- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.236 Sat, 05 Jul 2025, 21:38:48

EDITORIALE

"Se fosse cancro ci sarebbe una protesta, ma è salute mentale"

Maurizio Bonati
Dipartimento di Sanità Pubblica
IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche
Mario Negri, Milano
maurizio.bonati@marionegri.it

La "lotteria" dell'accesso ai Servizi di salute mentale per l'infanzia...

Questo il titolo di un recente "senza esclusione di colpi" nella rubrica *Views and Reviews* del BMJ[1]. Tra le varie considerazioni di Margaret McCartney, *general practitioner* a Glasgow, "ricordiamoci che: l'accesso ai Servizi di salute mentale per l'infanzia è una lotteria, dove l'attesa di anni è la consuetudine; trovare un posto letto libero per un bambino o adolescente presenta difficoltà enormi e immutabili nel tempo; un terzo dei bambini e degli adolescenti inviati al servizio di salute mentale non ha accesso e deve rivolgersi a strutture private. Se si trattasse di cancro ci sarebbe stata una protesta. Ma trattandosi di salute mentale, ci mettiamo un cerotto". In Italia la situazione è peggiore, eppure la reazione non sembra essere diversa. Tra il 2011 e il 2016, la prevalenza delle prestazioni pubbliche per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza è aumentata del 40-45%, con una crescita annua media del 7%. Sono aumentate le richieste per disturbi specifici dello sviluppo (quali la dislessia e i disturbi del linguaggio) e le richieste per utenti con disabilità o con disturbi psichiatrici di rilevante gravità e complessità. L'accesso ai Servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva varia tra le Regioni tra il 4% e l'8% della popolazione infantile e adolescenziale, a fronte di un bisogno che è più che doppio. Tuttavia, anche nelle realtà apparentemente più virtuose solo 1 utente su 2 riesce ad accedere ai Servizi, e 1 su 3 riceve gli interventi terapeutici di cui avrebbe necessità. In particolare, il continuo incremento di accessi ai Servizi va spesso a discapito di un'adeguata presa in carico dopo la diagnosi. Le famiglie si trovano così costrette a cercare risposte lontano da casa o nel privato, con carichi emotivi, pratici ed economici rilevanti[2].

La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) ha più volte gridato interpretando sia le critiche degli operatori che le lamentele dei pazienti e delle loro famiglie, ma con voce flebile[3]. Anche il 3° Rapporto supplementare del Gruppo CRC (Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza)[4], complementare a quello fornito dal Governo e che sarà trasmesso alle Nazione Unite, dopo aver fotografato lo stato delle politiche dell'infanzia dalla prospettiva del terzo settore, a partire dall'esperienza di coloro che lavorano quotidianamente con i bambini e gli adolescenti, ribadisce che l'Italia deve rafforzare Servizi e programmi di qualità per la salute mentale (box).

La politica cosa fa? Valgono le ragioni della politica locale e non il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni.

La politica cosa fa? Non è servito ai ragazzi, alle famiglie, agli operatori dei Servizi e all'organizzazione stessa dei Servizi avere un ministro, prima per la famiglia e la solidarietà sociale e poi sottosegretario alla Salute, che fosse neuropsichiatra[5]. A livello regionale, anche per la neuropsichiatria, i modelli assistenziali sono confacenti alle ragioni della politica locale e non al monitorag-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.236 Sat, 05 Jul 2025, 21:38:48

gio dell'appropriatezza delle prestazioni, della valutazione degli esiti, della soddisfazione degli utenti e degli operatori per il miglioramento delle cure. I modelli si moltiplicano differenziandosi, così come le disuguaglianze intra- e inter-regionali, mentre i bisogni rimangono inevasi, fino a quando saranno i budget a guidare le pianificazioni. Così con il decreto del gennaio 2017 tra i nuovi LEA (livelli essenziali di assistenza) sono riconosciuti anche i disturbi dello spettro dell'autismo[6], affinché il Fondo sanitario nazionale abbia il finanziamento per attuare la legge 134 del 2015[7], che a sua volta avrebbe dovuto attuare le linee di indirizzo del 2012 per il completamento delle linee guida del 2011. I tempi della politica, si potrebbe dire, ma nel frattempo? E dopo? I LEA sono da sempre disattesi in quelle Regioni in perenne disavanzo economico e con rientro discrezionale. Quindi, quali essenzialità sono riconosciute? Quale equità? Ma se i giovani pazienti autistici e le loro famiglie possono avere almeno una speranza, quelli con altri disturbi psichiatrici?

Anche le speranze sono un indicatore di disuguaglianza.

