

## 8. SALUTE MENTALE



29. Continuando a rilevare l'assenza di un sistema completo di monitoraggio dello stato di salute mentale dei minorenni, l'accesso limitato a un'adeguata assistenza sanitaria per i minorenni con disturbi neuropsichiatrici, l'aumento del numero di minorenni con problemi comportamentali e con diagnosi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADD/ADHD), nonché l'aumento della prescrizione di farmaci psicotropi o psicostimolanti e antidepressivi e tenendo conto dell'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 3.4, il Comitato ONU raccomanda all'Italia di:

- (a) garantire un sistema uniforme e integrato di servizi di assistenza neuropsichiatrica infantile e adolescenziale in tutto lo Stato parte, dotato di sufficienti risorse umane, tecniche e finanziarie;
- (b) istituire un efficace sistema di monitoraggio della salute mentale dei bambini e degli adolescenti e condurre uno studio sulle cause principali dell'aumento della diagnosi di ADD/ADHD e delle prescrizioni di farmaci;
- (c) garantire che le diagnosi di minorenni affetti da ADD/ADHD siano accuratamente esaminate e che la prescrizione di farmaci sia utilizzata in ultima istanza e solo dopo una valutazione individuale di quale sia il superiore interesse del minorenne;
- (d) garantire che i minorenni e i loro genitori siano adeguatamente informati sui possibili effetti collaterali derivanti dalla prescrizione di farmaci e riguardo la medicina alternativa.

CRC/C/ITA/CO/5-6, punto 29

Area negletta, quella della salute mentale in età evolutiva. Sebbene un quadro epidemiologico nazionale accurato, preciso e continuo nel tempo non sia a tutt'oggi disponibile, da quanto emerge dai documenti dei gruppi di lavoro di alcune Regioni (per esempio, Lombardia, Piemonte e Toscana), **l'accesso ai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA) interessa il 6-8% delle persone di età minore residenti**, a fronte di una richiesta stimata, anche in accordo con i dati internazionali, di oltre il doppio<sup>103</sup>. Nonostante gli intenti più volte dichiarati<sup>104</sup>, le iniziative intraprese per il miglioramento dei servizi di cura sono parziali (singoli progetti) e locali, focalizzate su specifici disturbi e non su interventi strategici nazionali. La mancanza di standard di cure comuni e condivisi e di indicatori di qualità, o possibili benchmark per i servizi locali, rappresenta non solo un limite alla garanzia dell'"essenzialità" e dell'appropriatezza delle cure, ma anche un incentivo al mantenimento delle croniche disuguaglianze inter e intra-regionali delle domande, ma ancor più delle risposte, carenti in termini di qualità e corrispondenza al bisogno.

**Esiste un continuum tra il disagio psicologico dei bambini e i disturbi psichiatrici che insorgono successivamente.** Nelle scelte di politica sanitaria rispetto alla salute mentale, non considerare questo aspetto implica un rischio importante di non appropriatezza degli interventi e costi rilevanti per bambini/e, adolescenti, famiglie e società. I servizi di NPIA negli ultimi anni hanno visto aumentare in modo esponenziale i nuovi utenti e la loro complessità clinica: abbassamento dell'età di esordio delle patologie psichiatriche anche gravi e maggiore afferenza di adolescenti, di cui molti migranti di seconda generazione. Prevalgono problemi in forme nuove precedentemente sconosciute, che delineano quadri in costante evoluzione: dipen-

103 Gruppo di lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (2018), *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia: i dati regione per regione*, WorldPrint Edition, Roma.

104 Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, Repertorio atto n. 70/CU del 25 luglio 2019, "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza", disponibile su: <http://www.statoregioni.it/it/conferenza-unificata/sedute-2019/seduta-del-25072019/atti/repertorio-atto-n-70cu/>.





denza da Internet, isolamento in casa etc.

