SALUTE E ASSISTENZA

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 psicosociali 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 in infanzia e adolescenza, permangono le criticità già evidenziate nel 5° Rapporto CRC[76]. L'Italia ha buoni modelli e normative[77], anche se poco applicate, e con ampie disuguaglianze intra e inter-regionali. Resta insufficiente lo stanziamento di risorse da parte delle Regioni 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, semiresidenziali, residenziali e di ricovero, garantendo al loro interno le *équipe* multidisciplinari indispensabili per l'efficacia dei percorsi diagnostici e terapeutici. Continuano ad esservi Regioni[78] in cui mancano gli stessi servizi territoriali e/o il personale è gravemente insufficiente e/o non sono previste tutte le figure multidisciplinari necessarie per i percorsi terapeutici[79]. La situazione è peggiorata nel 2012 a seguito dei provvedimenti di contenimento della spesa pubblica.

Come già evidenziato nel 5° Rapporto CRC[80], nelle Regioni in situazione meno precaria **l'accesso ai servizi di NPIA continua a collocarsi intorno al 5-6%** della popolazione infantile[81], **con un bisogno che è più che doppio.** La patologia psichiatrica resta quella maggiormente negletta[82], in particolare in adolescenza, sia nell'ambito della diagnosi precoce sia in quello della gestione delle emergenze che richiedono ricovero o interventi intensivi, per le quali il quadro è assai critico. Dei 382 letti di NPIA esistenti, quelli disponibili per acuzie psichiatrica sono solo 79. Solo un terzo dei ricoveri ordinari riesce ad avvenire in reparto di neuropsichiatria infantile, mentre gli altri avvengono in reparti inappropriati, compresi quelli psichiatrici per adulti[83], con il rischio di percorsi di cura inefficienti e inefficaci, e di cronicizzazio-

76 5° Rapporto CRC, pag 71-76, www.gruppocrc.net/IMG/pdf/50_Rapporto_di_aggiornamento__Gruppo_CRC.pdf.

77 Ad esempio, è l'unico paese al mondo che mantiene integrate neurologia, psichiatria e neuropsicologia all'interno dei servizi di Neuropsichiatria Infantile, nell'ottica di guardare al bambino nella sua globalità e non solo alle singole funzioni; è anche il primo Paese ad avere avviato l'integrazione dei disabili nelle scuole e ad avere chiuso i manicomi e altre istituzioni totali.

78 Ad esempio, Calabria, Campania, Liguria, Puglia, Sardegna ed altre.

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

80 Si veda 5° Rapporto CRC 2011-2012, pag. 72.

81 Regione Piemonte, www.sinpia.eu/regionali/sezione/cat/37/page/documenti; Regione Emilia-Romagna, www.saluter.it/documentazione/rapporti/ssr/Pubbli_SSR_2011.pdf; Regione Toscana, *I servizi di salute mentale in Toscana: Rapporto novembre 2010*.www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/2010/11/23/1290501980781_Servizi%20di%20salute%20mentale%20in%20Toscana.pdf.; Documento GAT Acuzie Psichiatrica in Adolescenza Regione Lombardia, http://normativasan.servizirl.it/port/GetNormativaFile?fileName=3400_DOCUMENTO%20GAT.pdf

82 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).

83 Calderoni D., *"Criticità di sistema nei ricoveri psichiatrici in adolescenza"*, intervento al Convegno "Modelli innovativi di intervento nella crisi acuta in adolescenza", Milano, maggio 2010; documento GAT Acuzie Psichiatrica in Adolescenza, Regione Lombardia, febbraio 2012. http://normativasan.servizirl.it/port/GetNormativaFile?fileName=3400_DOCUMENTO GAT.pdf

ne[84]. La maggior parte dei ricoveri psichiatrici in adolescenza avvengono per disturbi della condotta, abuso di sostanze o di alcool, gravi disturbi d'ansia e disturbi del comportamento alimentare.[85] Altrettanto critica è la situazione relativa agli inserimenti in **comunità terapeutica**, 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 nel reinserimento nel proprio territorio[86]. L'impatto dei disturbi della condotta appare essere sempre più rilevante, come l'abuso di sostanze e di alcool[87], che raramente è una vera e propria tossicodipendenza, ma ha comunque un ruolo significativo sia nella slatentizzazione del disturbo psichiatrico che nella complessità della sua gestione. Ciò implica la necessità di rimodulare i percorsi diagnostici e terapeutici e di giungere a definire modalità di raccordo stabile con i Dipartimenti Dipendenze.