Le speranze certo non mancano, in particolar modo quando rappresentano le ultime prospettive di pazienti disperati non presi in carico e di famiglie abbandonate, come è nel caso della salute mentale. Ma anche le speranze sono un indicatore di disuguaglianza perché non nascono ovunque, ma solo dove il *terroir* lo consente. Lo è per esempio il recente "Piano regionale salute mentale" della Regione Friuli Venezia Giulia che, nonostante un modello organizzativo all'avanguardia e le criticità dell'esperienza basagliana, pone tra gli obiettivi principali l'identificazione precoce, la diagnosi, la cura e l'abilitazione/riabilitazione rivolta ai minori con disturbi neuropsichiatrici[8]. Oltre alla definizione dei percorsi di transizione delle cure dall'età pediatrica a quella adulta e all'adozione di linee guida per le emergenze psichiatriche anche per l'infanzia e l'adolescenza.

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 e 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 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; dell'adolescenza, strutturando.
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 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 e alla Commissione Salute della Conferenza della Regioni. •

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.236 Sat, 05 Jul 2025, 21:38:48

La spesa sanitaria nazionale ammonta a 150 miliardi, il 75% sostenuto dal settore pubblico (6,5% del PIL, prodotto interno lordo, nel 2016). Il Ministro uscente ha affermato che "servono più soldi per il Servizio Sanitario Nazionale. Basterebbero 2-3 miliardi non 150. A breve termine la spesa andrebbe portata al 7% del PIL". Ma per farne che cosa? "Per rispettare il fabbisogno dell'invecchiamento della popolazione", quindi bambini e adolescenti con disabilità anche complesse e croniche non sono contemplati. In campagna elettorale i Programmi sono straordinari, la salute viene da tutti riconosciuta come un diritto. Alcuni (pochi) vanno oltre indicando come interventi necessari (e promessi): la riqualificazione degli ambienti di cura, l'aggiornamento professionale, la formazione sul campo e il potenziamento del personale. Parole di speranza e non Piani d'azione. Tutto il mondo è paese? Forse. Ma il diritto alla salute è universale, individuale e collettivo e va perseguito e promosso come dichiarato nel 1948 dall'OMS e ribadito dall'art. 32 della Costituzione italiana. Tuttavia nonostante la creazione dell'Autorità garante nazionale per l'infanzia e l'adolescenza (2011) e di 16 garanti regionali, oltre ad alcuni metropolitani, le disattenzioni (disuguaglianze) crescono e cronicizzano e la lettura dei dati (bisogni) è condizionata dalle opportunità dei decisori.

Il diritto alla salute: universale, individuale, collettivo e sancito da OMS e dalla nostra Costituzione.

In un'area in cui le povertà si incrociano (quella della psichiatria[9], quella dei bambini e degli adolescenti [1 milione in Italia, il 10% dei minori, vive in condizioni di povertà assoluta[10]], quella della politica[11]) l'essenzialità del senso e dell'utile di un intervento per la comunità necessita di essere recuperata.

In Italia i casi prevalenti vivi dopo una diagnosi di tumore sono circa 3 milioni[12]. Sono oltre 800.000 i bambini e gli adolescenti con bisogni di cure neuropsichiatriche, solo 400.000 accedono ai Servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva, ma solo 150.000 ricevono gli interventi terapeutici prescritti.

Che succederebbe se accadesse lo stesso nei Servizi oncologici? **R&P**

BIBLIOGRAFIA

1. McCartney M1. Margaret McCartney: if this was cancer there'd be an outcry-but it's mental health. BMJ 2017; 359: j5407.
2. Chiarotti F, Ambrosio V, Cordella D, Venerosi A. Offerta sanitaria e sociosanitaria per bambini e adolescenti con disturbi dello spettro autistico in Italia. In Rapporti ISTISAN 2017; 17/16: 16-55. www.iss.it/binary/publ/cont/17_16_web.pdf; Lo stato dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza 2016: www.sinpia.eu/appello_NPIA.pdf
3. SINPIA, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza www.sinpia.eu/index.php
4. Campi R, Gruppo Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza. I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. 3° Rapporto Supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza in Italia. Novembre 2017. Save the Children Italia, Roma 2017.
5. https://it.wikipedia.org/wiki/Antonio_Guidi_(politico)
6. www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg
7. www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/08/28/15G00139/sg
8. Piano Regionale Salute Mentale Infanzia, Adolescenza e Età Adulta anni 2018-2020. Regione Friuli Venezia Giulia. Allegato 1 della Delibera 122-2018. www.regione.fvg.it/asp/delibere/layout2008_2.asp?pag=1&cerca=true&anno=2018&num=122&tx_dataDel=&key=&uf=
9. Saraceno B. Sulla povertà della psichiatria. Roma: DeriveApprodi, 2017.
10. Save the Children. Fino all'ultimo bambino. Rapporto attività 2016. www.savethechildren.it/sites/default/files/files/uploads/pubblicazioni/fino-allultimo-bambino-rapporto-attivita-2016.pdf
11. Revelli M. Poveri, noi. Torino: Giulio Einaudi, 2010.
12. Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM). I numeri del cancro 2016. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2016.