



6. 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 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 durante l'infanzia e l'adolescenza, permangono le gravi criticità già evidenziate nel secondo Rapporto Supplementare e citate nelle Osservazioni del Comitato ONU indirizzate all'Italia. Alle Linee Guida nazionali sulla salute mentale si sono aggiunti numerosi altri accordi Stato-Regioni⁷³ – tra cui il Piano di Azioni

Nazionale per la Salute Mentale – e alcune leggi nazionali⁷⁴.

A fronte di indicazioni appropriate e apparentemente cogenti non è stato però previsto nessun fondo aggiuntivo, né linee applicative regionali che permettano: l'implementazione/riorganizzazione dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), in termini di risorse ma anche di formazione permanente; la sinergia con la riabilitazione accreditata; l'introduzione dello *screening* nei bilanci di salute pediatrici; la continuità di cura in età adulta. In assenza di questi elementi diviene difficile la concreta attuazione di quanto delineato e correttamente programmato nei documenti stessi; sarebbe inoltre impossibile diffondere e consolidare la necessaria rete di strutture territoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero, e garantire al loro interno le équipes multidisciplinari indispensabili per l'efficacia dei percorsi diagnostici e terapeutici. Continuano così a esservi Regioni⁷⁵ nelle quali mancano gli stessi servizi territoriali e/o il personale è gravemente insufficiente e/o non sono comunque previste tutte le figure professionali necessarie per garantire la presa in carico multidisciplinare utile ai percorsi terapeutici⁷⁶ in età evolutiva. Tale situazione è ulteriormente peggiorata a seguito dei provvedimenti di contenimento della spesa pubblica.

L'assenza di un sistema informativo nazionale specifico, la variabilità del modo di raccolta, analisi e diffusione dei dati nei

⁷³ "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", CU 13/11/2013; "Piano di azioni nazionale per la salute mentale", CSR 24/01/2013; "Linee guida per la predisposizione dei protocolli regionali per le attività di individuazione precoce dei casi sospetti di DSA in ambito scolastico", CSR 24/01/2013; "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico", CU 22/11/2012; "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione

diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA)", CSR 25/07/2012.

⁷⁴ Legge n. 134 del 18 agosto 2015 – "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie".

⁷⁵ Ad esempio, Calabria, Campania, Liguria, Puglia, Sardegna e altre

⁷⁶ Ad esempio, in Piemonte – che è una delle pochissime Regioni di cui vi siano dati aggiornati delle attività e del personale (si veda oltre) – il 62% dei servizi di NPIA non ha al proprio interno il personale riabilitativo.



pochi sistemi regionali esistenti⁷⁷, nonché il frequente ritardo o addirittura l'assenza di pubblicazione⁷⁸ degli stessi rendono difficoltoso il monitoraggio nel tempo, sia dell'accesso ai servizi, sia 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 riabilitazione, che in alcune Regioni assumono un ruolo particolarmente rilevante. Diviene così impossibile valutare se la disomogeneità di risposte tra territori adiacenti sia legata alla presenza di altri servizi, e quindi apparente, oppure a effettive carenze locali trasversali a tutte le tipologie di servizi.

Non si può quindi che ribadire come la perdurante **assenza di un sistema di monitoraggio complessivo della salute mentale in età evolutiva** e dello stato dei servizi e delle iniziative in questo campo resti uno degli elementi di maggiore criticità, poiché impedisce di descrivere, monitorare e programmare adeguatamente gli interventi.

Tra il 2011 e il 2016, la prevalenza trattata dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza è aumentata del 40-45%, con una crescita annua media del 7%⁷⁹. Appaiono in aumento sia le richieste per disturbi specifici dello sviluppo (quali la dislessia e i disturbi del linguaggio), sia le richieste per utenti con disabilità o con

