vera continuità assistenziale sul territorio e in ospedale, e di un efficace filtro ai ricoveri inappropriati.

La migrazione sanitaria rappresenta ancora un fenomeno rilevante, in parte motivato da ragioni sanitarie oggettive (centri di alta specialità, malattie rare), ma in parte "evitabile" perché dovuto a un'inadeguata allocazione dei presidi diagnostico-terapeutici, a disinformazione e a scarsa fiducia nella qualità delle strutture locali. I dati attuali dimostrano che le urgenze e le emergenze pediatriche rappresentano un problema reale. Gli **accessi pediatrici al Pronto Soccorso (PS)** appaiono in progressivo aumento e si aggirano attorno ai 5.000.000/anno; di questi i codici rossi rappresentano poco meno dell'1% e i codici gialli circa il 10% del totale (codici rosso e giallo rappresentano i pazienti critici), mentre i codici bianchi rappresentano circa il 60% degli accessi di PS. Il ricorso alle strutture di PS appare più evidente per le classi di età al di sotto dei 4 anni e, in particolare, si è osservato un aumento delle richieste di assistenza in regime di urgenza nei primi mesi di vita. Concordemente si è osservato un incremento degli accessi e delle richieste di assistenza da parte degli adolescenti, per i quali le strutture pediatriche non sono del tutto ade-

66 Ministero della Salute – Direzione Generale del sistema informativo e statistico sanitario – Anno 2011.

67 Scheda di dimissione ospedaliera SDO 2011.

68 Ministero della Salute – Direzione Generale del sistema informativo e statistico sanitario – Anno 2011.

69 *Ibidem*.



guate. **Mancano inoltre strutture idonee per gli adolescenti ad alto rischio.**

Alla luce di tali considerazioni **il Gruppo CRC raccomanda:**

- 1. Al Ministero della Salute** di adoperarsi per rendere operativo in ogni Azienda Sanitaria Locale il Dipartimento materno-infantile trans-murale (DMIT), così come previsto dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI) del 2000;
- 2. Al Ministero della Salute** di procedere celermente al programma di riordino dei presidi ospedalieri e dei Punti Nascita, per una razionalizzazione della rete ospedaliera sul territorio;
- 3. Al Ministero della Salute e alle Regioni** di prevedere un Piano Sanitario Nazionale per le vaccinazioni o un progetto assistenziale integrato, da applicare ai bambini con alta complessità assistenziale.

per la salute mentale dei minori che coinvolga, a seconda dei casi, genitori, famiglia e scuola.
CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 52

Nell'ambito della salute mentale in infanzia e adolescenza, permangono tutte le criticità già evidenziate nei precedenti Rapporti CRC⁷⁰. L'Italia ha buoni modelli, normative e linee di indirizzo⁷¹, ma assai poco applicate e con ampie disuguaglianze intra e inter-regionali. Lo stanziamento di risorse da parte delle Regioni continua a essere insufficiente per garantire alle ASL e ai Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) di diffondere e consolidare la necessaria rete di strutture territoriali, semi-residenziali, residenziali e di ricovero, che in alcuni ambiti appare in significativa diminuzione a fronte del continuo aumento – già segnalato – delle richieste degli utenti e delle conseguenti difficoltà di accesso ai servizi.

5. SALUTE MENTALE

- 52.** Il Comitato, riferendosi al proprio Commento Generale n. 4 (2003) sulla salute e lo sviluppo degli adolescenti, raccomanda che l'Italia rafforzi servizi e programmi disponibili e di qualità per la salute mentale e in particolare che:
- a)** applichi ed effettui il monitoraggio senza indugio delle Linee Guida nazionali sulla salute mentale;
 - b)** sviluppi una politica generale nazionale sulla salute mentale chiaramente incentrata sulla salute mentale degli adolescenti e ne garantisca l'applicazione efficace attraverso l'attribuzione di finanziamenti, risorse pubbliche adeguate, sviluppo e applicazione di un sistema di monitoraggio;
 - c)** applichi un approccio multidisciplinare al trattamento dei disturbi psicologici e psico-sociali tra i minori, attraverso la definizione di un sistema integrato di assistenza sanitaria

L'assenza di un sistema informativo specifico nazionale, la variabilità dei (pochi) sistemi esistenti regionali⁷² nelle modalità di raccolta, analisi e diffusione dei dati, nonché il frequente ritardo nella pubblicazione⁷³ dei dati, rendono difficoltoso il monitoraggio nel tempo sia dell'accesso ai servizi, che ancor più dei percorsi di cura effettivamente erogati, della loro appropriatezza e degli esiti ottenuti. Inoltre, nessuna delle rilevazioni regionali esistenti include i dati provenienti da altri servizi coinvolti nella cura dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, quali ad esempio i servizi di

70 2° Rapporto Supplementare CRC, p. 99 (www.gruppocrc.net/IMG/pdf/2_Rapporto_supplementare-2.pdf); 5° Rapporto di Aggiornamento CRC, pp. 71-76 (www.gruppocrc.net/IMG/pdf/5o_Rapporto_di_aggiornamento_Gruppo_CRC.pdf); 6° Rapporto di Aggiornamento CRC, pp. 88-92 (http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/6_rapporto_CRC.pdf); 7° Rapporto di Aggiornamento CRC, pp. 99-102 (http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/7o_rapporto_CRC.pdf).

71 DPR. 10 novembre 1999, Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000"; D.M. 24 aprile 2000 "Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale 1998/2000"; "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale", CSR. 20/03/2008; "Piano di azione nazionale per la salute mentale" CSR. 24/01/2013.

72 Sono presenti dati da Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Veneto.

73 I dati disponibili sono in genere relativi alla situazione di 2-5 anni prima.