Anche i **Disturbi del Comportamento Alimentare** (DCA) rappresentano un'area che richiede attenzione. In adolescenza (13-17 anni), la prevalenza *lifetime* per la Anoressia Nervosa (AN) è 0.3%, per la Bulimia Nervosa (BN) è 0.9%, per il *Binge Eating Disorder* (BED) 1.6%, con una prevalenza sottosoglia[88] di 0.8% per la AN e 2.5% per il BED[89]. Dati italiani indicano invece una prevalenza tra 12 e 25 anni del 2% per l'AN, tra il 2 e il 3% per la BN, e del 3-4% per i disturbi EDNOS[90]. L'assenza di un sistema di classificazione universalmente accettato e di modalità standardizzate per determinare la presenza e il tipo di disturbo alimentare tra i bambini rende difficile il confronto tra i risultati degli studi sull'epidemiologia e le risposte al trattamento.

L'incidenza dei DCA si è mantenuta abbastanza stabile negli ultimi anni, con un abbassamento nell'età d'esordio. L'incidenza dei DCA fino a 13 anni è stimata in 3,01 nuovi casi ogni 100.000, con una chiara relazione tra incidenza e aumento dell'età[91]. Non sono stati identificati casi di DCA al di sotto dei 5 anni. In recenti studi italiani[92], l'incidenza dell'AN è di 4-8 nuovi casi anno per 100.000 individui, e di 9-12 per la BN, e l'età di esordio è stabilizzata fra i 10 e i 30 anni, con una età media di 17 anni. Questi dati mostrerebbero un aumento soprattutto per la BN e il BED. Inoltre, il rapporto maschi-femmine, finora stimato a 1/9, si sta modificando per l'aumento del numero dei maschi in età pre-adolescenziale e adolescenziale colpiti dalla malattia o con nuovi disturbi tipici del sesso maschile come, ad esempio, la bigoressia o *reverse anorexia*[93].

La creazione di una piattaforma online[94], con una mappa aggiornata e dettagliata dei servizi pubblici e convenzionati su scala nazionale e delle associazioni dedicate ha confermato che sono pochissime le strutture specifiche per il trattamento dei DCA in età evolutiva e le prime risposte terapeutiche finiscano per essere prevalentemente affidate ai singole figure professionali (pediatri, psicologi, dietologi etc.), che per lo più rispondono al problema solo foca-

84 Royal College of Psychiatrists, "*Recommendations for In-patient psychiatric care for young people with severe mental illness*", London 2005, WHO (2005), "Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans", Mental Health Policy and Service Guidance Package, www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf.

85 Calderoni D., "*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., Costantino M.A., Bortolotti A., Fortino I., Merlino L., Bonati M., "*Burden of psychiatric disorders in the pediatric population*", European Neuropsychopharmacology 23, 2013, 98–106.

86 Direzione Generale Sanità Regione Lombardia, Report relativo ai ricoveri extracontratto 2010, nota della DG Sanità del 4-6-2012 prot H1.2012.0017581 http://normativasan.servizirl.it/port/GetNormativaFile?fileName=3660_Ricoveri extracontratto psichiatria e NPIA 2010.doc_

87 Si veda anche Capitolo VII, paragrafo "Il consumo di droghe e alcool tra i minori".

88 In cui cioè un disturbo alimentare sembra comunque presente, anche se non vengono rispettati completamente i criteri diagnostici del DSM-IV

89 Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., Merikangas, K. R. (2011), "*Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescence*", Archives of General Psychiatry, 68 (7), 2011, pp. 714-723.

90 Dati Aba (Associazione Bulimia Anoressia, 2012) e SISDCA (Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare, 2012).

91 Nicholls, D., Bryant-Waugh, R., "*Eating Disorders of Infancy and Childhood: Definition, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity*", Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 18, 2009, pp. 17-30.