disturbi psichiatrici di rilevante gravità e complessità. Nelle Regioni in situazione economica meno precaria, l'accesso ai Servizi di NPIA si colloca ora tra il 6 e l'8% della popolazione infantile⁸⁰, a fronte di un bisogno che è più che doppio; mentre nelle Regioni in maggiore difficoltà la prevalenza trattata è ancora inferiore al 4%. Nonostante l'incremento degli accessi, anche nelle situazioni più positive solo 1 utente su 2 riesce ad accedere ai servizi, e 1 su 3 riceve gli interventi terapeutici di cui avrebbe necessità⁸¹. In particolare, il continuo incremento di accessi ai servizi va spesso a discapito di un'adeguata presa in carico dopo la diagnosi⁸². Le famiglie si trovano così costrette a cercare risposte lontano da casa o nel privato, con carichi emotivi, pratici ed economici molto rilevanti. La tempestività della diagnosi e degli interventi è migliorata nelle situazioni di maggiore gravità, come nell'autismo⁸³, ma resta tardiva per molti altri disturbi, non consentendo così di sfruttare la plasticità tipica della struttura cerebrale della prima infanzia. La diagnosi precoce e certa e i programmi tempestivi di cura sono invece fondamentali per le prospettive di vita del bambino e della sua famiglia.

I dati del Registro lombardo ADHD sono tra i pochissimi che permettono una riflessione maggiormente approfondita sui percorsi erogati⁸⁴. La prevalenza trattata risulta essere dello 0,35%, molto più bassa dell'atteso⁸⁵. Considerando che si tratta di una prevalenza parziale, perché i Centri

⁷⁷ Sono presenti i dati da Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Veneto.

⁷⁸ I dati disponibili sono spesso relativi alla situazione di 2-5 anni prima e nessuna Regione pubblica con regolarità Rapporti annuali.

⁷⁹ Dati provenienti dai sistemi informativi di Regione Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Veneto.

⁸⁰ *Ibidem*.

⁸¹ Chiarotti, F. – Ambrosio, V. – Cordella, D. – Venerosi, A. (2017), "Offerta sanitaria e sociosanitaria per bambini e adolescenti con disturbi dello spettro autistico in Italia", in Rapporti ISTISAN, 17/16, pagg. 16-55, http://www.iss.it/binary/publ/cont/17_16_web.pdf; "Lo stato dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza 2016": http://www.sinpia.eu/appello_NPIA.pdf.

⁸² Nel Rapporto del Piemonte, unica Regione in cui venga analizzato l'incrocio tra accesso ai servizi e presa in carico, l'accesso ai servizi è aumentato del 60% in 8 anni, con una diminuzione invece del personale tra il 2010 e il 2011 del 10% e una diminuzione progressiva del numero medio di prestazioni per utente, segnalata anche in Lombardia.

⁸³ Ad esempio, nella Regione Emilia-Romagna, il numero di utenti con autismo di età compresa tra 0 e 2 anni in contatto con i servizi di NPIA è aumentato del 217% tra il 2011 e il 2016; nella fascia 3-5 anni è aumentato del 78%.

⁸⁴ A differenza del Registro Nazionale, si tratta di un registro di malattia che include tutti i soggetti che sono entrati in contatto con i 18 centri lombardi di riferimento per l'ADHD.

⁸⁵ Bonati, M. – Reale, L. – Zanetti, M. – Cartabia, M. et al. (2015), "On behalf of the Lombardy ADHD Group. A Regional ADHD Center based network project for the diagnosis and



rappresentano un'articolazione di secondo livello nell'ambito dei 34 Servizi di NPIA regionali, ai quali afferiscono solo una parte dei pazienti delle Unità Operative di Neuropsichiatria per l'Infanzia-Adolescenza (UONPIA) – verosimilmente i più complessi – e tenendo conto che è possibile che i criteri rigorosi per la diagnosi richiesti ai Centri abbiano limitato il rischio di over-diagnosi, assai diffuso in altri Paesi, comunque la discrepanza con i pochi dati di popolazione nazionali è tale da evidenziare nuovamente la criticità delle risposte diagnostiche e ancor più terapeutiche⁸⁶.

Anche nel campo della promozione della salute mentale in infanzia e adolescenza e della diagnosi precoce, nonostante la comparsa della salute mentale in età evolutiva negli ultimi Piani Nazionali Prevenzione⁸⁷, le iniziative continuano a restare poche, frammentate, con fondi molto limitati e non sufficientemente coordinate tra le diverse componenti sanitarie (Dipartimento di Salute Mentale degli adulti, Servizi di NPIA e pediatrici, Servizi consultoriali, Dipartimento Dipendenze) e con l'area scolastica, educativa e sociale.