**Il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichiatrici in età 12-17 anni varia** dal 2.6% nel Lazio allo 0.6% in Piemonte<sup>105</sup>, ed è spesso gestito utilizzando letti e spazi di specialità diverse dalla NPIA<sup>106</sup>. La disomogeneità delle risposte da parte dei servizi di NPIA è in parte imputabile all'insufficiente disponibilità di risorse (umane, economiche, tecnologiche), a fronte del continuo aumento della domanda, ma anche alla diversa ottimizzazione locale delle risorse in termini organizzativi e culturali. Si ravvisa infatti l'esistenza di percorsi che necessitano anche di un aggiornamento dell'offerta condivisa, integrata, omogenea e accessibile su tutto il territorio nazionale. Alcuni dei fattori associati ai tempi di attesa nei servizi sanitari italiani sono noti<sup>107</sup>. Tuttavia, i tempi di attesa di NPIA – come documentato per esempio nei centri di riferimento ADHD in Lombardia<sup>108</sup>, rete a tutt'oggi unica non solo a livello nazionale – sono indice di diritti negati. La sempre maggiore attenzione a utilizzare criteri di priorità per l'accesso, se da un lato stratifica correttamente l'utenza e garantisce maggiore e più tempestiva attenzione alle situazioni complesse e gravi, dall'altro finisce con il rischiare di escludere completamente dal sistema intere aree di disturbi che possono non essere gravi all'inizio, ma certamente lo diventeranno in assenza di diagnosi e interventi, costringendo le famiglie a rivolgersi al privato.

Le stime di incidenza e prevalenza dei servizi NPIA si basano su rilevazioni e analisi di altri contesti nazionali, con approssimazioni che necessiterebbero di validazione. Anche per quanto riguarda **la struttura,**

**l'organizzazione e le risorse disponibili dei servizi di NPIA in rapporto alle domande di cura di un territorio** (interventi di promozione alla salute, interventi precoci nella prima infanzia, percorsi di cura territoriali, ricovero ordinario, accessi in Pronto Soccorso, interventi residenziali terapeutici, semi-residenzialità terapeutica), la frazionata e occasionale valutazione fatta in alcune Regioni preclude un'efficace organizzazione delle risposte diagnostiche, terapeutiche e riabilitative. In mancanza di tali informazioni approfondite, una pianificazione efficace degli interventi, sia a livello nazionale che locale, e una ripartizione equa degli investimenti e delle risorse risultano pressoché impossibili, ancor più nella definizione dei tempi adeguati agli interventi.

Un'ulteriore criticità è costituita dalla **disomogeneità di applicazione dei LEA** (Livelli Essenziali di Assistenza) nelle varie Regioni, in particolare per quanto riguarda gli interventi terapeutici non farmacologici ed educativo-riabilitativi, che sono erogati in misura minore di quanto previsto dalla normativa e necessario per gli utenti. Nonostante l'Italia resti uno dei paesi al mondo con la minor prescrizione di psicofarmaci in età evolutiva<sup>109</sup>, questi fattori distorsivi possono portare a un uso inappropriato di farmaci, in termini di efficacia e sicurezza.

La rete integrata di NPIA anche con altri ambiti e servizi rimane a tutt'oggi un'ambiziosa velleità, persino in quelle realtà più virtuose. I modelli organizzativi proposti nel tempo soffrono della mancanza di continuità, aggiornamento, adeguamento e sostegno (anche economico), di una formale valutazione e della generalizzazione degli interventi dimostratisi efficaci.

L'insieme di differenti modelli concettuali che utilizzano varie determinanti (epigenetiche, sociali, sanitarie)<sup>110</sup> consentiranno di meglio interpretare le di-

105 ISTAT: <http://dati.istat.it/>.

106 La Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SINPIA) denuncia lo stato di sempre maggiore criticità delle risposte per gli utenti con disturbi neuropsichici nell'infanzia e nell'adolescenza e per le loro famiglie. Cfr. <https://www.sinpia.eu/archivio-news/>.

107 Landi, S. – Ivaldi, E. – Testi, A. (2018), "Socioeconomic status and waiting times for health services: An international literature review and evidence from the Italian National Health System", in *Health Policy*, 122(4), 334-351.

108 Bonati, M. et al. (2019), "Waiting times for diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents referred to Italian ADHD centers must be reduced", in *BMC Health Services Research*, 19, 673.

109 Piovani, D. – Clavenna, A. – Bonati, M. (2019), "Prescription prevalence of psychotropic drugs in children and adolescents: an analysis of international data", in *European Journal of Clinical Pharmacology*, 75, 1333-1346.