92 AA VV., "*Il coraggio di guardare. Prospettive e incontri per la Prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare*", Collana Mettere le Ali, 2012.

93 Fonte: ABA (Associazione Bulimia Anoressia), www.bulimianoressia.it/.

94 La piattaforma www.disturbialimentarionline.it è stata realizzata nell'ambito del progetto nazionale 'Le Buone Pratiche di cura e la Prevenzione sociale nei disturbi del comportamento alimentare' promosso dal Ministero della Salute e dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento della Gioventu' (2007-2010).

lizzandosi sull'aspetto concreto dell'alimentazione, trascurando l'importanza delle famiglie e dei genitori nella cura dei DCA. In realtà un intervento non corretto rischia di rinforzare il sintomo e di favorirne l'evoluzione verso la cronicità.
Le raccomandazioni del Documento di Consenso a cura dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS)[95] confermano l'efficacia di un modello organizzativo per la gestione dei DCA età-specifico, multidimensionale, interdisciplinare e multi-professionale integrato, e sottolineano la necessità di celebrare al più presto una *consensus conference* specifica per i DCA in età infantile e adolescenziale.

Per quanto riguarda i **suicidi**, gli ultimi dati si riferiscono al periodo 1993-2009 e i quozienti per classe d'età pubblicati consentono analisi solo per gli under 25[96]. La mortalità è diminuita significativamente, con un dimezzamento del numero di suicidi ogni centomila abitanti, che sono passati per i maschi da valori vicino a 4 per centomila nel 1993 a 2,1 nel 2009. Importanti riduzioni, quasi un terzo di suicidi in meno rispetto al valore di inizio periodo, si sono registrate anche tra le donne con meno di 24 anni (da 0,9 a 0,6 per centomila). La composizione per sesso evidenzia la maggiore propensione dei maschi al suicidio, più di tre volte superiore a quella delle femmine.

Per quanto riguarda **la prescrizione degli psicofarmaci per i bambini e gli adolescenti,** i dati più recenti evidenziano che non ci sono stati sostanziali cambiamenti negli ultimi anni. Come già illustrato nel 5° Rapporto CRC[97], la prevalenza di prescrizioni in età pediatrica di antipsicotici e antidepressivi dal 2003 al 2010 è diminuita rispetto ai tre anni precedenti ed è stabile (1,1 per mille per gli antidepressivi e 0,7 per mille per gli antipsicotici). I dati del registro nazionale dell'ADHD indicano che nel periodo 2007-2012 sono stati 2239 (0,03% della popolazione italiana tra i 6 e i 17 anni) i bambini e i ragazzi in trattamento con metilfenidato o atomoxetina[98]. Sostanzialmente stabile risulta l'uso di sedativi e tranquillanti senza prescrizione medica negli adolescenti (12% nelle ragazze e 8% nei ragazzi)[99].
Nonostante tale situazione, la preoccupazione nell'opinione pubblica sull'uso di psicofarmaci nei bambini affetti da ADHD è in crescita. Sebbene tali terapie sembrino ben tollerate, è senza dubbio necessario pianificare studi di verifica longitudinali più a lungo termine, poiché un terzo dei bambini in terapia interrompe il trattamento prima di un anno per eventi avversi a volte gravi[100]. Va inoltre segnalato come il trattamento farmacologico di bambini al di sotto dell'età che consente di effettuare diagnosi di ADHD secondo i criteri internazionali (6 anni) risulti inefficace ed inappropriato, con il 90% dei bambini che continuano a manifestare i sintomi anche molto tempo dopo l'inizio del trattamento farmacologico[101]. Andrebbero inoltre implementate le risorse per i trattamenti non farmacologici scientificamente validati.
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 è particolarmente critica proprio nell'ambito degli interventi intensivi per la patologia psichiatrica in adolescenza, che pur essendo carenti sul piano quantitativo, maggiormente si potrebbero prestare a rischi di istituzionalizzazione di ritorno. Resta da realizzare la sensibilizzazione e formazione dei pediatri di famiglia, nella direzione di un raccordo stabile con i servizi di NPIA.
Sul piano dei **documenti istituzionali e linee guida**, si segnala che sono stati approvati in Conferenza Stato-Regioni un documento di indirizzo sui disturbi dello spettro autistico e due

95 www.iss.it
96 ISTAT, "I suicidi in Italia", www.istat.it/it/archivio/68812, 2012
97 Si veda 5° Rapporto CRC

98 Istituto Superiore di Sanità, Registro nazionale ADHD, www.iss.it/adhd/
99 The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf
100 Didoni A, Sequi M., Panei P., Bonati M., "*Lombardy ADHD Registry Group. One-year prospective follow-up of pharmacological treatment in children with attention-deficit/hyperactivity disorder*", Eur J Clin Pharmacol. 2011 Oct;67(10):1061-7
101 The Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS) 6-Year Follow-Up -www.jaacap.com/article/S0890-8567(12)00993-8/abstract

sui disturbi specifici di apprendimento[102], ed è stato approvato il Piano d'Azione Nazionale Salute Mentale con un'ampia parte relativa ai servizi di NPIA e alla necessità di un adeguato sistema di monitoraggio[103]. È stata inoltre celebrata presso l'ISS la *Consensus Conference* sui DCA[104]. Proseguono, in alcune Regioni, programmi di intervento mirati per migliorare il coordinamento e la rete[105], e per potenziare i servizi attraverso progetti innovativi[106]. Nel Piano Nazionale Prevenzione[107] è previsto il contrasto ai DCA, con lo sviluppo di programmi di prevenzione nelle scuole. Si segnalano in questo senso positive esperienze[108], numericamente contenute, volte a evitare fattori di rischio e a favorire quelli protettivi, che evidenziano la centralità di un approccio multi-fattoriale e di una modalità relazionale di interazione e condivisione dei vissuti emotivi con ragazzi e ragazze, genitori e insegnanti.
Ciononostante, nel campo della promozione della salute mentale in infanzia e adolescenza e della diagnosi precoce dei disturbi neuropsichici, le iniziative continuano a restare poche, frammentate, con fondi molto limitati soprattutto nell'attuale periodo di crisi, 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.

Pertanto il Gruppo CRC, come già nel 2012, 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, sia in termini di professionalità che di strutture, in grado di operare in coerente sinergia con pediatri, pedagogisti clinici e altre figure professionali riconosciute, così da garantire un approccio il più possibile multidisciplinare ai disturbi neuro psichici dell'infanzia e dell'adolescenza, e di strutturare al suo interno Centri di Riferimento per patologie particolarmente rilevanti come DCA, autismo ecc., 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 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 attenzione alla sensibilizzazione e formazione dei pediatri di famiglia e degli operatori scolastici, all'uso appropriato dei farmaci, alla prevenzione

102 Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012, "*Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA)*", Atti n.140/CSR www.statoregioni.it/Documenti/DOC_037451_140%20%20csr%20punto%20%201bis.pdf); Conferenza Unificata del 22 novembre 2012, "*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*", rep. Atti n. 132/CU www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038443_132%20CU%20(P.%205%20BIS%20ODG).pdf; Conferenza Stato-Regioni, "*Linee guida per la predisposizione dei protocolli regionali per le attività di individuazione precoce dei casi sospetti di DSA in ambito scolastico*", Atti n. 13/CSR del 24/01/2013 www.statoregioni.it/Documenti/DOC_039336_13%20%20csr%20punto%201%20odg.pdf).
103 "*Piano di azioni nazionale per la salute mentale*", Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 24/01/2013 2013, rep. Atti n. 4/CU www.statoregioni.it/Documenti/DOC_039329_4%20CU%20(P.%2010%20ODG).pdf
104 Informazioni su www.iss.it._
105 Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Toscana.
106 Emilia Romagna, Lombardia, Toscana.
107 Si veda ultimo Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, pag. 45-46.
108 Progetto nazionale "Le Buone Pratiche di cura e la Prevenzione sociale nei disturbi del comportamento alimentare" promosso dal Ministero della Salute e dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento della Gioventu' (2007-2010); AA VV., "*Il coraggio di guardare. Prospettive e incontri per la Prevenzione dei Disturbi del Comportmamento Alimentare*", Collana Mettere le Ali, 2012

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 e alla Commissione salute della Conferenza della Regioni.