Resta ancora insufficiente anche il coinvolgimento attivo delle famiglie nei percorsi di cura e il supporto informativo e formativo sulle tutele e sull'accesso ai servizi. Appare necessario garantire l'attivazione di percorsi specifici di accoglienza e sostegno. L'adeguatezza della modalità informativa, messa in atto da professionisti e operatori socio-sanitari

direttamente coinvolti nell'assistenza del bambino e della famiglia, fornisce sostanza al raggiungimento dell'obiettivo di costruzione di una rete comune.

I disturbi psicopatologici e la patologia psichiatrica conclamata restano quelli maggiormente negletti⁸⁸, sia nell'ambito della diagnosi precoce in tutte le età, sia in quello della gestione delle emergenze che richiedono ricovero o interventi intensivi, per le quali il quadro è particolarmente critico⁸⁹.

La fascia di età adolescenziale resta quella nella quale continuano a evidenziarsi le maggiori criticità, sia per i ragazzi con disabilità o disturbi neuropsichici che si sono manifestati nell'infanzia, per i quali vengono a mancare i punti di riferimento, sia per i disturbi psichiatrici gravi che richiederebbero risposte tempestive e d'intensità assistenziale adeguata ai bisogni emergenti. La carenza di posti letto di NPIA per la gestione delle situazioni di acuzie è particolarmente critica per questa popolazione, così come la carenza di strutture residenziali e soprattutto semiresidenziali flessibili per gli interventi intensivi necessari nel pre- e post-acuzie. Dei 325 letti di ricovero ordinario di NPIA esistenti, quelli disponibili per acuzie psichiatrica sono solo 79 e conseguentemente il tasso di posti letto in Italia è 1/10 dell'equivalente inglese⁹⁰, Paese che già presenta uno dei tassi più bassi a livello mondiale. La definitiva approvazione del Regolamento degli standard ospedalieri⁹¹ porterebbe al

treatment of children and adolescents with ADHD", in J. Atten. Disord., 28 agosto.

⁸⁶ L'85% dei pazienti ha ricevuto una prescrizione di tipo psicologico, più comunemente Parent Training (n=428, 82%), seguito da Child Training (n=308, 59%) e Teacher Training (n=173, 33%); il 2% solo farmacologica, il 13% entrambe. Dal 2010 al 2013, vi è stato un aumento del 143% degli utenti per i quali è stato possibile garantire il Parent Training, mentre gli utenti a cui è stato possibile garantire interventi di Teacher Training sono aumentati del 377%. Ciononostante, la risposta terapeutica appare ancora incompleta e disomogenea: i PT erogati nel 2013 sarebbero sufficienti a dare risposta a circa il 60% degli utenti di nuova diagnosi, e i TT al 30%.

⁸⁷ Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf.

⁸⁸ Riesce ad accedere ai servizi di NPIA 1 utente su 2 con disturbo specifico di apprendimento, contro 1 su 4 con disturbo psichiatrico (si vedano i Rapporti regionali citati).

⁸⁹ "Lo stato dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza 2016": http://www.sinpia.eu/appello_NPIA.pdf.

⁹⁰ Calderoni, D. – Ferrara, M. – Sarti, M.I. et al. (2008), "More with less: minori e ricovero psichiatrico", in *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, 28, pagg. 149-166.

⁹¹ DM 70/2015 – "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".



dimezzamento delle strutture complesse e del numero di posti letto esistenti, con un evidente peggioramento della situazione. Come in tutto il mondo, il numero di ricoveri di preadolescenti e adolescenti con disturbi psichiatrici è in continuo aumento, ma solo un terzo di essi avviene in un reparto di Neuropsichiatria infantile, mentre tutti gli altri avvengono in reparti inappropriati, e in particolare in quelli psichiatrici per adulti⁹², con l'evidente possibilità di percorsi di cura inefficienti e inefficaci, ad alto rischio di cronicizzazione⁹³. La maggior parte dei ricoveri psichiatrici in adolescenza avviene per gravi disturbi della condotta, abuso di sostanze o di alcool, gravi disturbi d'ansia e del comportamento alimentare⁹⁴.