110 Rasulo, D. et al. (2020), "Conta di più da chi nasci o dove arrivi? Determinanti di salute nel corso di vita" in Costa, G. et al. (a cura di), *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*, Inferenze Edizioni, Milano, pp. 252-255.



suguglianze, anche dell'età evolutiva, in Italia e nel mondo<sup>111</sup>. Ma sarà la ricerca a definire i bisogni di salute e l'appropriatezza degli interventi messi in atto per evaderli. Le disuguaglianze sono sinonimo di diritti negati. Per competenza, mandato e responsabilità la comunità scientifica, quella sociale e i decisori possono, e devono, contribuire attivamente all'equità delle cure e del benessere di bambini/e e adolescenti e delle rispettive famiglie. Al momento della diagnosi la paura dello stigma, lo smarrimento e l'isolamento che ne conseguono, nei confronti dell'intera famiglia del giovane con psicopatologie, dovrebbero indurre a maggiori interventi di sostegno verso i *caregivers*, che sono un pilastro sul quale *de facto* i servizi contano. Operare secondo una logica di prevenzione e promozione alla salute mentale in età evolutiva significa investire risorse certe per potenziare i servizi territoriali e per creare politiche di presa in carico precoce.

**La risposta data nel corso dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2** nel mantenere la funzionalità della rete dei servizi, soprattutto quelli rivolti alle persone più fragili, ha rappresentato non solo un impegno di carattere etico e di responsabilità sanitaria, ma ha consentito di generare forme nuove e incoraggianti di risposta ai bisogni<sup>112</sup>. Tuttavia, anche in questo caso l'applicazione è stata molto disomogenea nelle diverse realtà locali, con numerose amministrazioni che non sono state in grado di mettere a disposizione la strumentazione tecnologica per attivare interventi di telemedicina e teleriabilitazione o addirittura che si sono rifiutate di farlo nonostante

le chiare<sup>113</sup> indicazioni<sup>114</sup> in questo senso<sup>115</sup>, interrompendo a lungo il servizio per l'utenza. Particolarmente critico è stato e continua a essere il riavvio delle attività dopo il *lockdown*, per il necessario distanziamento che determina un'ulteriore riduzione degli spazi a disposizione per le attività in presenza, nonché per l'ulteriore incremento della domanda correlato all'impatto della pandemia e delle sue conseguenze sulla salute mentale (interruzione di molti servizi, interruzione della scuola, stress e traumi diretti o indiretti, messaggi continuamente contraddittori da parte del mondo adulto etc.)<sup>116</sup>. Soprattutto, l'esperienza e la volontà degli operatori dei servizi di NPIA non possono supplire a carenze croniche; così come nuove modalità gestionali e organizzative non possono andare a regime senza appropriate validazioni.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda:**

- 1. Al Ministero della Salute e alla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome** di istituire un osservatorio epidemiologico nazionale permanente della salute in età evolutiva, che possa monitorare in modo sistematico, continuo e appropriato i bisogni evasi e inevasi di questa popolazione fragile;
- 2. Al Ministero della Salute e alla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e ai Servizi di NPIA** di attivare interventi mirati al potenziamento dei servizi prestati e al miglioramento della qualità delle cure.

111 GBD 2017 Child and Adolescent Health Collaborators (2019), "Diseases, Injuries, and Risk Factors in Child and Adolescent Health, 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2017 Study", in *JAMA Pediatrics*, 173(6), e190337.

112 Istituto Superiore di Sanità, Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19, *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19*, Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020: [https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset\\_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5419552](https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5419552).

113 Ministero della Salute, "COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza", Circolare del 23 Aprile 2020: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73902&parte=1%20&serie=null>.

114 Istituto Superiore di Sanità, *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*, Rapporto ISS COVID-19 n. 8/2020: [https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset\\_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5322990](https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5322990).

115 Istituto Superiore di Sanità, Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19, *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19*, Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020.

116 Danese, A. – Smith, P. – Chitsabesan, P. – Dubicka, B. (2020), "Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters", in *The British Journal of Psychiatry*, 216(3), 159-162.