Appaiono in aumento anche gli inserimenti in **strutture residenziali terapeutiche**, su cui non esistono dati nazionali e che spesso avvengono lontano dalla residenza dei ragazzi, a causa della carenza di strutture, con lunghe attese e difficoltà di reinserimento nel proprio territorio. Sono presenti a livello nazionale circa 600 posti, il 90% dei quali sono collocati nelle Regioni del Nord-Ovest⁹⁵. Gli unici dati approfonditi attualmente disponibili sono quelli della **Regione Lombardia**⁹⁶ relativi al 2011. Il 61% degli utenti presentava patologia psichiatrica senza disabilità intellettiva, mentre il restante 39% presentava anche la disabilità. Gravi problemi di

comportamento erano presenti nell'87% degli utenti, nel 20% in associazione con abuso di sostanze, evidenziando la necessità di un maggiore e più stabile raccordo con i Dipartimenti Dipendenze. Nel 60% degli utenti era presente un provvedimento del Tribunale per i minorenni e nel 75% erano presenti significative difficoltà in ambito familiare. La durata media degli inserimenti in residenzialità terapeutica è risultata pari a 14 mesi, ma nel 32% dei casi l'inserimento aveva superato i 24 mesi, evidenziando la necessità di un attento monitoraggio del rischio di un'istituzionalizzazione di lungo periodo. Particolarmente rilevante appare il dato relativo agli utenti provenienti da percorsi adottivi, che sono stati il 7% dei minorenni con disabilità e il 9% dei minorenni con disturbi psichiatrici. Inoltre, al compimento della maggiore età, i pazienti in carico ai Servizi di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza dovrebbero poter venire indirizzati ad analoghi servizi sanitari per adulti. In realtà, in circa due terzi dei casi non sono previsti servizi per adulti che garantiscano adeguate risposte sanitarie: è il caso delle persone con disabilità, che dopo i 18 anni sono considerate esclusivamente di competenza sociale e che quando presentano problemi sanitari complessi trovano risposte puntiformi per specifiche sintomatologie. Spesso, per disturbi meno gravi come la dislessia e i

⁹² Nel 2015, il 20% dei ricoveri nazionali di preadolescenti e adolescenti con diagnosi psichiatrica è avvenuto in reparto psichiatrico per adulti e il loro numero è aumentato del 45% tra il 2004 e il 2015 (dati SDO – Ministero della Salute); i dati della Regione Lombardia evidenziano un aumento del 28% dei ricoveri psichiatrici in questa fascia di età e del 45% delle giornate di degenza tra il 2011 e il 2015, con un incremento dei ricoveri in reparto psichiatrico per adulti del 96%. In particolare, si evidenzia una crescita delle situazioni urgenti, che devono essere collocate in pediatria o in SPDC, passando dal 62% al 76% per la difficoltà ad accedere in urgenza a un ricovero in NPIA.

⁹³ Royal College of Psychiatrists, Recommendations for inpatient psychiatric care for young people with severe mental illness, Londra 2005; WHO (2005), "Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans", in Mental Health Policy and Service Guidance Package: http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf.

⁹⁴ Calderoni, D. (2010), "Criticità di sistema nei ricoveri psichiatrici in adolescenza", intervento al Convegno Modelli innovativi di intervento nella crisi acuta in adolescenza, Milano, maggio 2010; Clavenna, A. – Cartabia, M. – Sequi, M. et al. (2013), "Burden of psychiatric disorders in the pediatric population", in European Neuropsychopharmacology, 23, pagg. 98-106.

⁹⁵ "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", CU 13/11/2013.

⁹⁶ Documento del GAT, "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutici in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza", del 2013; documento Regione Lombardia – Direzione Generale Salute – U.O. Programmazione e governo dei Servizi Sanitari, protocollo n. 12014.0011302 del 18 marzo 2014.



disturbi dell'apprendimento, i pazienti sono costretti a cercare supporto nel privato. Un terzo dei ricoverati, ossia quelli con disturbi psichiatrici, dovrebbe venire indirizzato ai Servizi di Psichiatria per adulti, ma il passaggio avviene solo in una parte dei casi e con rilevanti difficoltà per gli utenti e i familiari⁹⁷.

Per quanto riguarda la prescrizione di psicofarmaci per i bambini e gli adolescenti, i dati più recenti per l'Italia continuano a evidenziare che non ci sono stati sostanziali cambiamenti negli ultimi anni e che le prescrizioni sono tra le più basse al mondo, evidenziando in alcuni casi addirittura un rischio di sottoutilizzo. Gli ultimi dati sono riferiti al 2011, con una percentuale di prescrizioni nella popolazione 0-17 anni dell'1 per mille per gli antidepressivi, lo 0,7 per mille per gli antipsicotici e lo 0,2 per mille per i farmaci utilizzati nella terapia dell'ADHD⁹⁸. Anche l'utilizzo di ansiolitici/sedativi senza prescrizione appare in diminuzione (5% nel 2015 vs 10 % nel 2011) e al di sotto della media europea (6%)⁹⁹, benché la versione italiana del questionario ESPAD sollevi criticità che richiederebbero di essere approfondite riguardo all'utilizzo senza prescrizione medica. In ogni caso, alla luce del rilevante aumento nelle prescrizioni di psicofarmaci in età evolutiva, segnalato nella maggior parte dei Paesi occidentali, e delle evidenze di limitata efficacia ed elevato rischio nell'uso degli antidepressivi, appare fondamentale mantenere una particolare attenzione nel monitoraggio.

Pertanto il Gruppo CRC, come già negli anni precedenti, raccomanda:

- 1. Al Ministero della Salute e alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni** di garantire, attraverso adeguati investimenti di risorse, la presenza omogenea in tutto il territorio nazionale di un sistema integrato di Servizi di Neuropsichiatria infantile, in termini di professionalità e di strutture, in grado di operare in coerente sinergia con pediatri, pedagogisti clinici ed altre figure professionali riconosciute, così da garantire i necessari interventi non farmacologici e/o farmacologici, nonché un approccio il più possibile multidisciplinare ai disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, strutturando inoltre al suo interno Centri di riferimento per patologie particolarmente rilevanti come DCA, autismo, ADHD e riferendo annualmente l'esito dell'azione alla Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza e alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni;
- 2. Al Ministero della Salute, alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, all'Istituto Superiore di Sanità, ai Servizi di Neuropsichiatria** di strutturare un adeguato sistema di monitoraggio della salute mentale dei bambini e degli adolescenti, dello stato dei servizi ad essa dedicati e dei percorsi diagnostici e assistenziali dei disturbi neuropsichici nell'età evolutiva, riferendo annualmente l'esito dell'azione alla Commissione parlamentare per

⁹⁷ Reale, L. – Frassica, S. – Gollner, A. – Bonati, M. (2015), "Transition to adult mental health services for young people with attention deficit hyperactivity disorder in Italy: Parents' and clinicians' experiences", in *Postgrad. Med.*, 127(7), pagg. 671-676. Reale, L. – Costantino, M.A. – Sequi, M. – Bonati, M. (2014), "Transition to Adult Mental Health Services for Young People With ADHD", in *J. Atten. Disord.*, pii: 1087054714560823 [Epub ahead of print]. Reale, L. – Bonati, M. (2015), "Mental disorders and transition

to adult mental health services: A scoping review", in *Eur. Psychiatry*, 30(8), pagg. 932-942.

⁹⁸ Piovani, D. et al. (2016), "Psychotropic medicine prescriptions in Italian youths: a multiregional study", in *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 25, pagg. 235-245.

⁹⁹ Rapporto ESPAD 2015: <https://www.ifc.cnr.it/images/spotlight/2016/ESPAD%202015%20Report.pdf>.



l'infanzia e l'adolescenza e alla Commissione Salute della Conferenza della Regioni;

3. Al Ministero della Salute, al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni di pianificare interventi coordinati di promozione della salute mentale, con particolare riguardo alla prima infanzia e specifica attenzione alla sensibilizzazione e formazione dei pediatri di famiglia e degli operatori educativi e scolastici, alla prevenzione dei suicidi, dei DCA e di altri analoghi disturbi ad elevato impatto, riferendo annualmente l'esito dell'azione alla Commissione Parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza ed alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni