



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

Pandemia, neurosviluppo
e salute mentale
di bambini e ragazzi

Documento di studio e di proposta

I - La ricerca qualitativa

Istituto
Superiore
di Sanità





*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

**Pandemia, neurosviluppo
e salute mentale
di bambini e ragazzi**

Documento di studio e di proposta

I - La ricerca qualitativa



Il presente documento è stato realizzato nell'ambito dell'accordo di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

Ringraziamenti

Si ringraziano il Presidente e i componenti del Comitato scientifico e tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione del presente lavoro, in particolare i partecipanti ai focus group e gli esperti intervistati nel corso delle audizioni.

Roma, Maggio 2022

Grafica e Stampa: Grasso Antonino sas



INDICE

Premessa	6
1. La ricerca: un inquadramento teorico e metodologico	9
1.1. Gli assunti di base	10
1.2. Obiettivi, fasi e metodologia	13
1.2.1. Metodologia	17
2. Risultati	23
2.1. Macro-tema 1: risposta dei servizi e delle comunità	24
2.1.1. Telemedicina	26
2.2. Macro-tema 2: impatto della pandemia sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei bambini e dei ragazzi	28
2.2.1. I fattori di rischio e di resilienza esogeni ed endogeni	32
2.3. Macro-tema 3: strategie di prevenzione	37
3. Approfondimenti tematici	41
3.1. Scuola	42
3.2. Minorenni stranieri non accompagnati	46
3.3. Dipendenze	47
4. Conclusioni	49
5. Le raccomandazioni dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza	57
Appendice: lista dei partecipanti	65
Allegati	73
1. Cabina di regia progettuale	74
2. Decreto di costituzione del Comitato scientifico	76
3. Nota dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza	79
Bibliografia	81



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

Premessa



Premessa

La pandemia da SARS-CoV-2 e le misure intraprese per il suo contenimento hanno avuto e, probabilmente continueranno ad avere, effetti considerevoli nella vita delle persone, specialmente quelle di minore età, con ripercussioni sul loro benessere psico-fisico.

Durante la fase pandemica acuta e in quelle successive, i diritti dei bambini e dei ragazzi - al gioco, allo sport, al tempo libero, allo sviluppo delle potenzialità, alla socializzazione - sono stati compressi e messi in secondo piano, trovando poco spazio nei provvedimenti emergenziali. Inoltre, la sospensione delle attività educative in presenza e la sostituzione delle attività di istruzione con la didattica a distanza durante la prima fase della pandemia e, successivamente, a intermittenza, nelle zone rosse e arancioni del Paese, nonché per le eventuali quarantene nei singoli istituti scolastici, hanno limitato le occasioni di apprendimento, di crescita, di scoperta e di confronto che avvengono a scuola.

In questo contesto, numerosi segnali d'allarme sono pervenuti dai presidi territoriali e ospedalieri di accoglienza e cura delle persone di minore età - pronto soccorso pediatrico, ambulatori, servizi sociali, servizi territoriali e ospedalieri di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza - i quali hanno registrato un incremento dei casi di disagio, di autolesionismo, di disturbi del comportamento alimentare e del sonno, dipendenze da alcol o droghe, senso di solitudine e ritiro sociale, soprattutto in riferimento agli adolescenti.

Tali segnali sono stati raccolti dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (Agià) che, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, tesi a favorire l'attuazione della Convenzione Onu del 1989, ha inteso promuovere una ricerca scientifica nazionale sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti ai tempi del COVID-19. In particolare, l'Autorità garante, istituita con legge 12 luglio 2011, n.112, annovera tra i suoi compiti quello di promuovere e garantire il diritto alla salute delle persone di minore età e pari opportunità nell'accesso alle cure (art.3 comma 1 lett. e), nonché quello di segnalare al Governo e alle altre istituzioni tutte le iniziative opportune per assicurare la tutela del diritto alla salute (art. 3 comma 1 lett. g).

L'obiettivo della ricerca, realizzata in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, è quello di comprendere, quantificare e qualificare il fenomeno, nella sua estensione e profondità, in modo da individuare strategie efficaci a supporto della popolazione di minore età e individuare *best practice* per aiutare i soggetti in condizioni di fragilità o a rischio.

Essa ha durata triennale ed è suddivisa in tre macro-fasi con obiettivi a breve, medio e lungo termine. Il presente report illustra i risultati della prima fase, relativa all'ascolto qualificato, attraverso focus group, di una molteplicità di esperti che lavorano a contatto con le persone di minore età in ambito psico-sociale, educativo, sanitario.



A dare consistenza, unitarietà e valore scientifico all'intero impianto progettuale è anche la presenza di un Comitato scientifico, nominato dall'Autorità garante, che ne ha seguito i vari passaggi, ha partecipato alla conduzione dei focus group e ha contribuito a delineare possibili scenari alla luce delle evidenze emerse.

Queste ultime, sebbene ci si trovi ancora nell'ambito di una raccolta "qualitativa" dei dati, hanno l'obiettivo di orientare le politiche dei decisori istituzionali ai diversi livelli di governo, affinché la programmazione delle risorse avvenga sia in chiave generale, in termini di promozione del neurosviluppo e della salute mentale di tutte le persone minori di età, sia in modo mirato, in riferimento ad aree territoriali e a soggetti a maggior rischio e/o in condizioni di fragilità.

La definizione e l'attuazione di interventi appropriati per la popolazione generale e per quella a maggior rischio e/o in condizioni di fragilità, deve avvenire entro una rete collaborativa tra le istituzioni e i professionisti coinvolti in prima linea nell'educazione, nell'assistenza e nella cura dei bambini e degli adolescenti, in modo partecipativo con le famiglie e i soggetti stessi, in una logica di *welfare* abilitante. È indispensabile che tutti gli attori coinvolti nello sviluppo della salute psicofisica dei minori di età - il mondo sanitario, il contesto sociale, le realtà educative, scolastiche e l'ambito della ricerca e formazione nell'età evolutiva - siano coinvolti e chiamati a contribuire attivamente e sinergicamente per promuovere e tutelare il neurosviluppo, il benessere psicologico, la salute mentale e la resilienza dei bambini e delle loro famiglie.

Il sostegno e la promozione del neurosviluppo e della salute mentale attraverso l'individuazione precoce, la presa in carico e i trattamenti appropriati e integrati costituiscono, infatti, un'importante opportunità e possibilità di ripristinare il benessere delle persone di minore età. Tali interventi non sono più differibili e vanno sistematizzati su scala nazionale per implementare un piano d'azione che soddisfi i bisogni psicosociali e di salute mentale dei bambini e degli adolescenti vulnerabili durante e dopo la pandemia e che li accompagni nella ripresa per affrontare la realtà che li circonda.

Carla Garlatti



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

I.

La ricerca: un inquadramento teorico e metodologico



I. La ricerca: un inquadramento teorico e metodologico

I.1 Gli assunti di base

L'obiettivo della presente ricerca è quello di indagare gli effetti della pandemia da COVID-19 sul neurosviluppo e sulla salute mentale delle persone di minore età e gli effetti che le misure governative, attuate per contenere l'emergenza, hanno determinato.

In tale ambito e in linea con la definizione di salute dell'Organizzazione mondiale della sanità, per **salute mentale** si assume un concetto onnicomprensivo - parte integrante della salute in generale -, che accompagna la persona lungo il suo percorso di vita, dalla nascita sino alla morte. La salute mentale è, pertanto, uno stato di benessere emotivo e psicologico all'interno del quale la persona è in grado di sfruttare al meglio le proprie capacità cognitive ed emozionali, di stabilire relazioni soddisfacenti con gli altri e di partecipare in modo costruttivo ai mutamenti dell'ambiente. In quanto tale, essa è influenzata da diversi fattori: personali (genetici, ereditari, relativi alla gestione delle emozioni), ma anche ambientali (familiari, contesto socio-economico). La salute, e quindi anche la salute mentale, è un diritto tutelato dalla Convenzione Onu sull'infanzia e l'adolescenza, quale risultato di un armonico, naturale e completo sviluppo dell'individuo in ogni aspetto della sua esistenza, un bene che va curato e tutelato fin dal concepimento e durante l'intero arco della crescita della persona. Inoltre, l'articolo 32 della Costituzione italiana riconosce la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. E ancora, il diritto alla salute è connesso al valore della dignità umana: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali..." (articolo 3 Costituzione). Il richiamo all'uguaglianza rispetto alle opportunità di accesso ai servizi e di presa in carico per la cura trova il suo fondamento, pertanto, non solo nei documenti internazionali, ma anche nella Costituzione italiana.

Al tema della salute mentale si affianca quello del **neurosviluppo**. Quest'ultimo è concetto più recente, sviluppato a partire dal rapidissimo incremento delle conoscenze nell'ambito delle neuroscienze. Descrive il complesso percorso attraverso il quale il sistema nervoso centrale e le funzioni adattive (sensoriali, motorie, cognitive, comunicative, emotivo-relazionali, ecc.) giungono a maturazione, a partire dal concepimento e fino alla prima età giovanile, nell'intreccio tra numerosi fattori di rischio e protettivi, genetici, neurobiologici e ambientali. In tale percorso assumono un ruolo determinante le finestre evolutive, periodi nei quali è massimo l'impatto dei fattori ambientali sullo sviluppo di funzioni e competenze, e che sono alla base della necessità di attenzioni età-specifiche nell'infanzia e adolescenza. Esse sono strettamente correlate alla sequenza con cui avviene la maturazione cerebrale, che



determina periodi di maggiore sensibilità per l'evoluzione di ciascuna funzione e contemporaneamente di maggiore rischio in caso di deprivazione ambientale o di fattori lesivi. Possono essere molto diverse nella durata e nel *timing* a secondo della funzione considerata. Ad esempio, la finestra sensibile per lo sviluppo del linguaggio va dai primi mesi di vita ai 5 anni e prosegue decrescendo fino alla fine della scuola elementare, mentre quella per l'apprendimento della lettura e della scrittura inizia nella scuola materna, ha il periodo di massima sensibilità intorno ai 6-7 anni e si chiude progressivamente intorno ai 12 anni. La finestra relativa allo sviluppo delle competenze sociali, delle funzioni cognitive superiori e delle emozioni complesse è quella più prolungata, che giunge fino alla prima età adulta.

Fattori di rischio comuni e componenti genetiche, neurobiologiche e ambientali trasversali ed età specifiche possono interferire con tale complesso processo, determinando la comparsa di disturbi del neurosviluppo. Agiscono modificando lo sviluppo del cervello molto precocemente, determinando la riorganizzazione delle reti neurali che sottendono all'apprendimento, alle emozioni e al comportamento. Tali modifiche a loro volta alterano la sensibilità e le risposte agli stimoli ambientali e i loro effetti possono essere evidenti fin dai primi anni di vita, con disturbi come l'autismo, i disturbi di linguaggio e apprendimento, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, l'epilessia, oppure rendersi evidenti più tardivamente, con disturbi come la schizofrenia e la depressione.

Questa ricerca prende avvio da alcuni studi condotti durante il *lockdown*, prevalentemente su un target ristretto di popolazione, da cui si evidenzia che l'emergenza COVID-19 ha avuto un impatto negativo sul benessere psicologico e sul neurosviluppo di bambini e adolescenti. L'emergenza ha influenzato in modo sfavorevole la loro salute mentale e ha causato un incremento dei disturbi dell'umore, del comportamento alimentare, del sonno e un aumento di solitudine o ritiro sociale, nonché la comparsa di altri disturbi del neurosviluppo.

Nelle persone con disabilità è stato riscontrato un aumento dei disturbi del comportamento e, in generale, del disagio/sofferenza psichica. È stato registrato, altresì, un aumentato consumo di alcool (*binge drinking*) e di sostanze d'abuso. Recenti studi hanno evidenziato un abbassamento dell'età nel consumo di droghe pesanti (eroina e cocaina) sotto i 14 anni e l'uso di sostanze sintetiche o di colla, a partire dagli 8 anni.

Nel maggio 2020, l'Istituto Superiore di Sanità ha diffuso il documento "Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19" (1)- elaborato in collaborazione con le principali sigle scientifiche e professionali del mondo della pediatria e della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e con il supporto dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza - con lo scopo di proporre



strategie di promozione dello sviluppo neuropsichico garantendo il minimo rischio possibile di contagio per bambini, adolescenti e i loro familiari.

Ricercatori e clinici dell'età evolutiva - in quel documento - hanno allertato le istituzioni sulle possibili conseguenze dell'impatto della pandemia sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei minori di età, ipotizzando che gli effetti critici avrebbero interessato in modo prevalente bambini e adolescenti e, in particolare, coloro che si trovavano in situazioni di svantaggio e di emarginazione (2).

Parallelamente, l'Istituto nazionale di statistica ha evidenziato che tra i 6 e i 17 anni, oltre il 12% dei ragazzi non aveva disponibilità di pc o tablet per la didattica a distanza (DAD) e almeno il 40% viveva in condizioni di sovraffollamento abitativo. Inoltre, Save the children ha segnalato i rischi associati a queste criticità, in termini di apprendimento e sviluppo socio-emotivo e motivazionale (3).

In **ambito internazionale**, diversi sono gli studi che hanno analizzato l'impatto della pandemia da COVID-19 sulla salute mentale di bambini e ragazzi (4-8). Sebbene siano necessari ulteriori studi longitudinali e siano presenti *bias* di campionamento (9), i disturbi più frequentemente riportati in letteratura sono la depressione, l'ansia, il disturbo del sonno, il disturbo da stress post-traumatico e i disturbi emotivi e comportamentali (10-11). La pandemia potrebbe aver comportato anche un aumento di disturbi del comportamento alimentare (12) e dei tassi di suicidio, ideazioni suicidarie e autolesionismo (13). Alcuni autori hanno riportato un crescente uso di alcool, cannabis, tabacco e gioco su internet negli adolescenti (8, 14-17). Sebbene l'aumento moderato e per scopi significativi dell'uso delle tecnologie sia stato adattivo alle esigenze del periodo pandemico, l'eccessivo coinvolgimento e/o esposizione a specifiche attività *online* – come il gioco d'azzardo, la visione di materiale pornografico, i videogiochi, l'uso dei *social media* e lo *shopping* – potrebbe aver portato le persone di minore età più vulnerabili all'insorgenza di gravi problematiche e all'aumento di rischio di un uso disordinato o dipendenza (18). I risultati di un sondaggio internazionale condotto dall'Unicef e da Gallup in 21 paesi – presentato nel documento “La condizione dell'infanzia nel mondo” (19) – riportano che un giovane su cinque, tra i 15 e i 24 anni, ha dichiarato di sentirsi spesso depresso o di avere poco interesse nello svolgimento di attività.

Nonostante la maggior parte degli studi condotti sinora esplorino le conseguenze della pandemia da COVID-19 solo a breve termine e le ricerche presentino significativi *bias* metodologici (8), è ormai chiaro che la pandemia ha avuto, e continuerà ad avere, effetti considerevoli nella vita delle persone. Inoltre è stato evidenziato che la qualità e l'ampiezza dell'impatto sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei minori di età sia influenzata da vari fattori come l'età, lo stato di istruzione, le condizioni di salute mentale preesistenti, l'essere economicamente svantaggiati o l'essere/essere stati in isolamento forzato (20-22). A questo proposito, un recente studio sui predittori di esito negativo ha enfatizzato il ruolo



dell'isolamento sociale, della durata di esposizione agli schermi e dell'uso eccessivo dei *social media*, dello stress dei genitori e delle problematiche di relazione tra genitori e figli, del basso status socio-economico e della preesistenza di condizioni di salute mentale e/o disabilità (23).

Pur presentando analoghi limiti metodologici, le ricerche sinora condotte in **ambito nazionale** sembrano confermare i dati internazionali. A dicembre 2020, Save the children aveva segnalato che gli stati d'animo prevalenti negli studenti italiani tra i 14 e i 18 anni erano stanchezza (31%), incertezza (17%), preoccupazione (17%), irritabilità (16%), ansia (15%), disorientamento (14%), nervosismo (14%), apatia (13%), scoramento (13%) ed esaurimento (12%) (3).

Nel maggio 2021, il gruppo di esperti su infanzia, adolescenza e COVID-19, istituito *a latere* dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, ha diffuso un documento (24) che riporta alcuni dei principali studi condotti nel territorio italiano. Nello stesso documento si segnala, nell'anno 2020, un aumento del 46% - rispetto all'anno precedente - di richieste di supporto psicologico per paure e tematiche depressive, condotte autolesive, ideazione e tentativi di suicidio gestiti dal Centro di ascolto e consulenza del servizio Telefono Azzurro (24). Inoltre, l'Osservatorio epidemiologico del Ministero della salute segnala un aumento del 30% dei disturbi del comportamento alimentare durante i mesi del *lockdown* (25) e il Centro disturbi del comportamento alimentare dell'IRCCS Ospedale San Raffaele Turro ha raddoppiato il numero delle prime visite da marzo 2020 a dicembre 2021 per disturbo del comportamento alimentare, particolarmente per anoressia nervosa (26).

Ulteriori studi, condotti in diverse aree del territorio nazionale, confermano che la pandemia e le misure messe in atto per contenerla, potrebbero aver avuto un impatto rilevante sul neurosviluppo e sulla salute mentale di bambini e ragazzi, in particolar modo per coloro che già vivevano in condizioni di maggior svantaggio (22, 27-31).

Gli studi e le ricerche evidenziati, tuttavia, esaminano solo un aspetto della salute mentale dei bambini e ragazzi, si focalizzano su una specifica fascia di età o si riferiscono a una determinata area geografica. La presente ricerca ambisce a colmare tali *gap* informativi, proponendo un'analisi della condizione del neurosviluppo e della salute mentale dei bambini e dei ragazzi in età evolutiva in riferimento a tutte le fasce di età e all'intero territorio nazionale.

1.2 Obiettivi, fasi e metodologia

La salute mentale, intesa come benessere globale che comprende gli aspetti socio-relazionali, l'affettività, le emozioni, la cura di sé e degli altri, è un elemento fondamentale per la salute



in generale e assume particolare importanza in età evolutiva per promuovere lo sviluppo armonico e completo dei bambini e dei ragazzi.

La pandemia da COVID-19 ha obbligato i bambini e i ragazzi ad affrontare una nuova realtà caratterizzata da restrizioni e riduzione della socialità, manifestando disagi, più o meno profondi, come riportato dalle fonti sopra citate. Per questo motivo è doveroso incrementare l'attenzione sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei bambini e dei ragazzi. La presente ricerca, promossa dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, è realizzata nell'ambito di un accordo di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, scelto sulla base dell'*expertise* in tema di ricerca e salute pubblica.

Il progetto di ricerca è coordinato da una cabina di regia (Allegato 1), costituita da rappresentanti dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza e dell'Istituto Superiore di Sanità, nonché dal Ministero dell'istruzione, da due centri clinici di eccellenza, IRCCS Ca' Granda e IRCCS Medea – Bosisio Parini, e dal Presidente del Comitato scientifico. La cabina di regia ha la funzione di coordinamento, programmazione e organizzazione delle attività, nonché quella di integrare tra loro le varie fasi e le differenti componenti coinvolte nella ricerca. All'interno dell'Istituto Superiore di Sanità, l'équipe di ricerca è composta da sei ricercatrici – senior e junior – esperte di indagini qualitative e quantitative sul neurosviluppo e sulla salute mentale di bambini e ragazzi.

In particolare, la presente ricerca mira ad approfondire l'impatto della pandemia su alcuni gruppi specifici: (1) coloro che prima della pandemia non soffrivano di problemi di salute mentale per verificarne l'insorgenza; (2) bambini e ragazzi con disturbi neuropsichici o vulnerabilità preesistenti che potrebbero averne sperimentato l'acutizzazione; (3) bambini e ragazzi con disabilità o disturbi neuropsichici gravi che hanno subito l'interruzione o il parziale funzionamento delle attività e degli interventi terapeutici in fase pandemica. L'indagine è condotta tenendo conto di quattro fasi temporali: quella coincidente con il totale *lockdown*, quella relativa all'estate 2020, quella che fa riferimento alla seconda ondata di COVID-19 e infine il periodo compreso tra gennaio e novembre 2021 (momento di svolgimento della prima fase dell'indagine). La ricerca mira, altresì, a verificare l'incidenza della pandemia sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei bambini e dei ragazzi nelle diverse aree del Paese, analizzando quelle in cui la sua diffusione, le restrizioni e le erogazioni "a singhiozzo" delle attività scolastiche, cliniche e di supporto sono state più ingenti. Inoltre, essa mira a verificare una eventuale relazione con la maggiore o minore presenza nei territori dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA), di riabilitazione dell'età evolutiva, quelli consultoriali, psicologici, socio-assistenziali, educativi e legati alle professioni di aiuto in favore delle persone di minore età in generale, nonché alla loro capacità di riorganizzarsi per rispondere all'emergenza.



I risultati della ricerca forniscono una base informativa utile a orientare le politiche socio-sanitarie-educative sia in chiave di **promozione dei diritti, del neurosviluppo e della salute mentale**, sia in chiave di **prevenzione dell'insorgenza di disturbi della sfera psichica** della popolazione minorile e a sostegno delle fragilità.

La ricerca si caratterizza per i seguenti elementi:

- essere di **rilievo nazionale** poiché coinvolge esperti e professionisti provenienti dalle varie zone del Paese, sia rurali che urbane;
- avere **carattere scientifico**: (1) sarà selezionato un campione di minorenni statisticamente rilevante attraverso il calcolo della numerosità campionaria, effettuato sulla base dello studio italiano PRISMA¹. Ipotizzando un aumento dei disturbi e del disagio tra il 20 e il 40% dei bambini e ragazzi, sulla base delle evidenze scientifiche, è stato stimato il reclutamento di una popolazione di 6.000-7.500 bambini/ragazzi in ogni area territoriale, suddivisi in tre fasce di età: 6-10, 11-13 e 14-18 anni, con un coinvolgimento stimato di circa 2.500 bambini per fascia d'età/area; (2) lo studio viene effettuato attraverso test/questionari validati scientificamente e selezionati dall'Istituto Superiore di Sanità rivolti a un campione di bambini e ragazzi, dalla scuola primaria fino a 18 anni; (3) sono coinvolti due centri clinici di eccellenza (IRCCS Ca' Granda e IRCCS Medea – Bosisio Parini) nel campo dei disturbi del neurosviluppo per informare i genitori delle eventuali problematiche riscontrate e della necessità di una visita di approfondimento; (4) la ricerca è interamente supervisionata da un Comitato scientifico nominato dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (Allegato 2) e composto dai massimi esperti e qualificati rappresentanti del mondo scientifico, accademico, degli ordini professionali e delle professioni di aiuto, con il compito di consulenza e validazione degli strumenti e dei risultati. Il Comitato opera a titolo non oneroso ed è coinvolto nelle diverse fasi del progetto di ricerca per suggerire e indicare potenziali aree di approfondimento, per la costituzione dei focus group e la loro conduzione e per l'individuazione degli *stakeholder* più appropriati per le interviste in profondità. Al suo interno è stato nominato un Presidente con il compito di interfaccia con la cabina di regia;
- affiancare alla metodologia quantitativa, come sopra descritta, una di tipo **qualitativo**, tramite focus group e interviste in profondità;

¹ Bianchi et al. "Latent classes of emotional and behavioural problems in epidemiological and referred samples and their relations to DSM-IV diagnoses", Eur Child Adolesc Psychiatry 2017



- essere partecipata dalle **persone di minore età**. Infatti, per garantire una quota di partecipazione diretta delle persone di minore età, per i minorenni di età compresa tra i 14 e i 18 anni (non compiuti), i questionari saranno rivolti agli stessi ragazzi, mentre per i due sottogruppi target, 6-10 e 11-13, i questionari saranno rivolti ai genitori;
- avere **carattere plurale**, dato che coinvolge esperti di differenti discipline e appartenenti a realtà organizzative variegate;
- prevedere un livello di **governance centrale** costituito dall'ente promotore (Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza) e da quello attuatore (Istituto Superiore di Sanità), a cui si affiancano il Ministero dell'istruzione e i centri clinici i quali, insieme al Presidente del Comitato scientifico, compongono la cabina di regia progettuale;
- essere articolata in **fasi** temporalmente susseguenti, a cui corrisponde un obiettivo specifico e un *output* finale.

Le fasi della presente ricerca sono le seguenti:

Fase 1 - Obiettivo specifico a breve termine

La fase 1 prevede la **realizzazione di focus group** omo-professionali, interprofessionali e audizioni di esperti selezionati. I focus group coinvolgono neuropsichiatri infantili, pediatri ospedalieri e di famiglia, psicologi, assistenti sociali, docenti e dirigenti scolastici. Questa fase raccoglie i primi elementi di natura qualitativa utili a orientare le politiche socio-sanitarie-educative sia in chiave di promozione dei diritti, del neurosviluppo e della salute mentale, sia in chiave di prevenzione dell'insorgenza di disturbi della sfera psichica delle persone di minore età. Tale fase ha avuto luogo tra agosto 2021 e febbraio 2022.

Fase 2 - Obiettivo specifico a medio termine

La fase 2 prevede la **realizzazione di interviste** in profondità rivolte a *stakeholder* (esperti, pediatri di famiglia, medici di medicina generale, pediatri ospedalieri, assistenti sociali, psicologi, neuropsichiatri infantili, rappresentanti di associazioni di volontariato o di familiari). La seconda fase si conclude con l'**elaborazione di buone pratiche** per la sensibilizzazione dei genitori e della popolazione generale e strategie per la promozione del neurosviluppo e della salute mentale nelle scuole di ogni ordine e grado. Tale fase si svolge tra maggio e dicembre 2022.



Fase 3 - Obiettivo specifico a lungo termine

La fase 3 prevede la realizzazione di uno **studio epidemiologico** in cinque regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania e Sicilia), tramite la somministrazione dei questionari scientificamente validati a un campione di numerosità pari a 6.000-7.500 bambini/ragazzi per regione, di età compresa tra 6 e 18 anni. I bambini e i ragazzi saranno coinvolti tramite le scuole indicate dagli uffici scolastici regionali dei territori coinvolti. La fase 3 si svolgerà nel 2023 e al suo termine sarà elaborato il **report finale** del progetto con dati di incidenza dei problemi di salute mentale e delle vulnerabilità e fragilità emerse, ma anche dei punti di forza e delle buone prassi.

Di seguito sono illustrati la metodologia e i contenuti della prima fase della ricerca, come emersi dai focus group omo-professionali e interprofessionali, nonché dalle audizioni di esperti selezionati.

1.2.1 Metodologia

Come già osservato, la prima fase della ricerca si basa su una **metodologia qualitativa** che utilizza principalmente lo strumento del **focus group** omo e interprofessionale e **audizioni** di esperti selezionati.

Il focus group è una discussione di gruppo utilizzata per indagare temi multidimensionali e complessi che vanno oltre la sfera dei comportamenti e degli atteggiamenti noti al singolo, in cui le informazioni raccolte provengono dall'interazione dei membri del gruppo². I focus group omo-professionali coinvolgono esperti della stessa formazione professionale, ancorché provenienti da diverse parti del Paese e differenti realtà organizzative. I focus group interprofessionali coinvolgono professionalità eterogenee che possono essere accomunate da una particolare caratteristica nel lavoro con i bambini e i ragazzi (es. dipendenze, migranti/stranieri).

I professionisti inclusi nei focus group sono stati selezionati dal Comitato scientifico, secondo criteri discussi e condivisi nell'interazione tra lo stesso e i componenti la cabina di regia della ricerca.

In particolare, al Comitato scientifico è stato chiesto di indicare esperti afferenti all'ambito professionale secondo i seguenti **criteri**: (1) professionisti provenienti da area Nord, Centro, Sud e isole (non necessariamente appartenenti alle regioni indicate nel progetto di ricerca); (2) professionisti che si occupano di minorenni di età diverse (6-11; 12-16; 16 in su); (3)

² Acocella, Ivana, *Il focus group: teoria e tecnica*, FrancoAngeli, 2015.



professionisti che operano in diversi *setting* erogativi quali: pronto soccorso, ospedali, servizi sociali, servizi territoriali, consultori, neuropsichiatrie infantili, ecc.

Inoltre, tra i professionisti selezionati nell'ambito dei neuropsichiatri/psichiatri, psicologi, assistenti sociali, sono stati inclusi anche quelli con esperienze e ruoli specifici nei seguenti ambiti: disabilità, dipendenze, disturbi del comportamento alimentare, migranti/stranieri, altre fragilità. È stato quindi selezionato un gruppo di esperti che, per quanto omogeneo dal punto di vista della professione, era rappresentativo di differenti ambiti di servizio e territoriali. Inoltre, sono stati selezionati professionisti, in particolare per il focus group dedicato ai docenti, provenienti da contesti rurali e urbani. Agli esperti selezionati è stata rivolta una lettera di invito da parte dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (Allegato 3).

Ogni focus group omo-professionale era composto, in genere, da nove professionisti; sono stati coinvolti complessivamente più di novanta esperti con differenti provenienze territoriali, esperienziali e professionali, secondo i criteri sopra indicati.

Sono stati condotti:

- **cinque focus group omo-professionali**, che hanno coinvolto, separatamente, neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza, pediatri, assistenti sociali, psicologi, docenti e dirigenti scolastici;
- **quattro focus group interprofessionali**. Di essi, uno ha riguardato il tema delle dipendenze patologiche, un altro ha approfondito l'impatto della pandemia sui minorenni stranieri non accompagnati; un terzo, avente caratteristiche di territorialità, ha coinvolto professionisti che lavorano a contatto con le persone di minore età del territorio di Milano e un quarto ha avuto natura trasversale, perché ha coinvolto i componenti del Comitato scientifico.

Inoltre, su suggerimento del Comitato scientifico, è stato scelto di condurre, a *latere* dei focus group, singole audizioni dirette a specifici professionisti o enti del privato sociale che, in base agli obiettivi posti e alla particolare esperienza sul campo, avrebbero potuto arricchire i dati della ricerca con il loro peculiare punto di vista.

In una prima fase, pertanto, sono stati selezionati e intervistati singolarmente sei professionisti: un medico di medicina generale, un ricercatore della Cooperativa sociale Codici (CSC), un'assistente sociale del Coordinamento nazionale comunità di accoglienza (CNCA), un rappresentante di Save the children Italia onlus, un rappresentante di Caritas Roma e un rappresentante di Impresa sociale Con i Bambini.

Lo schema che segue è riassuntivo dei focus group e delle audizioni svolte (Figura 1).

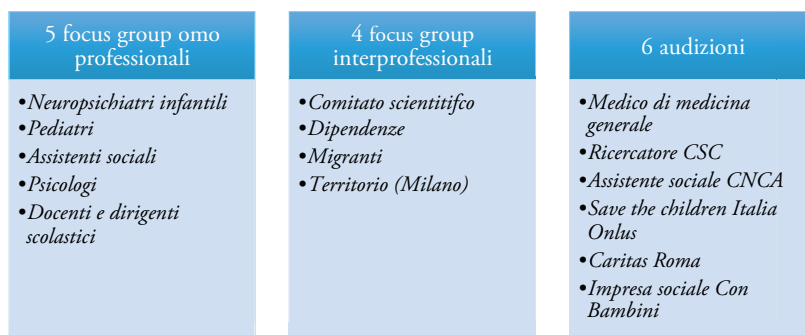


Figura 1 Schema riassuntivo dei focus group e delle audizioni

I focus group, della durata di tre ore, sono stati condotti congiuntamente da un rappresentante dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza e dell'Istituto Superiore di Sanità, nonché da un membro del Comitato scientifico o da un altro professionista selezionato dal Comitato stesso. Tutti i focus group e le audizioni sono stati svolti da remoto utilizzando la piattaforma Microsoft Teams. Un solo focus group, quello a vocazione territoriale, si è svolto in presenza a Milano³.

La discussione del gruppo è stata introdotta da una descrizione del progetto di ricerca da parte dei conduttori, a cui faceva seguito una richiesta di breve presentazione di tutti i partecipanti con un giro di tavolo virtuale. Ai partecipanti era chiesto di specificare: nome e cognome; affiliazione; area geografica; ambito professionale specifico e fascia di età prevalente dei minorenni con i quali lavorano. A valle dei focus group, il gruppo di ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità ha provveduto alla trascrizione dei relativi report che sono stati successivamente condivisi con i partecipanti agli stessi focus group, per eventuali osservazioni e integrazioni, e con il Comitato Scientifico.

I focus group sono stati condotti con un livello di direttività basso per ottenere un'interazione e uno scambio autentici tra i membri. I moderatori hanno proposto ai gruppi tre temi di discussione, chiedendo di affrontarli tenendo in considerazione le quattro fasi della pandemia (Figura 2), in relazione al proprio vissuto professionale. Dopo l'introduzione e la lettura dei temi, gli interventi sono stati spontanei e il moderatore è intervenuto solo per ricondurre all'argomento del focus e per garantire la massima partecipazione di ogni membro.

³ Tale focus group si è svolto il 18 ottobre a Milano ed è stato condotto da due membri della cabina di regia: la dott.ssa Antonella Costantino (IRCCS Ca' Granda) e il dott. Massimo Conte (CODICI Ricerca).

La Figura 2 rappresenta le quattro fasi della pandemia prese in considerazione nella discussione.



Figura 2. Le fasi della pandemia prese in esame durante il focus group

Tenuto conto dell'obiettivo dei focus group, omo e interprofessionali, sono stati identificati alcuni **ambiti di discussione**:

- percezione dell'insorgenza di nuovi disturbi in soggetti sani o di peggioramento di disturbi esistenti, già in carico o meno ai servizi
- ruolo di elementi di vulnerabilità già esistenti (presenza di disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, fragilità socio-economica, isolamento, ecc.)
- ruolo agito da diversi fattori esogeni ed endogeni: geografici, condizione sociale, situazione contingente quale conseguenza della pandemia, età, particolare situazione di vulnerabilità, sistema dei servizi
- percezione dei fattori di sostegno alla resilienza dei ragazzi e delle famiglie
- ruolo della rete dei servizi e ruolo della comunità (livello formale e informale), ma anche della burocrazia e degli aspetti organizzativi
- risposta del servizio: quale è stata la capacità del servizio di mantenere il proprio ruolo e di offrire risposte nuove
- lezioni apprese e suggerimenti per il futuro

Tali *item* sono stati riassunti in tre **macro-temi** proposti per la discussione dei partecipanti ai focus:

1. Risposta dei servizi e della comunità
2. Impatto della pandemia sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei bambini e dei ragazzi
3. Strategie di prevenzione



Di seguito sono riportate le questioni poste in relazione ai tre macro-temi individuati (Figura 3).

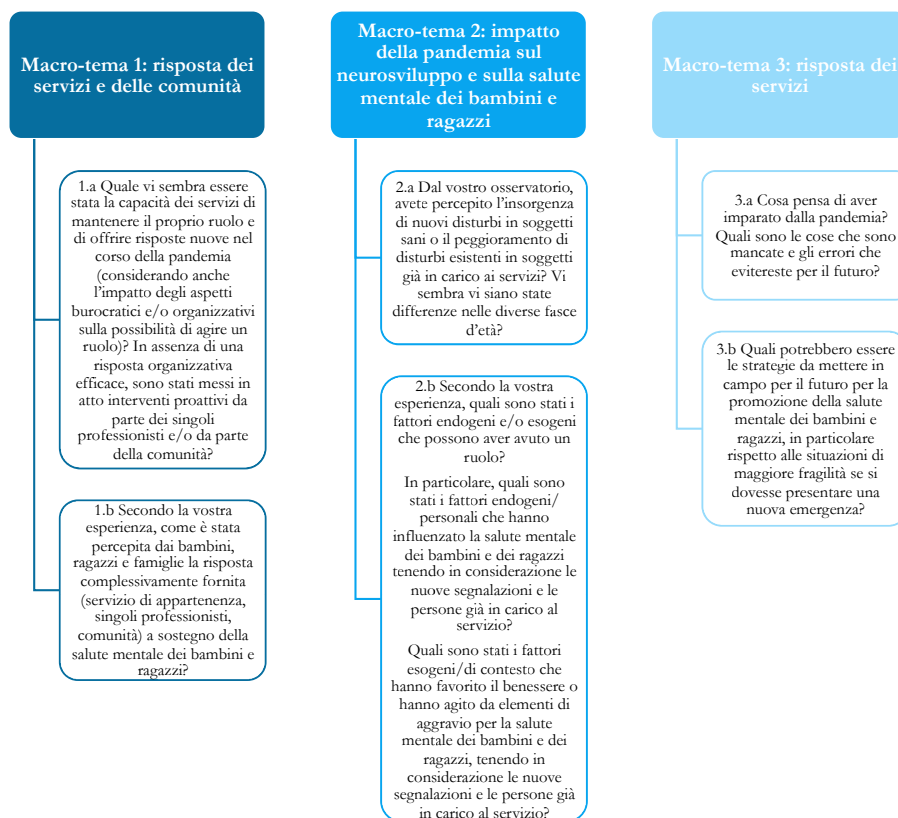


Figura 3. Macro-temi

I tre macro-temi sono stati anticipati ai componenti dei focus group via e-mail pochi giorni prima dello svolgimento dello stesso. Infatti, il gruppo di ricerca ha ritenuto opportuno privilegiare una riflessione da parte di ciascun professionista, piuttosto che una risposta estemporanea, data la delicatezza della materia, la complessità e l'articolazione delle tematiche poste.

L'interazione dei partecipanti non è stata compromessa dalla conoscenza pregressa degli *item*, che, invece, sono state ben approfondite e oggetto di un dibattito articolato e partecipato.



È doveroso avvisare circa alcuni limiti della presente ricerca. Le limitazioni di questo lavoro di raccolta di testimonianze sono principalmente due: 1) i dati devono essere interpretati alla luce del rapido sviluppo della pandemia, degli interventi per il suo contenimento e delle problematiche connesse alla salute mentale dei minori di età. Infatti, dato il rapido evolversi della situazione epidemiologica, nuove fasi della pandemia continuano a emergere e nuove difficoltà relative alla salute mentale dei minorenni potrebbero nascere, trasformarsi o acutizzarsi; 2) i dati sono frutto di un'analisi qualitativa e devono essere, quindi, interpretati con cautela.



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

2.

Risultati



2. Risultati

Di seguito sono riportati i principali risultati emersi dalle discussioni dei nove focus group (cinque omo-professionali e quattro interprofessionali) e dalle sei audizioni di singoli esperti. I risultati delle discussioni sono riportati per tre macro-temi, nello stesso modo in cui sono stati posti e affrontati dai partecipanti durante gli incontri. Un approfondimento tematico è stato dedicato alla telemedicina, quale risposta creativa e innovativa, oltre che efficace, adottata dai professionisti. Altri approfondimenti tematici, relativi alle dipendenze patologiche, ai minorenni non accompagnati e alla scuola (oggetto di riflessione e di discussione da parte di tutti i professionisti coinvolti), sono riportati nel capitolo 3 di questo report.

All'esito dell'esame della reportistica, è stato possibile evidenziare i punti in comune emersi tra le varie discussioni, così come le divergenze e l'impatto, in termini di risposta che essi hanno avuto sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei bambini e dei ragazzi.

2.1 Macro-tema I: risposta dei servizi e delle comunità

Il primo macro-tema proposto ai gruppi riguardava la capacità di risposta dei servizi e delle comunità alle esigenze dei bambini e dei ragazzi in fase pandemica e la relativa percezione da parte delle persone di minore età che vi afferivano. Relativamente a tale tema, i partecipanti ai focus group hanno evidenziato una situazione molto variabile in base al tipo di servizio e contesto di provenienza (es. ospedaliero vs territoriale, urbano vs rurale), all'area geografica - anche in relazione all'acutizzazione della pandemia nelle varie fasi nei diversi territori -, nonché in base al contesto istituzionale e normativo, in termini di direttive regionali/aziendali. Anche la carenza di servizi al livello territoriale, la scarsa sinergia o l'inadeguatezza delle risorse umane hanno prodotto risposte disomogenee.

Il primo dato che emerge, in termini qualitativi, pertanto, è relativo al fatto che il sistema Paese, di fronte all'emergenza, ha fornito una **risposta disomogenea** in base a differenti fattori: contesto territoriale in cui opera l'organizzazione, area geografica/acutizzazione della pandemia, contesto istituzionale e organizzativo. Occorre verificare come tali differenze abbiano impattato sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei bambini e dei ragazzi sia in termini di risposta precoce e appropriata, soprattutto nei casi di insorgenza del disagio, sia in termini di accompagnamento alle fasi di acuzie scatenate dalla situazione contingente e dalla sospensione/interruzione dei servizi.

In generale, in tutti i focus group, gli intervistati hanno riportato che le criticità nei servizi, preesistenti rispetto alla pandemia, si sono molto aggravate in fase pandemica. Pertanto, in relazione all'aumento della domanda, si evidenzia una risposta prevalentemente inadeguata,



spesso disorganizzata e improvvisata, da parte dei servizi. D'altra parte, è stato possibile rilevare esperienze innovative e positive. Infatti, durante la discussione relativa al primo tema è stata approfondita una soluzione peculiare attivata durante la pandemia: la telemedicina. A questo aspetto è dedicato un approfondimento specifico.

In generale, durante il periodo pandemico, i ragazzi e le famiglie che afferivano ai servizi hanno sperimentato difficoltà a individuarli e a contattare i professionisti di cui avevano necessità a causa di una insufficiente comunicazione delle nuove modalità di accesso modificate per la pandemia o per la chiusura prolungata di alcuni dei servizi. Di conseguenza, i bisogni non sono stati accolti e spesso le famiglie, almeno quelle le cui condizioni socio-economiche lo consentono, si sono rivolte e tuttora si rivolgono a servizi e operatori privati. La lettura degli intervistati è che la pandemia e le misure per contenerla abbiano creato una polarizzazione tra chi è rimasto o ha potuto restare agganciato al sistema dei servizi, beneficiando degli interventi di sostegno messi in campo, e chi, al contrario, si è allontanato o non ha avuto modo di accedervi, trovandosi a fronteggiare in solitudine condizioni di vita diventate ancora più critiche e che hanno determinato un ulteriore aumentato rischio per il neurosviluppo e la salute mentale.

Pertanto, dalle risposte al primo macro-tema emergono altri due fattori tra essi correlati e che impattano negativamente sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei bambini e dei ragazzi: il primo è relativo a un bisogno non accolto e al ripiegamento verso professionisti privati con conseguenze in termini di uguaglianza delle opportunità; la conseguenza, ed ecco l'altro fattore correlato, è l'isolamento di alcuni nuclei familiari con bambini o ragazzi con disturbi del neurosviluppo e/o problemi di salute mentale, insorgenti o in acuzie, i quali non avendo avuto accesso ai servizi hanno affrontato (o non affrontato) in solitudine il problema. L'analisi mette in evidenza come la diminuita capacità di risposta dei servizi, in base ai fattori sopra evidenziati, abbia avuto un impatto negativo sui percorsi di accoglienza dei casi di nuova insorgenza e di accompagnamento alle fasi di acuzie scatenate dalla situazione contingente e dalla sospensione/interruzione dei servizi.

I partecipanti hanno sottolineato, altresì, la **mancanza di un'attenzione specifica verso il neurosviluppo e la salute mentale** dei ragazzi da parte dei decisori politici durante la crisi pandemica, nonché l'assenza di una "regia strategica", al livello nazionale o regionale, per la gestione dell'aumento di richiesta di supporto da parte delle persone di minore età e delle loro famiglie, anche in termini di azioni preventive e di promozione del neurosviluppo e della salute mentale.

Tuttavia, ci sono stati fattori che le famiglie e i bambini e ragazzi hanno apprezzato, come il tentativo dei professionisti, nel primo *lockdown*, di riattivare i servizi in tempi brevi, la possibilità di svolgere attività in spazi all'aperto e gli interventi di telemedicina. Questi ultimi sono stati apprezzati dalle famiglie, specialmente quelle in possesso di adeguate



strumentazioni tecnologiche, perché hanno consentito loro di avere un contatto diretto con il clinico attraverso e-mail e tele-visite.

2.1.1 Telemedicina

La principale innovazione organizzativa attivata dai servizi per rispondere tempestivamente ai bisogni di salute mentale dei bambini e ragazzi in fase pandemica riguarda la telemedicina. Grazie ai dispositivi digitali e non (telefono, pc, tablet, smartphone), spesso personali, i professionisti sono riusciti a mantenere un contatto con i bambini e ragazzi già in carico, a dare continuità alle terapie e ad aiutarli in un periodo di estrema difficoltà. I professionisti, tuttavia, segnalano una forte preoccupazione per la sicurezza informatica dei mezzi telematici utilizzati per la telemedicina.

Nella fase iniziale della pandemia, l'utilizzo di strumenti digitali per scopi professionali è stato adottato sulla base di iniziative volontarie e allo scopo di garantire continuità dell'attività clinica, terapeutica, riabilitativa, educativa e sociale ai bambini e ragazzi già in carico ai servizi, piuttosto che per gestire nuove richieste di aiuto o rispondere a quesiti diagnostici. In particolare, in ambito sanitario e socio-sanitario, nella prima fase, gli strumenti tecnologici sono stati utilizzati in modo diversificato in differenti contesti; tra essi, i partecipanti ai focus hanno citato le televisite e i telecolloqui, le osservazioni domiciliari in videoconferenza, gli interventi individuali o di gruppo a supporto dei genitori o per la messa in campo di azioni terapeutiche mediate dai familiari, la teleriabilitazione, le sedute di psicoterapia *on line* e gli interventi educativi individuali o di gruppo, gli interventi di rete con la scuola o con altri servizi sociali o sanitari, i teleconsulti e le discussioni di équipe, gli sportelli informativi (per le emergenze psichiatriche, per l'autismo o per altri disturbi), gli interventi psico-educativi in remoto - COVID correlati o non COVID correlati -, i *call center* e i telefoni verdi psicologici o per le emergenze comportamentali, lo sviluppo e diffusione di materiali psico-educativi e informativi a supporto degli interventi di telemedicina e teleriabilitazione - tramite e-mail, siti o altri social media -, nonché tutorial a sostegno della gestione quotidiana delle persone di minore età seguite dai servizi. Nello svolgimento di alcuni interventi, particolarmente quelli di tipo terapeutico, i professionisti hanno sperimentato le difficoltà degli utenti a individuare uno spazio sufficientemente riservato nelle proprie abitazioni per effettuare la terapia.

In una fase pandemica successiva, le direttive aziendali e regionali hanno permesso un utilizzo agevolato degli interventi di telemedicina e i professionisti hanno potuto consolidare l'uso degli strumenti tecnologici, seppur con estrema disomogeneità nel territorio nazionale. In questa seconda fase, inoltre, sono stati sperimentati una accentuazione dell'utilizzo degli strumenti tecnologici, un investimento in iniziative formative a distanza (es. corsi di



aggiornamento), una ricaduta positiva dell'impiego degli strumenti informatici sulla frequenza e qualità della relazione tra professionisti (es. possibilità di scambio più frequente di informazioni, anche tra servizi o strutture posti a distanze rilevanti, rapporto con gli specializzandi).

Questa fase ha coinciso con un progressivo incremento delle attenzioni specifiche agli aspetti di riservatezza e *privacy* nell'uso degli strumenti informatici a fini sanitari, in aderenza alle indicazioni normative e istituzionali pre esistenti e/o emanate nel periodo.

In conclusione, la telemedicina si è rivelata una risorsa. Infatti, essa, nel periodo pre-pandemico veniva utilizzata da poche realtà e per limitati scopi clinici. Invece, secondo quanto rilevato dalla presente ricerca, molti professionisti, anche dopo aver ripreso una consistente attività professionale in presenza, hanno deciso di mantenere la modalità telematica a distanza, soprattutto per alcune attività e/o in situazione di necessità (ad esempio, per pazienti che abitano lontano dal centro clinico, per semplificare le reti tra servizi, in casi di quarantena/isolamento o altri problemi di salute).

La tabella 1 riassume le percezioni, esperienze e fattori negativi e da valorizzare a seguito della pandemia per il primo macro-tema.

Esperienze/fattori negativi	Esperienze/fattori da valorizzare
Mancanza di attenzione politica al neurosviluppo e alla salute mentale dei minori di età	Riattivazione in tempi brevi di molti servizi, sia rispetto alle attività da remoto che alle attività in presenza
Mancanza di una regia strategica al livello nazionale	Sviluppo della gestione in remoto delle attività, non solo sanitarie
Risposte disomogenee a seconda dei contesti territoriali e/o organizzativi	Sviluppo di reti di confronto spontanee tra professionisti e tra servizi
Aumento di richiesta di aiuto non accolta dai servizi	Sviluppo di attività innovative e di percorsi di cura integrati tra attività in presenza e teleassistenza
Aggravio di criticità organizzative preesistenti nei servizi	Attività in spazi all'aperto, supporto da associazioni locali, no profit, volontariato
Ricorso a servizi/operatori privati	Percezione di dialogo e collaborazione fattiva tra famiglia e scuola/ servizi sanitari e sociali in alcuni contesti
Solitudine nell'affrontare la crisi emergenziale	Maggiore coinvolgimento e apprezzamento dei servizi da parte delle famiglie già in carico prima della pandemia

Tabella 1. Macro-tema 1: percezioni, esperienze e fattori negativi e da valorizzare a seguito della pandemia

2.2 Macro-tema 2: impatto della pandemia sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei bambini e dei ragazzi

Il secondo macro-tema proposto ai gruppi riguarda, più direttamente, l'impatto che la pandemia ha avuto sul neurosviluppo e sulla salute mentale di bambini e ragazzi, con particolare riferimento sia a coloro che prima del COVID-19 non manifestavano problemi della sfera neuropsichica, sia a coloro che avevano disturbi pregressi. Innanzitutto, va rilevato che nella prima fase pandemica, quella relativa al *lockdown* totale, è stato registrato un "congelamento" delle richieste di aiuto, mentre dall'estate del 2020 in poi si è assistito a un innalzamento dei casi di sofferenza psichica e di bisogno di supporto.

I professionisti hanno riportato che durante la pandemia, soprattutto a partire dalla seconda ondata, c'è stato un **incremento delle richieste di aiuto** (accessi al pronto soccorso e/o richieste di ospedalizzazione) per esordio di patologie di natura neuropsichiatrica o aggravamento di situazioni pregresse in soggetti già conosciuti dai servizi. Secondo quanto registrato dagli esperti intervistati, le richieste di supporto sono state avanzate dai genitori (soprattutto dalle mamme), ma anche dagli adolescenti stessi. In generale, i professionisti concordano sul fatto che si siano verificati numerosi casi di slatentizzazione e peggioramento di disturbi preesistenti in bambini e ragazzi già in carico, nonché esordi di nuovi disturbi, sia in soggetti che non presentavano alcuna diagnosi, ma soprattutto in soggetti in condizioni di vulnerabilità connessa alla condizione familiare, ambientale, socioculturale ed economica.

I disturbi e sintomi più frequentemente riportati sono i disturbi **del comportamento alimentare**, l'**ideazione suicidaria** (tentato suicidio e suicidio), gli **episodi di autolesionismo**, le **alterazioni del ritmo sonno-veglia** e il **ritiro sociale** (Figura 4).



Figura 4. Principali disturbi, sintomi e condizioni di fragilità segnalati dai professionisti



È stato anche evidenziato come l'esordio di disturbi in pandemia o il loro peggioramento varino in funzione dell'età e della fase della pandemia. I **soggetti più colpiti** sono i **preadolescenti e gli adolescenti**, in special modo coloro che si trovano nelle **fasi di transizione scolastica** e quindi di cambiamento dell'ambiente relazionale di riferimento, cioè i ragazzi che si apprestano ad iniziare la prima classe della scuola secondaria di primo e secondo grado e il primo anno di università. Hanno manifestato disagi ancora più severi i **preadolescenti e adolescenti con disabilità**, quelli provenienti da situazioni di **svantaggio socio-culturale ed economico** e quelli provenienti da **percorsi migratori**.

La ricerca sembra quindi **convalidare l'ipotesi** di un generale **peggioramento delle condizioni di salute mentale** di bambini e ragazzi, sia in riferimento a nuovi esordi, sia in riferimento alla slatentizzazione e peggioramento di situazioni croniche. Accanto a questa lettura, un altro dato sembra emergere: la correlazione tra l'insorgenza di disturbi e alcune condizioni di vulnerabilità e precarietà socio-culturale ed economica, a conferma del fatto che un ambiente connotato da povertà educativa e precarietà economica e lavorativa non consenta di porre in essere quei fattori protettivi atti a contenere l'aumento dei fattori di rischio. La pandemia sembra inoltre aver alleggerito lo stigma (c'è un colpevole socialmente accettabile e condiviso di quanto sta accadendo, che è la pandemia stessa) e conseguentemente legittimato una maggiore possibilità di chiedere aiuto e una maggiore consapevolezza della presenza di disagio, sia da parte dei genitori che da parte degli stessi ragazzi. Occorre, tuttavia, tenere presente, come emerso nel paragrafo precedente, che non tutte le richieste di aiuto sono esitate in percorsi di accompagnamento e presa in carico, dato che le risposte sono state assai disomogenee in relazioni ad alcuni fattori di cui si è già detto. La pandemia ha, quindi, impattato negativamente sul neurosviluppo e sulla salute mentale di bambini e ragazzi su almeno due versanti: **nuova insorgenza/peggioramento di condizioni di disagio** della sfera psichica e **assenza di risposte adeguate**. Se da una parte, certe condizioni di vulnerabilità costituiscono terreno fertile per l'innestarsi di problemi della sfera psichica, d'altra parte la ricerca mette in luce come le fasce più a rischio di problemi del neurosviluppo e di salute mentale siano quelle che si trovano in una fase di transizione da un ciclo all'altro del percorso evolutivo.

I professionisti hanno anche registrato numerose **fragilità a livello familiare** che hanno portato i minori di età all'assenza del confronto con figure di riferimento adulte e hanno quindi impattato negativamente sulla loro salute mentale. L'aumento generalizzato del malessere dell'adulto e dello stress per il peggioramento delle condizioni di lavoro o perdita del lavoro, potrebbe aver cambiato le dinamiche intergenerazionali, facendo scoprire a molti genitori di essere più fragili ed esposti di quanto lo fossero le proprie figlie e i propri figli. È stato anche registrato un **aggravamento** delle situazioni di **violenza domestica e assistita, di conflittualità genitoriale o di solitudine** (es. per le madri separate); in alcuni contesti si



è assistito, altresì, a una diminuzione apparente dei casi di abuso e violenza (verbale, fisica ed assistita) sui minori di età, poiché la riduzione delle attività in presenza le ha rese meno intercettabili. Nel contesto socio-sanitario, i professionisti hanno riportato una **riduzione della compliance** con i pazienti in termini di aderenza ai servizi educativi proposti per via telematica, una sofferenza delle famiglie che non hanno più potuto usufruire dei servizi dedicati alla prima infanzia e alla disabilità e una preoccupazione per le **soluzioni abitative alternative**.

La ricerca ha evidenziato anche **alcuni aspetti a cui attribuire un significato da valorizzare in termini di resilienza e di capacità di rispondere alle crisi**: l'aver vissuto il momento della forzata chiusura del *lockdown* come un'opportunità per vivere esperienze di impegno e di **volontariato** o per **risignificare il tempo trascorso in casa propria**, in una dimensione più intima e individuale; un miglioramento del **rapporto tra genitori e figli** (specialmente per i più piccoli) che hanno potuto giovare della vicinanza dei genitori. In alcune realtà, è stata, altresì, registrata una maggiore **resilienza**, soprattutto in famiglie coese e con figli prescolari e frequentanti la scuola primaria.

La tabella 2 riassume le percezioni, esperienze e fattori negativi e da valorizzare a seguito della pandemia per il secondo macro-tema.

Esperienze/fattori negativi	Esperienze/fattori da valorizzare
Maggiore rischio nelle situazioni di vulnerabilità (persone con disabilità, migranti, fragilità socio-economica, violenza e maltrattamento)	Miglioramento del rapporto tra genitori e figli piccoli
Maggiore rischio in alcune fasce d'età (preadolescenti e adolescenti, specialmente se in fase di transizione scolastica)	Opportunità di volontariato
Peggioramento di disturbi del neurosviluppo preesistenti	Diminuzione dello stigma
Aumento di disturbi, sintomi e condizioni di fragilità neuropsichici	Maggiore facilità a chiedere aiuto

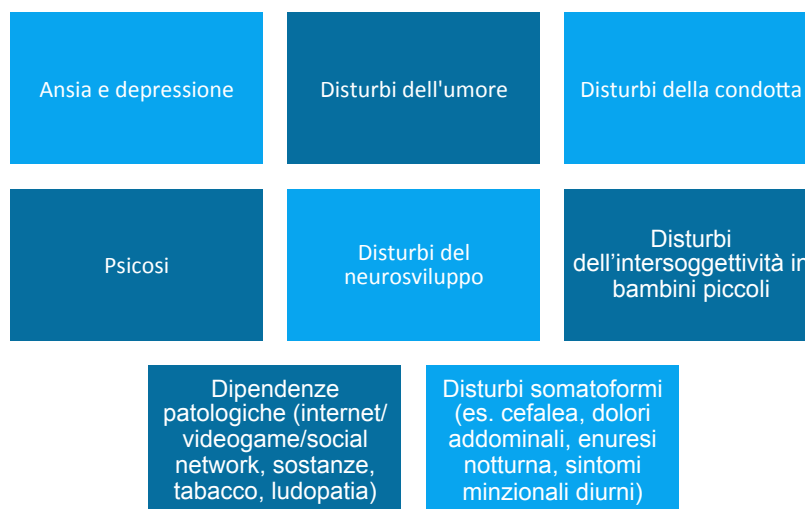
Tabella 2. Macro-tema 2: percezioni, esperienze e fattori negativi e da valorizzare a seguito della pandemia



Figura 5. Altri sintomi di cui è stato osservato dai professionisti un aumento durante la pandemia



Figura 6. Altri disturbi di cui è stato osservato dai professionisti un aumento durante la pandemia





2.2.1 I fattori di rischio e di resilienza esogeni ed endogeni

La ricerca ha indagato anche l'influenza dei **fattori di rischio e di resilienza endogeni ed esogeni** sul benessere psico-fisico delle persone di minore età. In particolare, a partire da alcuni elementi di contesto e individuali, già enucleati dall'équipe di ricerca e dal Comitato scientifico, si è cercato di evidenziare in che modo e con quale rilevanza e connessione essi abbiano influito sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei bambini e dei ragazzi.

Fattori di rischio esogeni

Tra i **fattori di rischio esogeni**, un primo dato che emerge, come peraltro già evidenziato, è che **il contesto di vita** dei bambini e degli adolescenti ha influito in modo significativo sull'insorgenza di disagi e sul loro peggioramento.

Vivere in un'area caratterizzata da **scarso coordinamento della rete di servizi** (es. tra servizi di neuropsichiatria infantile, psicologia, scuola e servizi sociali) ha portato a difficoltà nell'approccio di sistema e a un mancato coordinamento della rete sociale, amplificando le vulnerabilità.

La **scuola**, nel contesto pandemico, ha trovato difficoltà a proseguire percorsi di sviluppo dell'autonomia dell'alunno e della sua socialità, nonché a espletare funzioni di regolazione comportamentale ed emotiva in integrazione con gli apprendimenti scolastici. **La didattica a distanza (DAD)** ha contribuito a peggiorare la qualità dell'offerta formativa del sistema scolastico, soprattutto per le difficoltà nell'adattare le tecniche didattiche ed educative alle tecnologie.

Tra i fattori di rischio esogeni che hanno impattato negativamente sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei bambini e dei ragazzi, favorendo l'insorgenza di disagi, sono state evidenziate **le limitazioni**, come conseguenza delle misure governative finalizzate a contenere la diffusione del virus, inerenti la **possibilità di confronto e socializzazione in presenza**.

In particolare, l'iniziale **chiusura delle scuole** e la **sospensione delle attività didattiche in presenza**, nonché i provvedimenti, su base locale, di apertura e chiusura "a singhiozzo" di classi o intere scuole (in base a disposizioni regionali come quelle della Regione Campania), ha costituito un fattore di rischio insieme alla non **fruibilità degli spazi di aggregazione e socializzazione** e all'impossibilità di sperimentarsi nei differenti contesti sociali, quali sport e altre forme di associazionismo giovanile.

I professionisti intervistati hanno sottolineato che i fattori ambientali sono determinanti nel neurosviluppo dei bambini: senza una quota di contatto sociale, si è più esposti a sviluppare sintomi e disturbi.



Coloro che hanno maggiormente risentito di queste limitazioni sono stati i bambini e ragazzi che abitano nelle grandi città e in genere nelle zone in cui gli **spazi verdi** sono **assenti**, quelli che **non** hanno potuto fruire di **risorse informatiche** (soprattutto della connessione internet) - o perché abitanti in luoghi non serviti dalla rete o perché in condizioni di povertà educativa - o, ancora, i bambini e ragazzi che abitano in **spazi ristretti o sovraffollati**. Questi elementi costituiscono anche, a seconda della condizione individuale, fattori di rischio endogeni. Altro *target* particolarmente colpito dalle conseguenze della pandemia, in relazione ai fattori di rischio esogeni, è quello dei **minorenni stranieri non accompagnati** in ragione della permanenza in luoghi che presentavano già **difficoltà nel funzionamento organizzativo del sistema di accoglienza e cura**.

Inoltre, la **comunicazione da parte dei mass media** ha contribuito al disagio dei bambini e ragazzi poiché spesso si è rivelata contraddittoria e poco filtrabile. L'infodemia pandemica ha generato infatti confusione nei bambini e ragazzi, soprattutto nei periodi di *lockdown*, in cui è risultata l'argomento preponderante di tutti i canali comunicativi.

I professionisti hanno individuato anche **meccanismi di resilienza esogeni** che hanno agito o potrebbero aver agito quali **fattori protettivi** per il benessere, il neurosviluppo e la salute mentale delle persone di minore età. Tra i più frequenti, specularmente ai fattori di rischio prima enucleati, i professionisti hanno evidenziato la **presenza di zone verdi e spazi all'aperto** in prossimità della propria abitazione; la possibilità di **erogare** le attività dei **servizi all'aperto** (ad esempio, nelle strutture di comunità per organizzare gruppi di sostegno); la capacità dei servizi di individuare e mettere in atto soluzioni alternative mediante l'integrazione e il **rafforzamento della rete** o la tempestiva attivazione della telemedicina; la presenza o creazione di reti sociali, sanitarie ed educative capaci di mettere in atto un meccanismo di collaborazione sinergico a supporto dei ragazzi e dei genitori (es. associazioni di genitori per altri genitori più fragili); l'attivazione di strategie da parte di singoli operatori o gestori e la cura e supervisione dell'équipe. Per quanto riguarda il **mondo educativo**, hanno agito quali fattori protettivi esogeni, la presenza nelle scuole di **attività** particolarmente **stimolanti** (ad esempio, laboratori per i bambini con bisogni educativi speciali); la **formazione** di insegnanti e alunni; l'attivazione di **servizi extrascolastici** volti a offrire occasioni di socialità anche attraverso lo sport; la pianificazione e realizzazione del **Piano estate** che ha compreso, fra l'altro, attività di **alfabetizzazione digitale** rivolta alle famiglie sia per sostenere i figli nell'approccio alla DAD, sia per sostenere le relazioni sociali. Per quanto riguarda gli alunni con *background* migratorio e i

**Fattori di
resilienza
esogeni**



minorenni stranieri non accompagnati, sono stati attivati **laboratori** per l'**apprendimento della lingua italiana**, progetti di inclusione sociale, anche attraverso attività sportive e di socializzazione, **facilitazioni linguistico-culturali** e di potenziamento linguistico.

**Fattori di
rischio
endogeni**

I fattori di rischio e/o di vulnerabilità endogeni, cioè relativi alla situazione personale o familiare del bambino o ragazzo, che hanno agito o potrebbero aver agito quali elementi che hanno inciso negativamente sul neurosviluppo e sulla salute mentale delle persone di minore età, sono stati, secondo i professionisti, le **situazioni familiari complesse** (per esempio, **separazione** dei genitori, forte stress genitoriale, conflitto tra genitori, lontananza dei nonni); **stress correlato a infezione e contagio** (proprio o dei familiari, nonché essere causa o vittima del contagio); **assenza di figure adulte di riferimento**; situazioni familiari caratterizzate da **iper-protezione** da parte della figura adulta che ha ridotto le capacità di autonomia degli studenti con disabilità; **divide culturale, socio-economico e tecnologico**. L'esperienza di isolamento, malattia grave o decesso di uno o più familiari a seguito del contagio e/o dell'infezione da COVID-19 è stata percepita in modo diverso a seconda della fase pandemica, dello stato di abbandono o di supporto e del contatto con la rete dei servizi. Altri fattori di rischio individuati sono **l'utilizzo inadeguato e/o eccessivo dei dispositivi tecnologici** per le attività didattiche e dei *social network* e/o piattaforme *online* per rimanere connessi alla rete sociale. La connessione infatti, ha consentito la continuità delle relazioni e dei percorsi, ma l'esposizione di per sé ha generato disagio ed evidenziato rischi, compreso quello di vittimizzazione. Inoltre, le fragilità socio-economiche, dovute a **posizioni lavorative precarie** o a **perdita del lavoro** dei genitori, la percezione di **incertezza costante** e il senso di sfiducia o, al contrario, l'**iperlavoro** dei genitori COVID-correlato, sia in presenza che in *smart working*, e, ancora, le **attività a particolare rischio di contagio** (es. sanitari), hanno costituito un fattore di rischio rilevante.

Altri fattori di rischio endogeni sono stati individuati **nell'eccessiva attenzione al cibo** (soprattutto nella prima fase della pandemia e per i disturbi del comportamento alimentare) o **nella scarsa attenzione a una alimentazione bilanciata** e al **ritmo sonno-veglia**, ma anche nella **richiesta di prestazioni scolastiche elevate da parte degli insegnanti** nella fase di riapertura delle scuole e in concomitanza con la chiusura dell'anno scolastico a giugno 2020.

Come è stato già osservato nell'enucleare i fattori di rischio esogeni, **alcune condizioni individuali di vita** hanno rappresentato un ulteriore fattore di stress per i ragazzi, amplificandone la vulnerabilità: vivere in aree interne o periferiche,



poco organizzate sia dal punto di vista infrastrutturale (ad esempio per la mancanza di connessione internet) che a livello dell'offerta di servizi; l'assenza di luoghi di aggregazione; il sovraffollamento degli spazi in condivisione presso la propria abitazione o presso le comunità di accoglienza; la mancanza di riservatezza per lo svolgimento di colloqui con gli operatori. A tal proposito, i professionisti hanno evidenziato che la difficoltà di ascolto da parte dei *caregiver*, a causa di "disturbi ambientali", e le problematiche psicologiche e psichiatriche preesistenti, hanno avuto un ruolo nell'insorgenza di disagi nei bambini e ragazzi già fragili. L'aumento della frequenza di atti di violenza verso minori di età e donne, nonché di violenza assistita, è stata fonte di ulteriore disagio; inoltre la sospensione delle attività in presenza non ne ha consentito una tempestiva identificazione da parte dei servizi. L'emergenza COVID 19 ha **alterato la routine**, la quotidianità della vita che i ragazzi erano soliti vivere, con conseguente sofferenza di fronte alla nuova organizzazione giornaliera da affrontare. La straordinarietà subita e improvvisa ha procurato **disregolazione emotiva**, specie nell'età evolutiva. Per gli studenti stranieri e le loro famiglie, la mancata conoscenza della lingua italiana e le difficoltà nell'usare gli strumenti tecnologici messi a disposizione per la DAD hanno costituito fattori di rischio. I professionisti hanno riferito anche di aver individuato maggiori episodi di disagio tra i bambini e ragazzi rispetto alle bambine e ragazze.

Gli intervistati hanno riportato molteplici **fattori e/o meccanismi di resilienza endogeni** o personali che hanno agito o potrebbero aver agito in maniera protettiva per il neurosviluppo e la salute mentale dei bambini e dei ragazzi. Tra i più frequenti sono citati il vivere in una **famiglia** caratterizzata da un **contesto reticolare solido**, con la possibilità di affidarsi e chiedere aiuto basandosi su relazioni solide preesistenti; **la capacità di resilienza familiare e genitoriale** di far fronte all'emergenza in un contesto affettuoso ed equilibrato; la **disponibilità di device** tecnologici per mantenere la rete sociale e le attività scolastiche da remoto e la disponibilità di **connessione a internet stabile**; il **background educativo dei genitori** e la disponibilità di tempo da dedicare ai figli per affiancarli e supportarli anche nella DAD, specialmente nei casi di disabilità e bisogni educativi speciali. Secondo i professionisti, i bambini e i ragazzi che hanno avuto la possibilità di ricevere il supporto dei genitori durante la DAD ha sviluppato maggiore capacità di resilienza rispetto a chi, invece, non ha potuto usufruire di tale opportunità. Un altro fattore di resilienza endogeno è stato la capacità di adattamento dei minorenni al contesto e ai cambiamenti, con particolare riguardo ai ragazzi che vivono in comunità e ai ragazzi stranieri. In alcuni casi, nella prima fase, i minori stranieri non accompagnati, accolti nelle comunità per migranti, hanno affrontato meglio l'incertezza rispetto agli operatori. La loro pregressa esperienza

**Fattori di
resilienza
endogeni**



nell'affrontare situazioni traumatiche (violenze, maltrattamenti, denutrizione, isolamento nei percorsi migratori) ha aumentato la loro capacità di porsi di fronte a nuove esperienze che costituiscono fonte di stress. Per gli studenti con disabilità, un fattore di resilienza di tipo endogeno è stata la possibilità di lavorare a scuola in piccoli gruppi in presenza.

La Tabella 3 riassume i fattori di resilienza e di rischio endogeni ed esogeni di cui si è detto nel presente paragrafo.

Fattori endogeni	Fattori esogeni
Fattori di rischio	
Esperienze di isolamento, malattia grave e/o decesso di uno o più familiari	Assenza di un approccio di sistema (mancato coordinamento delle reti sociali, sanitarie ed educative)
Situazioni familiari complesse (es. separazione dei genitori, assenza o iperprotezione di figure adulte di riferimento, sovraccarico lavorativo dei genitori o lavori ad alto rischio COVID)	Mancanza di una rete di servizi socio-sanitari ed educativi sufficientemente efficace (es. tra servizi di neuropsichiatria infantile, psicologia, scuola e sociale)
Problematiche psicologiche e neuropsichiatriche preesistenti	Inadeguatezza dei sistemi di accoglienza e cura
Stress correlato alla richiesta di prestazioni scolastiche elevate	Prolungati periodi di chiusura della scuola
Difficoltà nella gestione temporale della routine quotidiana	Percezione costante di incertezza e sfiducia nelle istituzioni
Utilizzo inadeguato e/o eccessivo dei dispositivi tecnologici per le attività didattiche e le relazioni sociali (es. eccesso di <i>social network</i>)	Mancanza di zone verdi e chiusura prolungata di luoghi di aggregazione e/o socializzazione
Mancata conoscenza della lingua italiana da parte dei migranti e delle loro famiglie	Confusione generata dalla comunicazione da parte dei mass media
Mancanza o inadeguatezza di risorse informatiche	Mancanza o inadeguatezza di risorse informatiche
Episodi di violenza sui minorenni e violenza assistita	Fragilità socio-culturali ed economiche (es. posizioni lavorative precarie o perdita del lavoro dei genitori)



Fattori di protezione	
Resilienza ed equilibrio familiare nella gestione delle emergenze	Presenza o rafforzamento di reti sociali, sanitarie ed educative capaci di mettere in atto collaborazioni sinergiche e strategie alternative
Supporto genitoriale nello svolgimento della DAD. Per gli alunni con disabilità e con bisogni educativi speciali, possibilità di piccoli gruppi in presenza	Attività scolastiche ed extrascolastiche stimolanti (es. laboratori, facilitazioni linguistico-culturali, potenziamento di attività sociali e sportive)
Capacità di adattamento dei migranti e di coloro che vivono nelle comunità	Progetti di inclusione sociale per i migranti
Disponibilità di dispositivi tecnologici per le attività scolastiche e sociali	Disponibilità di dispositivi tecnologici per le attività scolastiche e sociali
Ampi spazi abitativi, con possibilità di spazi aperti di pertinenza	Zone verdi, spazi aperti facilmente accessibili
	Formazione degli operatori socio-sanitari, insegnanti e alunni e alfabetizzazione digitale dei genitori

Tabella 3. Fattori di rischio e di resilienza endogeni ed esogeni

2.3 Macro-tema 3: strategie di prevenzione

L'ultimo *item* oggetto del presente report ha riguardato le possibili strategie per la promozione del neurosviluppo e della salute mentale dei bambini e dei ragazzi, in particolare rispetto alle situazioni di maggiore fragilità, nonché le misure da mettere in campo sia per ridurne l'impatto negativo, sia per ottenere risposte organizzative adeguate in chiave di prevenzione e in caso di una futura emergenza.

Tutti i professionisti hanno concordato sull'importanza di stimolare e rafforzare, a più livelli e con strategie trasversali, il modello di crescita bio-psico-sociale di bambini e di ragazzi, per garantire uno sviluppo armonico e globale e prevenire il più possibile il disagio e la sofferenza psichica.

Nell'approfondimento di tale macro-tema sono emerse proposte relative all'implementazione di risposte omogenee su tutto il territorio nazionale, volte a superare la frammentarietà regionale dei servizi socio-sanitari. Come emerso dall'indagine, infatti, il contesto nazionale è ancora disomogeneo a livello organizzativo, in particolar modo per i servizi di presa in carico delle persone con vulnerabilità e fragilità neuropsichica. La pandemia ha posto l'accento sulla necessità di **"fare rete"** tra i servizi già esistenti e di implementare



gruppi di lavoro stabili che abbiano un punto di osservazione ampio per fornire allo stesso tempo risposte specifiche e su larga scala. A tal fine è necessario organizzare le attività e i servizi in una rete ben strutturata e coordinata tra tutti i sistemi che si occupano d'infanzia, adolescenza e famiglia - incluse la scuola e il terzo settore - attraverso un'azione strategica e trasversale. È fondamentale adottare una visione d'insieme globale che allo stesso tempo preveda interventi locali tra loro interconnessi e sinergici. Il coordinamento al livello territoriale delle attività e dei servizi deve avvenire quindi in maniera stabile e continuativa, con una regia complessiva al livello nazionale. Le **buone prassi** realizzate in alcune realtà regionali potrebbero essere condivise e inserite in tutti i sistemi che si occupano della salute dell'infanzia e dell'adolescenza a livello nazionale, in una logica sinergica, di sussidiarietà reciproca e di potenziamento delle realtà di volontariato e del settore no profit, già largamente diffuse.

Oltre a un più efficace sviluppo degli aspetti organizzativi, è stata individuata come azione strategica il potenziamento delle strutture già esistenti - in termini di risorse umane e materiali - e il miglioramento del raccordo e coordinamento tra di esse. Dovrebbe essere quindi previsto un incremento di operatori sanitari e socio-sanitari con competenze e formazione specifica per la gestione delle difficoltà e dei disturbi neuropsichici, nonché un aumento del numero di posti letto di NPIA. Fondamentale, inoltre, è una maggiore differenziazione dei percorsi in base a un'ottica di *stepped care*, identificando percorsi a bassa, media e alta intensità di cura sulla base dei bisogni degli utenti e implementando i raccordi formalizzati tra le strutture che garantiscono le diverse tipologie di percorsi. In questa direzione, al fine di favorire l'omogeneità delle cure, si auspica che le Case della comunità previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), con le attività consultoriali e psicologiche, possano costituire un punto di riferimento in ogni ambito territoriale per gli utenti che necessitano di interventi a bassa intensità di cura, e che le stesse agiscano in stretto raccordo con i servizi specialistici territoriali e ospedalieri di NPIA e con i servizi per le dipendenze patologiche. La presenza di **équipe multidisciplinari** appare fondamentale per garantire la presa in carico olistica del paziente, in particolare per gli utenti a media o alta complessità. La figura del *case-manager* viene indicata per questi ultimi come figura chiave per migliorare i percorsi di presa in carico e cura del paziente. Ulteriore elemento di rilievo è rappresentato dalla **formazione permanente degli operatori**, mirata allo sviluppo e al mantenimento di competenze cliniche specifiche, all'acquisizione e accrescimento di competenze per l'analisi e la gestione delle priorità, nonché all'ampliamento e definizione di reti interistituzionali e ad una gestione partecipativa e mirata alla valutazione di esito. **La formazione in gruppi interprofessionali** strutturati rappresenta un'azione strategica per favorire l'*empowerment* professionale tra gli operatori sanitari, socio-sanitari, sociali ed educativi e quindi la qualità delle cure. Altresì, è stata indicata come azione strategica quella di fornire alle figure professionali supporti per il benessere lavorativo e organizzativo e per la prevenzione del *burn out*, in maniera continuativa.



Come già sottolineato, è fondamentale il **potenziamento degli operatori dei servizi**, in particolare nell'ambito dei servizi di NPIA territoriali e ospedalieri, dei consultori e dei servizi di psicologia, nonché degli psicologi negli sportelli di aiuto che ad essi fanno riferimento, e nelle équipe di comunità. Particolare attenzione va riservata a garanzia della presenza di assistenti sociali, educatori professionali e/o tecnici della riabilitazione psichiatrica, figure che in molti servizi sono invece completamente assenti. L'aumento dei posti letto di NPIA è necessario soprattutto per far fronte alla domanda delle famiglie nei territori caratterizzati dalla totale o parziale mancanza di tale possibilità assistenziale. Al fine di potenziare l'azione degli operatori, non solo in condizioni di emergenza, è stato indicato come importante l'uso sistematico della **telemedicina**, con modalità specifiche per l'età evolutiva e l'ambito psicologico e riabilitativo, normando l'uso delle piattaforme digitali in materia di sicurezza.

Relativamente alla presa in carico di bambini e di ragazzi con fragilità psichica, è stata indicata come azione di miglioramento, quella di favorire una **maggiore considerazione, nella pratica clinica, delle disuguaglianze e delle determinanti sociali** al fine di adattare le risposte dei servizi alle caratteristiche specifiche di ogni famiglia.

In tutte le realtà, soprattutto in quelle più svantaggiate dal punto di vista socio-economico e culturale, è necessario prevedere **azioni di supporto alla genitorialità**, distribuendo materiale informativo, offrendo percorsi di *parent training* per attivare le competenze genitoriali in programmi di accoglienza e accompagnamento alla genitorialità, a partire dai punti nascita. È opportuno, inoltre, creare spazi di ascolto e luoghi di incontro per la collaborazione fra coppie genitoriali. Si suggerisce di prevedere il rafforzamento delle strategie che aumentino la consapevolezza e valorizzino il rapporto con le capacità espressive, di relazione con il sé e con gli altri, la valorizzazione degli approcci centrati sulle arti e sul mondo naturale, dando vita a percorsi di *outdoor education*. In tal senso, è necessario potenziare spazi di integrazione e socializzazione per bambini e ragazzi, spazi in cui possono esprimersi e condividere, attivare strategie di resilienza personale ed interpersonale, garantendo interventi non solo sanitari o residenziali. L'integrazione dei soggetti fragili nei contesti sociali rimane infatti un obiettivo primario; in tal senso, aumentare la consapevolezza e l'utilizzo degli strumenti di *advocacy* da parte dei professionisti, riprogettando gli interventi con il coinvolgimento dei minorenni stessi, viene identificata come azione di miglioramento. Inoltre, per migliorare la qualità delle cure nei confronti di particolari popolazioni a rischio, come bambini e ragazzi con storia migratoria, viene specificatamente indicata come necessaria la realizzazione di procedure più standardizzate e uniformi, tramite, per esempio, un protocollo d'intesa con le strutture di accoglienza.

In conclusione, gli effetti di maggiore impatto appaiono legati alla prevenzione e al monitoraggio continuo nell'ambito del neurosviluppo e della salute mentale. In tale direzione è necessaria una **programmazione economica e di ricerca specificatamente mirata alla**



prevenzione, soprattutto per il contrasto alle dipendenze. È necessario, altresì, un rafforzamento del lavoro preventivo e di contatto precoce con i bambini e i ragazzi per lavorare prima dell'insorgenza del disagio, con particolare riferimento alle persone di minore età più vulnerabili o esposte ai rischi; così come è importante costruire consapevolezza, in modo da consentire ai minori di età di sviluppare le competenze necessarie a proteggersi dai rischi e a trovare le strategie per fronteggiare le situazioni critiche. Occorre adottare un approccio che valorizzi la promozione del neurosviluppo e della salute mentale e che sia centrato sul potenziamento delle risorse, piuttosto che sulle fragilità conclamate. In tal senso, il monitoraggio della situazione del neurosviluppo e della salute mentale dei minori di età, **attraverso la raccolta dati e il confronto scientifico sulle evidenze emerse**, viene identificato come strumento fondante per raggiungere gli obiettivi prefissati.

La tabella 4 riassume le strategie di prevenzione suggerite dai professionisti.

Strategie di prevenzione
“Fare rete” tra i servizi e implementare gruppi di lavoro stabili
Favorire risposte omogenee su tutto il territorio nazionale
Condividere buone prassi
Incrementare il personale sanitario, socio-sanitario e sociale in equipe multidisciplinari
Aumentare i posti letto, in particolare per i reparti di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
Dedicare fondi e ricerca per la prevenzione e monitoraggio continuo nell'ambito del neurosviluppo e della salute mentale
Usare in modo sistematico telemedicina e teleassistenza
Considerare maggiormente le disuguaglianze e i determinanti sociali nella pratica clinica
Stimolare e rafforzare l'attenzione al neurosviluppo e ad un modello di crescita bio-psico-sociale di bambini e di ragazzi
Potenziare spazi di integrazione e socializzazione per bambini e ragazzi
Aumentare la consapevolezza e utilizzo degli strumenti di <i>advocacy</i>
Promuovere azioni di supporto alla genitorialità

Tabella 4. Strategie di prevenzione.



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

3.

Approfondimenti tematici



3. Approfondimenti tematici

3.1 Scuola

Particolare attenzione è stata posta da tutti i gruppi al tema della scuola e alla sua capacità di ripensare al suo modo di agire e interagire con i bambini e ragazzi.

La scuola è il luogo principale di apprendimento in cui si sviluppano aspetti fondamentali della vita che vanno ben oltre la didattica, come le competenze emotive, la socialità, il gioco, la scoperta, la ricerca, il confronto con gli altri, la capacità di esprimersi e di fare richieste. La chiusura di tale luogo e il passaggio alla DAD senza adeguata preparazione ha sottratto ai bambini e ragazzi un luogo di aggregazione e scambio essenziali nella fase evolutiva. Dal punto di vista delle scuole, queste hanno dovuto affrontare nuove sfide e difficoltà per mantenere i rapporti con i bambini e i ragazzi.

In relazione alla capacità di reagire al cambiamento pandemico, i professionisti della salute mentale riportano come anche in questo caso vi sia stata elevata disomogeneità nelle risposte: ci sono state scuole reattive e capaci di attivarsi in fretta, come scuole di fatto assenti e silenti; così come ci sono stati insegnanti che hanno cercato di affrontare gli aspetti relazionali e sociali della pandemia e che hanno imparato rapidamente ad usare la DAD ed anzi a farlo in modo creativo, empatico e socializzante, sviluppando nuove competenze proprie e dei ragazzi, e insegnanti che si sono chiusi a difesa esclusiva del proprio ruolo didattico. Talvolta il dialogo e la collaborazione tra scuola e servizi sono stati possibili, favorevoli e resi evidenti anche dall'incremento delle richieste di interventi attivati dalle scuole; inoltre la consapevolezza degli insegnanti dei possibili effetti della pandemia sul neurosviluppo e sulla salute mentale di bambini e ragazzi ha condotto a un continuo adattamento della didattica e dei criteri di valutazione alla situazione emergenziale e alla DAD.

I professionisti riferiscono che ci sono stati insegnanti e dirigenti scolastici che hanno lavorato alla riapertura della scuola con la consapevolezza che prima di tutto sarebbe stata una riapertura alle relazioni, al gruppo classe, al corpo docente, cosa che avrebbe richiesto un tempo dedicato e processi di cura. All'opposto ci sono state scuole che hanno ripreso come se nulla fosse successo, senza alcuna riflessione sui rapporti sociali interrotti e sugli eventi traumatici che alcuni alunni avevano vissuto, come se la DAD e la pandemia fossero una parentesi da mettersi alle spalle il più rapidamente possibile per riprendere un percorso percepito come interrotto. In generale, la ripresa della didattica in presenza è spesso coincisa con l'irrigidimento delle regole scolastiche, con l'introduzione di forme di distanziamento fisico e di protezione individuale che hanno reso la scuola un mondo molto diverso rispetto alla precedente quotidianità vissuta dai bambini e ragazzi. Le regole sono state, spesso, gestite



in modo contraddittorio e confuso, anche a causa dei continui cambiamenti delle indicazioni, generando una perdita di fiducia verso la scuola.

Una riflessione a parte va fatta per il mondo della formazione professionale e dei corsi professionalizzanti. I ragazzi che frequentano tali percorsi educativi provengono spesso da famiglie con minori risorse economiche e culturali, residenti in zone con una modesta dotazione di servizi, con relazioni di prossimità spesso omologhe alla propria condizione di vulnerabilità. Gli istituti professionali hanno riconfigurato a DAD le esperienze e la pratica professionalizzante, incontrando però non poche difficoltà ed esponendo i ragazzi a un maggiore rischio di dispersione scolastica.

Nella fase di primo *lockdown*, gli insegnanti e gli studenti hanno provato un forte senso di spaesamento e difficoltà nello svolgere le attività, nonostante la formazione intensiva seguita dagli insegnanti sull'avvio della DAD. In alcuni territori rurali o montani vi sono state difficoltà correlate all'assenza di cablaggio per la connessione a internet. Le maggiori difficoltà a collegarsi o a mantenere un contatto con la scuola si sono però verificate per gli studenti più fragili (es. migranti, persone con fragilità economica o con disabilità). Inoltre, il contatto con la scuola è stato reso difficile anche dalla mancanza di competenze dei genitori sull'uso della tecnologia e dei registri elettronici, dalla condivisione con altri membri della famiglia dei *device* tecnologici e degli spazi fisici, soprattutto in spazi abitativi ristretti, e per l'acuirsi del problema legato alla dipendenza da *social network* che ha tolto spazio alle attività didattiche. Inizialmente, vi sono state anche difficoltà nell'attivazione di fondi e finanziamenti ministeriali, che sono stati percepiti come risorse aggiuntive importanti, ma non sempre pervenute tempestivamente. In alcuni casi, le scuole hanno anche ricevuto un grande aiuto da parte di associazioni locali, no profit e volontariato. Psicologi e referenti medici delle scuole hanno registrato un aumento delle richieste di aiuto. Nella fase del *lockdown*, gli insegnanti hanno spesso accettato un livello di performance più "basso" rispetto a quello che avrebbero richiesto nella fase precedente alla pandemia; invece, è stata osservata una **eccessiva richiesta di performance** scolastica al rientro a scuola in presenza, a discapito della cura delle relazioni sociali.

Nella seconda fase pandemica, corrispondente all'estate 2020, i professionisti hanno riportato uno sforzo delle scuole a riorganizzare spazi e attrezzature (es. banchi e distanziamento fisico), anche sulla base delle riflessioni operate nei mesi precedenti. Tuttavia, la difficoltà della scuola nel gestire le difficoltà emotive-relazionali degli studenti associate al ritorno in presenza non è stata risolta, ed è stata peggiorata dall'aumentata pressione prestazionale. Con l'effettivo ritorno in presenza di tutti gli studenti, si è evidenziato come il distanziamento continuasse a rappresentare una forte difficoltà organizzativa.

La percezione della risposta fornita dalla scuola a sostegno del neurosviluppo e della salute mentale dei minori di età è stata, quindi, molto eterogenea e in parte dipendente dalle diverse



fasi della pandemia. Nel primo *lockdown*, gli intervistati hanno riferito di aver osservato una discreta accettazione della DAD da parte degli studenti e delle famiglie in relazione alla situazione di emergenza, sentimento sostituito, successivamente, da un sempre maggiore rifiuto. In molti contesti, si è creato **un clima di forte tensione tra le famiglie e la scuola**. Lo stato di affaticamento e irritabilità dei genitori, legato sia all'impatto diretto della pandemia che alla disomogeneità e rapida variazione delle risposte del sistema scolastico, ha generato un atteggiamento aggressivo nei confronti della scuola e un aumento delle richieste e/o del carico di responsabilità per i singoli docenti e dirigenti scolastici. I docenti e dirigenti scolastici riportano che i disagi sociali, economici e psicologici delle famiglie si siano riversati sulla scuola, sebbene essa abbia cercato di agire in maniera sistemica e programmatica per l'inclusione di tutti gli studenti.

Una **criticità rilevante** è stata la scarsa gestione dell'incertezza e dei **passaggi tra attività in presenza e quarantene**. In molti contesti, la scuola è ripartita come se la pandemia fosse finita; ogni quarantena ha colto di sorpresa le classi, come la prima volta, e richiesto tempi lunghi per la riorganizzazione delle attività a distanza. In altri, sono stati pensati in anticipo piani per la gestione, e i passaggi sono avvenuti in modo fluido e tempestivo, senza lasciare nessuno indietro. Tali situazioni evidenziano come gestire l'incertezza sia possibile ed efficace. Alcuni intervistati sostengono che non sia stato possibile creare un'alleanza con i genitori, mentre altri riportano, invece, che l'alleanza tra le famiglie e la scuola sia avvenuta. Alcuni genitori hanno mostrato e mostrano tuttora un comportamento propositivo, avanzando ipotesi e soluzioni per non perdere il contatto con la scuola e per costruire una rete sociale, anche con le associazioni. Alcuni intervistati sostengono che è necessario continuare a sostenere i genitori nel ritrovare un ruolo di protagonisti come educatori. La **percezione di sfiducia negli adulti e nelle istituzioni da parte degli adolescenti**, a causa dell'incertezza e delle varie modalità di gestione della DAD introdotte dagli insegnanti, nonché a causa dell'aumento della pressione prestazionale, è **aumentata** in corrispondenza dell'allentamento delle misure di prevenzione dell'infezione da COVID-19. Le ragazze e i ragazzi, infatti, hanno percepito un **mancato riconoscimento del loro contributo**, in particolare **non** hanno sentito **riconosciuta la fatica** che stavano affrontando **con la rinuncia alla scuola in presenza**, e la loro partecipazione allo sforzo collettivo per garantire la sicurezza della comunità. **Gli adulti sono stati visti come stanchi e fragili**, talmente preoccupati da quanto stava succedendo, della portata degli impatti generati dalla pandemia e delle misure di contenimento, da prestare meno attenzione al mondo di bambini e ragazzi.

La scuola e gli insegnanti, con le richieste performanti sia in DAD sia in presenza, sono stati spesso considerati dagli studenti come "sorgente di malessere", più della stessa pandemia. La scuola, spesso, ha fatto fatica a comprendere come la DAD non sia stata un privilegio per gli studenti, ma una privazione di un diritto fondamentale oltre che una grave limitazione



della loro socialità. Anche gli operatori della scuola hanno rilevato l'emergere di una serie di **disturbi nel contesto educativo**, tra cui **i disturbi dell'apprendimento, dell'attenzione, del linguaggio**, soprattutto per i minori migranti o i bambini e ragazzi con *background* migratorio; sono stati osservati, inoltre, disturbi **della condotta e della regolazione cognitiva, metacognitiva ed emotiva**. Spesso i ragazzi, poco supportati dagli adulti, hanno mostrato fatica a elaborare, razionalizzare e contestualizzare quanto accaduto durante la pandemia (ad esempio, malattie e lutti). Oltre alle difficoltà di concentrazione, gli insegnanti hanno **riscontrato ridotte abilità di pre-scrittura e pre-calcolo** e una **retrocessione delle competenze e autonomie già acquisite negli alunni della scuola primaria**. L'aumento dei bisogni educativi speciali è stato registrato soprattutto negli studenti migranti. Inoltre, è stata rilevata l'insorgenza di **fobie scolastiche**, il rifiuto a tornare a scuola per la didattica in presenza fino **all'instaurarsi di attacchi di panico**. Se in alcuni casi è emerso il rifiuto della DAD, con conseguenze rilevanti sia sugli apprendimenti che sulle altre aree di sviluppo, in altri casi è emersa la tendenza a preferire la didattica a distanza (così come la modalità *online* finalizzata all'interazione sociale o alle relazioni affettive, piuttosto che gli incontri dal vivo). **La paura del contagio, lo stato di frustrazione** (anche per la continua interruzione dei percorsi scolastici e formativi), e più in generale **l'incertezza rispetto al futuro** (es. nella scelta della scuola superiore e dell'università) in assenza di strategie per la sua gestione, hanno generato negli alunni stati ansiosi e depressivi. Alcuni alunni hanno anche evidenziato un particolare fastidio nel sentire le "voci robotiche" durante la DAD. La sfiducia nei confronti del sistema scolastico sembra aver interessato sia gli alunni (ad esempio hanno trovato insostenibile fare lezione e studiare in spazi ristretti, poco riservati e con eccessiva esposizione), così come le famiglie (ad esempio sono aumentate le richieste di *home-schooling*).

I professionisti coinvolti nei focus group hanno sottolineato la necessità di dare alla **scuola** un **ruolo centrale** non solo dal punto di vista dell'educazione e della formazione ma anche della **promozione e monitoraggio** del neurosviluppo e della **salute mentale** di bambini e ragazzi. La scuola, infatti, è il principale luogo in cui i ragazzi crescono, si confrontano e costruiscono la propria identità. È anche il luogo dove trascorrono molto tempo, spesso più che a casa, e dove possono essere facilmente individuati, anche in una logica di prevenzione, i disagi fisiologici, le problematiche di salute mentale e i disturbi del neurosviluppo.

Lo scambio di opinioni, emerso durante i focus group, ha permesso di suggerire azioni concrete per rendere il contesto educativo maggiormente ricettivo e proattivo a supporto del neurosviluppo e per la prevenzione e individuazione dei disagi delle alunne e degli alunni. In particolare, i professionisti suggeriscono di **dedicare maggiori investimenti nella scuola sul tema del neurosviluppo e della salute mentale in maniera sistemica e non a progetto**, considerando come **target specifici** soprattutto le **aree periferiche** e gli **studenti più fragili**,



ponendo uno sguardo più attento alle fragilità economiche, sociali e culturali delle famiglie. Molti professionisti hanno anche riportato la **necessità di** includere in tutte le scuole figure professionali, tra cui lo psicologo, lo psicopedagogo, il medico e l'infermiere, che possano fornire sostegno non solo agli studenti ma anche al corpo docente, e in ogni caso di **sviluppare un raccordo più stretto con i servizi pubblici territoriali** a cui fanno riferimento tali professionisti. La **formazione continua** dei docenti dovrebbe essere **incentivata** al fine di **potenziare** un utilizzo competente degli **strumenti digitali**, nonché **per superare le tradizionali modalità didattiche**. Sarebbe importante, infatti, superare la didattica frontale e favorire il lavoro in piccoli gruppi eterogenei, così come inserire nei programmi di studio argomenti di attualità in una logica di trasversalità tra le materie didattiche. La formazione continua, inoltre, dovrebbe avere l'obiettivo di **favorire l'accoglienza** e il sostegno, nel medio e lungo periodo, degli **studenti più fragili**, per esempio quelli in condizione di disabilità, nonché di rivedere il ruolo dell'adulto come punto di riferimento per il minore di età, secondo un approccio intergenerazionale.

L'**alleanza educativa** tra docenti e studenti, tra i docenti stessi, tra gli studenti e tra la scuola e la famiglia, dovrebbe essere **rafforzata** valorizzando lo **strumento dei patti educativi** per evitare che si riducano a una mera lista di offerte. Lo strumento dei patti educativi dovrebbe spingere a definire insieme al minore di età i cambiamenti desiderati e, di conseguenza, **costruire un ambiente collaborativo** capace di generarli. Dovrebbero, inoltre, essere vissuti come strumenti inclusivi che si preoccupino di ampliare la platea degli attori coinvolti, invitando a partecipare anche i soggetti che più tradizionalmente ne sono esclusi (es. le società sportive, il baretto, il giornalista, il museo e, in generale, chi produce cultura). Appare importante favorire strategie di formazione basate sulla *peer-education* e sulla presenza di formatori e insegnanti che fungano da "facilitatori" nell'apprendimento, capaci di sostenere i ragazzi nella sperimentazione di competenze trasversali. Tale obiettivo può essere raggiunto attraverso la creazione di gruppi di lavoro e laboratori, nonché attraverso il coinvolgimento di **docenti, genitori, persone di minore età**, operatori transculturali, artisti, operatori sportivi, stakeholder, **in focus group per progettare attività extrascolastiche** in ambito artistico, musicale, sportivo e in generale del tempo libero. Di particolare importanza appare la possibilità di incrementare interventi mirati per la promozione del neurosviluppo, della salute mentale, anche al fine della prevenzione delle dipendenze, valorizzando le connessioni con gli altri attori del territorio, che dovrebbero essere riconosciute dall'ente pubblico più prossimo (municipio, circoscrizione, comune) e rese stabili nel tempo.

3.2 Minorenni stranieri non accompagnati

Per quanto riguarda i minorenni stranieri non accompagnati, l'emergenza pandemica ha impattato negativamente sulle attività dei servizi di accoglienza e ha acuito le disuguaglianze



che già esistevano tra i diversi sistemi di accoglienza in Italia. Nella maggior parte dei casi sono state registrate difficoltà nella gestione dell'isolamento e/o della quarantena nelle strutture di accoglienza, assimilate di volta in volta alle RSA o alle famiglie, causando sovraccarico, difficoltà a prevenire la diffusione del contagio tra i ragazzi o a spostarli se necessario in strutture dedicate, determinando così lunghe interruzioni dei contatti tra i ragazzi, con gli operatori e con l'esterno.

Nelle comunità per migranti, la situazione pandemica ha incrementato il disagio e amplificato disturbi e difficoltà, soprattutto a partire dalle esperienze traumatiche già vissute durante la tratta o lo sbarco. Sono state segnalate preoccupazione e paura per sé stessi e per le proprie famiglie lontane, per l'interruzione degli appuntamenti in questura e per il rallentamento dei percorsi di regolarizzazione. Sono stati registrati, altresì, allontanamenti o fughe dalle comunità (con atteggiamenti provocatori e aggressivi), soprattutto dopo lunghi isolamenti, difficoltà nel trovare un lavoro e insofferenza per il prolungamento delle misure contenitive, anche quando per "il resto del mondo" erano state allentate. Un altro elemento significativo segnalato è il *burn out* degli operatori socio-sanitari, che nel corso della pandemia sono stati sottoposti a livelli di stress e sovraccarico lavorativo particolarmente rilevanti.

Per migliorare la qualità delle cure nei confronti di bambini e ragazzi con storia migratoria, viene specificatamente indicato come necessario sviluppare risposte più omogenee e procedure di riferimento condivise, anche tramite un protocollo d'intesa con le strutture di accoglienza.

3.3 Dipendenze

È stato inoltre riportato un aumento delle richieste di aiuto spontanee per l'uso di sostanze psicoattive, cannabinoidi, alcool e malessere psico-fisico dovuto ad un riassetto delle routine di abuso a causa del *lockdown*. Tale aumento di richieste appare legato sia ad un aumento vero e proprio dei consumi, facilitato dalle sempre maggiori possibilità di reperimento su internet e consegna a domicilio delle sostanze, sia ad un aumento delle segnalazioni da parte dei genitori, che si sono ritrovati fisicamente più vicini ai figli e hanno avuto modo di rendersi maggiormente conto dei loro problemi di dipendenza. I professionisti intervistati ritengono che la prevenzione delle dipendenze sia di fondamentale importanza e che debba essere sempre più strettamente correlata al tema della promozione del neurosviluppo e della salute mentale più in generale e non condotta in modo isolato. Inoltre, ritengono che debbano essere implementati i fondi e la ricerca dedicati sia al tema delle dipendenze patologiche, sia a quello della salute mentale.

La tabella 5 riassume le strategie di prevenzione suggerite dai professionisti per la scuola, i minori migranti non accompagnati, le dipendenze.



Per la scuola
Dare alla scuola un ruolo centrale nella promozione e monitoraggio del neurosviluppo e della salute mentale di bambini e ragazzi
Dedicare maggiori investimenti in tema di neurosviluppo e salute mentale in maniera sistemica
Includere in tutte le scuole lo psicologo, afferente ai servizi di psicologia scolastica nell'ambito dei Consultori familiari
Sostenere la formazione continua dei docenti (es. uso di strumenti digitali, superamento della didattica frontale)
Valorizzare lo strumento dei patti educativi
Favorire strategie di formazione basate sulla <i>peer-education</i>
Per i minorenni stranieri non accompagnati
Definire procedure maggiormente standardizzate e uniformi, e diffonderle in tutti i territori
Per le dipendenze
Dedicare fondi e ricerca per la prevenzione delle dipendenze e per la promozione della salute mentale

Tabella 5. Strategie di prevenzione suggerite dai professionisti in relazione ai focus tematici



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

4.

Conclusioni



4. Conclusioni

Il valore aggiunto di questa ricerca: si tratta di una raccolta di testimonianze dal basso. Non somma, ma sintesi di voci di esperti

Nell'ambito della presente ricerca sono stati ascoltati attraverso focus group e singole audizioni più di novanta professionisti che nel proprio quotidiano hanno lavorato con bambini e adolescenti nella fase pandemica a sostegno del neurosviluppo e della salute mentale. I focus group e le audizioni hanno fatto emergere aspetti e **tematiche ricorrenti**, suggerendo la possibile messa in atto di diverse strategie di sistema già nell'immediato presente. Il **valore aggiunto** di questa raccolta di testimonianze risiede nell'aver messo a fuoco, seppur in maniera qualitativa, l'entità del problema relativo al neurosviluppo e alla salute mentale di bambini e ragazzi, contestualizzandolo nel sistema italiano e dando voce ai professionisti che lavorano in prima linea nei servizi dedicati alle persone di minore età e alle loro famiglie. Il risultato di questa iniziativa si traduce in un insieme di raccomandazioni operative utili a orientare, sin da subito, gli investimenti e le politiche dirette alla tutela della salute mentale dei minori di età in ambito socio-sanitario e educativo.

Si è assistito a un aggravamento dei disturbi già diagnosticati e all'esordio di disturbi in soggetti vulnerabili

I professionisti intervistati sottolineano che la pandemia e le misure attuate per il suo contenimento hanno impattato in maniera considerevole sulla vita dei minori di età e delle loro famiglie, determinando un generale senso di **incertezza** e **disorientamento** in tutta la popolazione. In particolare, nei bambini e adolescenti, la pandemia ha determinato un insieme di **fragilità di entità crescente**, come l'**aggravamento** di disturbi neuropsichici già diagnosticati e l'**esordio di disturbi** in soggetti vulnerabili (es. minorenni inseriti in contesti di svantaggio socio-culturale, migratorio, con disabilità o altre vulnerabilità), o in soggetti sani. I professionisti hanno assistito a una vera e propria "**emergenza salute mentale**" dovuta al continuo **aumento delle richieste in tale ambito**.

Problemi frequenti in adolescenza: alterazione ritmo sonno-veglia, discontrollo degli impulsi, disturbi comportamento alimentare, ideazione suicidaria, tentato suicidio, autolesionismo, ritiro

Aumento di altri disturbi del neurosviluppo e dei casi di abbandono scolastico

Le **condizioni più frequentemente riferite** dai professionisti di area sanitaria in adolescenza sono **state: alterazioni del ritmo sonno-veglia, discontrollo degli impulsi, disturbi del comportamento alimentare, ideazione suicidaria, tentato suicidio e suicidio, autolesionismo, e ritiro sociale**. In ambito educativo e nell'infanzia sono stati più spesso riportati altri disturbi del neurosviluppo (linguaggio, apprendimento, attenzione), ma anche elevato senso di frustrazione e incertezza, difficoltà nella regolazione cognitiva e metacognitiva, nonché difficoltà di concentrazione, **generando inadempienze scolastiche e aumento dei casi di abbandono scolastico**. Nelle comunità per migranti non accompagnati, sono state riportate numerose esperienze traumatiche legate alla



gestione dell'isolamento e/o della quarantena nei servizi di accoglienza, così come forte preoccupazione per i percorsi futuri (lavoro e inserimento sociale). Tali difficoltà sono state anche causa di atteggiamenti aggressivi e fughe dalla comunità.

La rete dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e di riabilitazione dell'età evolutiva, dei servizi consultoriali e psicologici e dei servizi educativi e sociali nelle diverse realtà territoriali italiane, si è trovata a rispondere al considerevole aumento di richieste a partire da una situazione di generalizzata carenza di risorse ed elevata disomogeneità nell'organizzazione preesistente alla pandemia, con conseguente **inadeguatezza e iniquità di risposte** a livello regionale e locale. Per i minori migranti ospiti dei Centri di prima e seconda accoglienza e dei Centri di accoglienza straordinaria, l'incertezza legata alla pandemia ha aggravato la preoccupazione relativa ai percorsi di regolarizzazione e ha aumentato i livelli di stress.

Aumento delle
diseguaglianze a
livello regionale e
locale

Le **criticità strutturali e di funzionamento dei servizi pubblici e accreditati** esistenti prima della pandemia (es. carenza del personale, delle risorse economiche e della formazione dei professionisti) si sono acutizzate durante lo scenario emergenziale. Le attività per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva nel loro complesso, e ancor più quelle per i disturbi psichiatrici gravi in adolescenza, erano già ampiamente sottodimensionate nell'epoca precedente alla pandemia. **I bambini, i ragazzi e le loro famiglie si sono trovati spesso costretti a cercare risposte nel settore privato**, con carichi emotivi, e difficoltà pratiche ed economiche rilevanti e difficilmente sostenibili. Sin dalle primissime fasi pandemiche, la riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e di riabilitazione dell'età evolutiva hanno avuto come obiettivo principale quello di garantire contemporaneamente la massima continuità e supporto ai bambini, agli adolescenti e alle loro famiglie e il minimo rischio di contagio in utenti, familiari e operatori. In fase di *lockdown* è stato, infatti, raccomandato di svolgere in modalità telematica le attività ambulatoriali non urgenti e per le quali non fosse assolutamente indispensabile la presenza e di organizzare la modalità di *smart working* per il massimo numero possibile di operatori, limitando la presenza alla gestione delle attività urgenti e non procrastinabili.

Acuitizzazione delle
criticità strutturali
preesistenti alla
pandemia

Ricorso al settore
privato e aumento
delle diseguaglianze

In ambito sanitario e socio-sanitario, **l'attivazione della telemedicina (inclusiva della telepsicologia, della teleriabilitazione e altre forme di teleassistenza)** ha rappresentato una grande risorsa e allo stesso tempo ha generato sfide e criticità ancora irrisolte, prime tra tutte la mancanza di specificità tecnologica e gestionale

Valorizzazione della
telemedicina come
risorsa



Importante investire nella formazione, manageriale e tecnico-professionali, per un appropriato utilizzo delle tecnologie ai fini della telemedicina

per far fronte ai bisogni dei bambini e ragazzi. Durante la pandemia, le attività svolte da remoto hanno offerto occasioni importanti per dare supporto alle persone di minore età e alle famiglie che vivono lontano dai centri clinici, di rimodulare le attività sanitarie e socio-assistenziali in alcuni casi, di programmare *training* per gli utenti e le loro famiglie, individuali o di gruppo e di effettuare interventi in rete con altri servizi sociali, educativi, sanitari, nonché con l'autorità giudiziaria e tutti i professionisti che lavorano con le persone di minore età. I professionisti sottolineano la necessità di consolidare la possibilità di svolgere attività sanitarie e socio-assistenziali da remoto in tutti i servizi e di formalizzare la telemedicina, con tutte le necessarie attenzioni in materia di sicurezza informatica. È necessario, dunque, che si **investa** rapidamente nella **messa a regime delle risorse tecnologiche**, attualmente gravemente carenti in molti servizi, per l'appropriato svolgimento delle attività di telemedicina, nonché per la **formazione in merito, tenendo in considerazione nuovi modelli organizzativi di erogazione delle attività che le nuove tecnologie impongono anche in ambito sanitario e socio-sanitario. C'è, infatti, bisogno non solo di sistematicità e uniformità al livello nazionale, ma anche di corroborare competenze sia manageriali, sia tecnico professionali.**

Necessario realizzare un sistema che garantisca la continuità tra ospedale e territorio

I professionisti hanno posto enfasi sulla necessità di porre particolare attenzione alla **programmazione di risposte integrate tra strutture ospedaliere e territoriali**, attualmente carente in molte realtà regionali. Le risposte integrate, proprie di una "rete curante" specificamente finalizzata ai bisogni di salute dell'età evolutiva, sono tese a superare disomogeneità e frammentazione, garantendo l'effettivo accesso alle cure necessarie nei servizi specialistici di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e della riabilitazione dell'età evolutiva, consultoriali/psicologici, garantendo l'assistenza durante e dopo il ricovero, e agendo, altresì per contrastare gli elementi di vulnerabilità con adeguati supporti nel sociale e azioni di prevenzione mirata. Sebbene alcuni professionisti abbiano sperimentato un'esperienza di "**creatività**" **proattiva e collaborativa** in risposta all'emergenza, sopperendo ad azioni di sistema mancanti, è necessario **implementare azioni strutturali** e di funzionamento continuative e coordinate dirette alla prevenzione e al monitoraggio di disturbi del neurosviluppo delle persone di minore età.

Necessarie azioni strutturali dirette alla prevenzione e al monitoraggio dei disturbi del neurosviluppo

I professionisti sottolineano come la pandemia abbia acuito **disuguaglianze sociali, economiche e culturali già esistenti**, e come questo sia stato un elemento determinante dell'impatto sul neurosviluppo e sulla salute mentale. I minori di età inseriti in un sistema di rete sociale e di servizi organizzati e/o che hanno



beneficiario della vicinanza della famiglia e/o della comunità hanno potuto attivare risorse e strategie interne, mentre quelli che vivevano già condizioni di fragilità, oppure in fase di transizione scolastica, come preadolescenti e adolescenti, hanno subito un aggravamento dei disagi o disturbi preesistenti e in molti casi anche l'insorgere di nuove problematiche.

I bisogni e i *desiderata* dei minori di età sulle decisioni politiche e istituzionali non devono rimanere inascoltati. È fondamentale che i bambini e i ragazzi siano coinvolti nelle scelte e che siano attori di questo processo. Il **minorenne** deve essere pensato come parte integrante e attore della propria **comunità educativa e sociale**. In tutti i contesti, si deve tenere conto dell'**importanza del gruppo**, non solo per il raggiungimento degli obiettivi di apprendimento, ma più in generale per l'intera crescita dei bambini e dei ragazzi. Nel gruppo, caratterizzato dalla centralità dei processi emotivi e relazionali, i bambini e i ragazzi manifestano i loro bisogni, sperimentano le proprie capacità e sviluppano la propria identità, in un continuo scambio con i pari, gli educatori e gli insegnanti. Per sostenere tale processo, la creazione di un **clima di fiducia** fra tutte le componenti del gruppo rappresenta la condizione fondamentale affinché ognuno possa sentirsi al centro del processo educativo e libero di esprimersi (ad esempio, libertà di gioco, di partecipare alle attività proposte, di osservare, parlare o tacere). È fondamentale il **supporto allo sviluppo psico-sociale nelle diverse fasce di età, promuovendo attività volte all'ascolto e all'osservazione, al riconoscimento e alla gestione delle emozioni, alla cooperazione e al riconoscimento e sviluppo delle risorse personali**. La predisposizione delle attività deve essere tesa a rinforzare modelli positivi e promuovere resilienza e benessere. **Sostenere il senso di autoefficacia** può essere particolarmente importante in tempi di paura e incertezza. A questo scopo, è utile promuovere esperienze e attività in cui i bambini e **gli adolescenti possano svolgere un ruolo attivo nel considerare sé stessi, le loro famiglie e le loro comunità**.

Fondamentale il ruolo del gruppo per la crescita dei bambini e ragazzi. Minorenne al centro della comunità educativa e sociale

Protagonismo e ruolo attivo degli adolescenti e delle comunità. Promuovere ascolto, fiducia, senso di autoefficacia, riconoscimento delle risorse personali

Complessivamente, la tutela della salute mentale dei minori di età è prepotentemente emersa come un'urgenza immediata. I problemi connessi al neurosviluppo e alla salute mentale, che hanno ricevuto insufficienti risposte, rischiano di subire un processo di cronicizzazione di disagio mentale su vastissima scala.

L'Organizzazione mondiale della sanità ribadisce la centralità della salute mentale nella vita degli individui. In particolare, in relazione all'attuale periodo storico, viene sottolineato che la salute mentale necessita di una considerazione al pari di quella fisica (32). Sono considerate fondamentali le **azioni di programmazione**,



Fondamentale la programmazione per prevenire e curare e per superare frammentarietà regionale e locale

prevenzione e cura che superino frammentarietà regionale e locale. L'offerta di servizi deve rispondere, quindi, ad una *vision* globale che si declini a livello territoriale tramite una rete ben strutturata e coordinata tra tutti i sistemi che si occupano di infanzia, adolescenza e famiglia, inclusi il settore educativo e il terzo settore in una **logica di welfare circolare e sussidiario**. La fase post-pandemica può essere utilizzata come occasione di miglioramento del sistema di monitoraggio, prevenzione, cura e assistenza delle persone di minore età, fortemente messi sotto sforzo negli ultimi mesi.

Nella attuale riorganizzazione del sistema sanitario, i distretti socio-sanitari assumono un importante ruolo di fulcro, come unità territoriali di base che devono coordinare e garantire risposte ai bisogni di salute di uno specifico territorio, in termini di promozione, prevenzione e cura e in termini di integrazione socio-sanitaria, secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza, e in modo differenziato e personalizzato in base agli specifici bisogni, in particolare quelli età correlati.

Inoltre, è indispensabile giungere alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali delle persone di minore età, traguardo a cui guardare per garantire, insieme ai livelli essenziali di assistenza sanitaria e nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria, equità, accessibilità e appropriatezza delle risposte e a percorsi integrati di cura e assistenza anziché interventi puntiformi.

Da questo punto di vista, il decreto del Ministro della salute n. 71/2022 sui “modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale”, adottato per rispettare la milestone del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Missione 6 - Salute) assume un ruolo strategico nella ripartenza del sistema socio-sanitario. Significativo è l'aver messo al centro del sistema i distretti socio-sanitari quali luoghi di prossimità, deputati a garantire una risposta integrata, coordinata e continua ai bisogni della popolazione, a partire dalla loro conoscenza e dalla programmazione delle risposte attraverso il confronto con gli stakeholder e con i cittadini. Anche le Case di comunità, così come diseguate, dovrebbero garantire una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Tuttavia, il decreto tralascia qualsiasi riferimento all'area del bambino, ai disturbi del neurosviluppo e alla salute mentale, con il rischio di depotenziare e frammentare ulteriormente soprattutto il sistema dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, di psicologia e di riabilitazione dell'età evolutiva. Appare invece necessario garantire

Necessaria l'implementazione del DM 71/2022 con gli aspetti relativi al neurosviluppo e alla salute mentale



un'organizzazione omogenea e specifica del sistema dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dei servizi di psicologia e di quelli di riabilitazione dell'età evolutiva, attraverso opportuna integrazione a quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 71/2022 sugli standard dell'assistenza territoriale, onde superare le attuali gravi disomogeneità regionali.

Infine, un tema ricorrente e trasversale della ricerca è quello del disorientamento degli adolescenti di fronte a ciò che è stata definita “fragilità adulta”. Il riferimento non è solo alla famiglia o solo ai docenti, ma a tutti gli adulti che esercitano un ruolo educativo e quindi alla comunità educante. Sempre più spesso i bambini e i ragazzi, nel percorso di crescita, si confrontano con adulti fragili, confusi, che inviano messaggi contraddittori. E ciò sia nell'ambito della relazione educativa genitori-figli, sia nei provvedimenti, circolari, disposizioni che li riguardano. Di fronte a tale processo, che è stato definito di “adulterizzazione del bambino e infantilizzazione dell'adolescente”, le ragazze e i ragazzi, non potendosi confrontare in maniera autentica e costruttiva con gli adulti di riferimento e con le istituzioni e i loro rappresentanti, manifestano sintomi di disagio che possono sfociare nei disturbi di cui si è detto e che sono stati acuiti dalla pandemia. Il tema, pertanto, è antecedente alla pandemia e ha a che fare con molti e diversi fattori, tra cui i modelli culturali che permeano gli stili educativi - in senso lato - tipici delle società occidentali. Su di essi è necessario intervenire, in maniera continuativa, coordinata e trasversale, per promuovere una cultura educativa che sempre più renda protagonista le persone di minore età in ogni scelta e decisione che li riguardi e che favorisca, in questa direzione, il confronto e il dialogo intergenerazionale e con le istituzioni.

Rendere protagoniste le persone di minore età e favorire il dialogo intergenerazionale



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

5.

**Le raccomandazioni
dell'Autorità garante per
l'infanzia e l'adolescenza**



5. Le raccomandazioni dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza

Le presenti raccomandazioni rappresentano l'atto attraverso il quale l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza si rivolge al Governo nazionale e a quelli regionali, nonché alle altre istituzioni, al fine di orientarne le decisioni e le politiche e fare in modo che i diritti dei bambini e dei ragazzi vengano garantiti a prescindere dalla loro condizione personale, familiare e sociale e dalla loro origine o provenienza geografica.

Esse rivestono particolare importanza per almeno due motivi:

- perché investono un campo, quello del neurosviluppo, del benessere psicologico e della salute mentale dei bambini e dei ragazzi, che costituisce una componente essenziale della salute e del benessere psico-fisico nel suo complesso;
- perché si collocano a valle di una ricerca che, partendo dall'esperienza dei professionisti che lavorano nei territori nel campo della promozione del neurosviluppo, del benessere psicologico, della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza e della cura dei disturbi correlati, ha evidenziato il significativo impatto che la pandemia ha avuto sul benessere delle bambine e dei bambini, delle ragazze e dei ragazzi, acuendo problemi preesistenti e aumentando le disuguaglianze.

Esse, inoltre, non solo sono il frutto di una ricerca condotta sul campo, ma sono state corroborate dalla presenza di un Comitato scientifico di alto livello che ha guidato e accompagnato il presente studio.

Nel formulare le raccomandazioni e al fine di favorirne la loro concreta attuazione l'Autorità garante ha operato un collegamento con i principali piani e programmi nazionali messi in campo in favore delle persone di minore età.

Le presenti raccomandazioni, infine, saranno oggetto di monitoraggio, in relazione alla loro attuazione, da parte dell'Autorità garante.

L'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza segnala la necessità

Al Presidente del Consiglio dei ministri, al Ministero della salute, al Ministro per le pari opportunità e la famiglia, al Ministro per le politiche giovanili, al Ministro per le disabilità, al Ministero dell'economia e delle finanze, alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano:

di fornire risposte adeguate sul piano sanitario, socio-sanitario, sociale ed educativo per la promozione del neurosviluppo, del benessere psicologico, la prevenzione del disagio mentale e la cura dei disturbi neuropsichici;



In particolare, appare necessario:

- garantire che i bambini e ragazzi ricevano sempre dai servizi risposte specifiche e appropriate per la loro età e fase di sviluppo;
- garantire che in tutti i servizi pediatrici territoriali e ospedalieri venga riconosciuta la competenza fino al diciottesimo anno di età, come peraltro già previsto dal Piano di azione nazionale per l'attuazione della Garanzia infanzia;
- garantire un'organizzazione omogenea e specifica del sistema dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dei servizi di riabilitazione dell'età evolutiva e dei servizi di psicologia, attraverso opportuna integrazione a quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 71/2022 sugli standard dell'assistenza territoriale, onde superare le attuali gravi disomogeneità regionali e l'insufficiente specificità per l'età evolutiva;
- dotare i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, di riabilitazione e di psicologia dell'età evolutiva, i consultori familiari e comunque tutti i servizi dedicati all'infanzia e all'adolescenza, di adeguate risorse strutturali, economiche e di personale, in maniera stabile e superando la logica del precariato in modo da assicurare la presa in carico tempestiva e l'abbattimento delle liste di attesa, attraverso la determinazione dell'assegnazione di fondi finalizzati e di standard organizzativi e di personale specifici;
- adottare, ai fini della programmazione socio-sanitaria ed economica, un approccio che parta dal basso, dall'interlocuzione con cittadini e con le persone di minore età, nonché dall'interlocuzione con i distretti socio-sanitari, quali unità elementari di base capaci di fornire e coordinare risposte in termini di equità, accessibilità e appropriatezza, nell'ottica di una effettiva integrazione socio-sanitaria;
- ampliare lo stanziamento di fondi dedicati alla ricerca per la promozione del neurosviluppo, del benessere psicologico e della salute mentale, nonché per la cura e la prevenzione delle dipendenze;
- adottare, nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni, un approccio *outreach*, capace di favorire percorsi di promozione dei diritti e delle opportunità, superando la logica prestazionale e di attesa della richiesta di aiuto;
- adottare un modello organizzativo che, nel rispetto dei principi di sussidiarietà orizzontale e verticale e delle peculiarità locali e regionali, favorisca un coordinamento tra i differenti livelli di governance. In particolare, a tal fine, l'Autorità garante raccomanda l'istituzione di una "cabina di regia" sulla promozione del neurosviluppo, del benessere psicologico e della salute mentale delle persone di



minore età a livello di Dipartimenti welfare e salute regionali e di "cabine di regia" operative e locali a livello dei distretti socio-sanitari. Tali organismi, con compiti di programmazione e di definizione delle priorità di azione nel campo del neurosviluppo, del benessere psicologico e della salute mentale, nonché di monitoraggio rispetto alla loro attuazione, realizzano l'integrazione sanitaria, sociale e educativa, assicurando la partecipazione dei servizi coinvolti nella promozione del neurosviluppo, del benessere psicologico e della salute mentale di bambini e adolescenti e nella cura dei disturbi connessi, nonché degli stakeholder, della comunità e di organismi rappresentativi delle persone di minore età, e sono da inserire nei *redigendi* Piani di prevenzione nazionale e territoriali per poter essere coinvolti tempestivamente nel caso di nuovi episodi pandemici o di emergenze globali, onde identificare le strategie più opportune da mettere in atto per minimizzarne l'impatto sui minori di età. Infine, tali organismi si raccordano con il Tavolo tecnico permanente sulla salute mentale della fascia 0-18, già previsto dal Piano nazionale dal Piano di azione nazionale per l'attuazione della Garanzia infanzia e da istituire presso il Ministero della Salute;

- prevedere modalità di raccordo tra i servizi sopramenzionati e le *costituende* Case di comunità previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza e richiamate dal Piano di azione nazionale per l'attuazione della Garanzia infanzia, per dare attuazione alla programmazione regionale e locale in un'ottica di prossimità ai minorenni e alle loro famiglie, di promozione del neurosviluppo, del benessere psicologico e della salute mentale, di prevenzione, valutazione e presa in carico multidisciplinare e multidimensionale;
- assicurare la continuità dei percorsi – non solo dall'ospedale al territorio e dal territorio all'ospedale - ma anche con gli ambiti sociali ed educativi, organizzata in relazione alla specificità di ciascun percorso di presa in carico (a valenza prevalentemente educativa, socio-educativa, sanitaria ecc.) per garantire una reale risposta ai bisogni evolutivi e di cura di bambini e adolescenti, garantendo tempi rapidi e congrui di presa in carico in tutti gli ambiti;
- garantire, su tutto il territorio nazionale, un numero congruo di posti letto nei reparti di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, in modo da assicurare servizi e prestazioni età specifici anche per le situazioni per le quali è indispensabile il ricovero, attraverso la determinazione di standard minimi per la popolazione di riferimento;
- istituire, come previsto dal 5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, nell'ambito del sistema socio-sanitario-educativo pubblico, un servizio di psicologia scolastica per bambini e



adolescenti nelle scuole di ogni ordine e grado, quale misura strutturale e stabile e tale da garantire il raccordo tra scuola e territorio in una logica di lavoro di rete. I servizi di psicologia scolastica operano per la promozione delle competenze psicologiche per la vita (life skills) e le relative attività sono organizzate in modo comunitario e collettivo per promuovere benessere e salute e per favorire l'ascolto e la partecipazione delle persone di minore età, nonché il dialogo intergenerazionale attraverso il coinvolgimento degli adulti di riferimento, superando la modalità di intervento individuale e "a sportello".

Ai titolari del potere di iniziativa legislativa:

- di definire con norma primaria, quale livello essenziale di prestazione ai sensi dell'art. 117 comma 2, lettera m della Costituzione, la composizione minima delle équipe multiprofessionali e gli standard di personale da garantire in ciascuna tipologia di servizio che si occupa di infanzia e adolescenza (neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, servizio di psicologia, consultorio, distretto, etc.), sia in ambito sanitario, sia in ambito sociale ed educativo, anche ai fini di una reale integrazione socio-sanitaria-educativa;
- di definire con norma primaria, quale livello essenziale di assistenza e/o prestazione sociale ai sensi dell'art. 117, comma 2, lettera m. della Costituzione, i percorsi integrati di cura e assistenza per i disturbi del neurosviluppo e del disagio psicologico delle persone di minore età al fine di offrire un servizio universalistico in maniera tempestiva, superando diseguaglianze e discriminazioni e anzi facilitando l'accesso a minorenni in condizioni di vulnerabilità e/o provenienti da contesti socio-familiari a rischio e ai minorenni stranieri non accompagnati;
- di garantire quale livello essenziale di prestazione, ai sensi dell'art. 117 comma 2, lettera m della Costituzione, la supervisione professionale delle équipe interistituzionali che operano in campo sanitario e socio-sanitario, come peraltro, già previsto per gli assistenti sociali;
- di istituire una giornata nazionale per la promozione del neurosviluppo delle persone di minore età, per informare, sensibilizzare, promuovere una cultura del riconoscimento e dell'accettazione.



Al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero della salute e con il Ministero dell'economia e delle finanze:

di dare attuazione a quanto previsto dalla legge 30 dicembre 2021, n. 234, comma 161, per indicare i livelli essenziali organizzativi degli ambiti territoriali sociali (ATS) e garantire standard di qualità degli interventi omogenei nel territorio.

Al Ministero della salute, alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano:

di garantire la presenza di contenuti specifici sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei minori nei percorsi di formazione manageriale e tecnico-professionale, come previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, anche orientati all'utilizzo efficace delle piattaforme di telemedicina da utilizzare per alcune attività e/o in caso di necessità secondo criteri di appropriatezza e opportunità da valutarsi caso per caso, assicurando, in tal modo, migliore qualità della cura e continuità del servizio e delle prestazioni.

Al Ministero dell'istruzione, agli Uffici scolastici regionali e provinciali e alle istituzioni scolastiche:

di realizzare una riorganizzazione del modello scolastico a partire dalla voce delle ragazze e dei ragazzi, prendendo in debita considerazione quanto da loro proposto nell'ambito della consultazione pubblica "La scuola che vorrei", promossa questa Autorità garante;

di curare una formazione specifica iniziale e continua rivolta ai docenti di ogni ordine e grado in modo che siano fornite loro le competenze per coniugare il ruolo docente con il ruolo educativo e per promuovere il neurosviluppo, il benessere psicologico e la salute mentale nonché intercettare precocemente i segnali dei disturbi del neurosviluppo;

di offrire attività di consulenza e promozione del benessere psicologico in ogni grado di istruzione, quale parte integrante dell'offerta formativa, come previsto dall'azione 6 del 5° Piano di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva;

di valorizzare i patti educativi di comunità, quale strumento per favorire un modello di scuola partecipata in cui tutta la comunità educante è coinvolta nel processo di promozione del neurosviluppo, del benessere psicologico e della salute mentale, nonché nell'individuazione precoce dei disturbi del neurosviluppo e nei percorsi di cura conseguenti;

di realizzare, in occasione della giornata nazionale per la promozione del neurosviluppo e/o di altre giornate nazionali e internazionali dedicate, iniziative di sensibilizzazione e di promozione del neurosviluppo, del benessere psicologico e della salute mentale in infanzia



e adolescenza, prevedendo il coinvolgimento attivo delle persone di minore età, dei loro genitori e di tutti gli altri attori coinvolti nei percorsi di crescita.

Al Ministero dell'università:

di integrare i percorsi di studio rivolti ai professionisti destinati a lavorare con i minori di età, prevedendo discipline volte a sensibilizzare sul tema della promozione del neurosviluppo, del benessere psicologico e della salute mentale in infanzia e adolescenza e a creare competenze per la presa in carico e la valutazione multidisciplinare, il lavoro di équipe, il lavoro di rete, la progettazione, l'ascolto empatico e la partecipazione dei bambini e dei ragazzi e delle loro famiglie, nonché sulla Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

Al Ministero dell'università, al Ministero dell'istruzione, al Ministero della salute, al Ministero dell'interno, al Ministero della giustizia, al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, al Ministro per le pari opportunità e la famiglia, alle Regioni, ai Comuni, al Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali, degli psicologi, dei medici

di curare una formazione specifica sul tema del neurosviluppo, del benessere psicologico e della salute mentale delle persone di minore età, in un'ottica di promozione e prevenzione e in una logica multidisciplinare, di lavoro di rete e in équipe.

Al Ministero dell'istruzione, al Ministero della salute, al Ministro per le politiche giovanili, al Dipartimento per le politiche della famiglia, alle Regioni, ai Comuni, alle scuole di ogni ordine e grado

di prevedere, all'interno degli atti di programmazione economica, sociale ed educativa, di rispettiva competenza, la costituzione di tavoli, facilitati da esperti e partecipati dalle persone di minore età, aventi ad oggetto il tema dell'ascolto e della partecipazione dei bambini e dei ragazzi, il confronto intergenerazionale, la promozione del neurosviluppo, del benessere psicologico e della salute mentale anche attraverso il riconoscimento, la consapevolezza e la capacità di dare voce alle emozioni.

In particolare tali tavoli:

- dovrebbero essere istituiti al livello di ogni istituzione scolastica
- dovrebbero essere inseriti nell'ambito dei Patti di corresponsabilità scuola-famiglia, co-costruiti anche dalle persone di minore età;



- dovrebbero essere modulati sulla falsa riga dei gruppi di discussione o *circle*, in modo da assicurare la partecipazione sullo stesso piano degli adulti e delle persone di minore età;
- dovrebbero prevedere il collegamento con i servizi territoriali nell'ambito del distretto (consultori, servizi di psicologia, centri per le famiglie, case di comunità) ed essere previsti nella programmazione dei patti educativi di comunità, ove esistenti.

Al Ministero dell'istruzione, al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, al Dipartimento per le politiche della famiglia, alle Regioni, ai Comuni, all'Anci, agli organismi di promozione sociale e del Terzo settore, in collaborazione con i Garanti regionali dei diritti delle persone di minore età

di promuovere la definizione di accordi interistituzionali per la realizzazione dei patti educativi di comunità quali organismi capaci di assicurare, in coordinamento con le cabine di regia sopra menzionate, la partecipazione attiva delle persone di minore età nella loro programmazione, lo sviluppo dei sentimenti di autostima e di autoefficacia dei bambini e dei ragazzi.

In particolare, i patti educativi di comunità assicurano:

- la continuità scuola-territorio;
- la continuità dei percorsi di cura e presa in carico tra ospedale e territorio e tra comunità educative e/o terapeutiche e territorio/ospedale;
- percorsi di accompagnamento e sostegno alle responsabilità genitoriali;
- l'ampliamento dell'offerta formativa delle scuole attraverso un ventaglio di attività complementari a quelle didattiche (musicali, sportive, ricreative, artistiche, di lettura ecc.);
- l'attivazione di laboratori di cittadinanza attiva, di educazione alla legalità e di educazione al rispetto dell'ambiente;
- la promozione del lavoro di gruppo tra pari e l'attivazione di strategie di formazione basate sulla *peer-education*.



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

Appendice



Appendice: lista dei partecipanti

Focus group neuropsichiatri infantili, 16 settembre 2021

Coordinatore: Antonella Costantino, Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Direttore Unità operativa di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza Fondazione IRCCS "Ca' Granda" Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Lombardia

Giuseppe Abbracciavento, IRCCS materno infantile Burlo Garofolo, Struttura complessa neuropsichiatria infantile, Neuropsichiatra infantile, Trieste, Friuli-Venezia Giulia

Lorenzo Bassani, Azienda sanitaria Alto Adige, Ospedale di Merano, Neuropsichiatra infantile, Alto Adige, Provincia autonoma di Bolzano

Carmela Bravaccio, Università degli studi di Napoli Federico II, Neuropsichiatra infantile, Napoli, Campania

Chiara Davico, Università di Torino, Presidio OIRM, Città della salute e della scienza, Neuropsichiatra infantile, Torino, Piemonte

Elisa Fazzi, ASST Spedali civili di Brescia, Presidio Ospedale dei bambini, Direttore della U.O. Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Struttura complessa), Brescia, Lombardia

Stefania Millepiedi, USL Toscana Nord Ovest, zona Viareggio, Neuropsichiatria infantile, psicoterapeuta, Responsabile Unità funzionale di salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, Lucca, Toscana

Angiolo Pierini, Azienda USL Umbria 1, Neuropsichiatra infantile, Perugia, Umbria

Carmela Tata, Azienda sanitaria provinciale di Siracusa, Neuropsichiatra infantile, Siracusa, Sicilia

Arianna Terrinoni, UOC di Neuropsichiatria infantile - Università "Sapienza"; Neuroscienze e salute mentale, Policlinico Umberto I, Neuropsichiatra infantile, Roma, Lazio

Focus group pediatri, 17 settembre 2021

Coordinatore: Marcello Lanari, Direttore UOC Pediatria d'urgenza, PS e OBI IRCCS-Policlinico di Sant'Orsola- Bologna, Emilia-Romagna

Elena Coppo, Città della salute e della scienza di Torino, Piemonte



Domenico Cipolla, ASP Palermo, Distretto ospedaliero 2, P.O. S. Cimino di Termini Imerese e P.O. Madonna dell'Alto di Petralia Sottana, Direttore U.O.C. Pediatria, Palermo, Sicilia

Giuseppina Drago, Gruppo pediatria Casa della salute Navile; Pediatra di libera scelta, Bologna, Emilia-Romagna

Monia Gennari, Dirigente medico di Pediatria, UOC Pediatria d'urgenza, PS e OBI IRCCS-Policlinico di Sant'Orsola- Bologna, Emilia-Romagna

Stefania Manetti, Pediatra di libera scelta, Sant'Agnello (Napoli), Campania

Elisabetta Miorin, Direttore di Struttura complessa di pediatria Ospedale Palmanova-Latisana; Udine, Friuli-Venezia Giulia

Luciana Nicoli, AUSL di Bologna, Dirigente medico di Pediatria, Bologna, Emilia-Romagna

Laura Reali, Studio pediatrico Reali Laura, Roma, Lazio

Gianna Maria Vallefucio, Pediatra di libera scelta, Napoli, Campania

Focus group assistenti sociali, 22 settembre 2021

Coordinatore: Erika Tognaccini, Assistente sociale, Comune di San Giovanni Valdarno (AR), Toscana

Federica Andreoli, assistente sociale, Unione Tresinaro Secchia (RE), Emilia-Romagna

Sonia De Francesco, assistente sociale, Messina, Sicilia

Amalia Di Santo, assistente sociale, Consultorio familiare UCIPEM - Unione consultori italiani prematrimoniali e matrimoniali, Pescara, Abruzzo

Cristina Faraghini, assistente sociale, Comune di Foligno (PG), Umbria

Debora Marcocci, assistente sociale, Società della salute Amiata senese e Val d'Orcia, Comune di Valdichiana senese (SI), Toscana

Lucia Mariani, assistente sociale, Azienda consortile Isola bergamasca e Bassa val San Martino, Lombardia

Simona Panichelli, assistente sociale, SERT Genova, Liguria

Milena Piazza, assistente sociale, Ufficio Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Sardegna, Sardegna

Pierangela Rocchi, Assistente sociale, Comune di Casavatore (NA), Campania



Focus group psicologi, 23 settembre 2021

Coordinatore: Matteo Lancini, Presidente della Fondazione “Minotauro”, psicologo e psicoterapeuta, Dipartimento di Psicologia dell'Università Milano-Bicocca e Facoltà di Scienze della formazione dell'Università cattolica di Milano, Lombardia

Paola Angelucci, dirigente psicologo ASL n. 3 Regione d'Umbria, Comune di Foligno (PG), Umbria

Nicola Artico, dirigente psicologo USL Toscana Nord Ovest, Direttore FF di Unità operativa complessa di psicologia presso il Dipartimento di salute mentale, Livorno, Toscana

Omar Fassio, psicoterapeuta libero professionista, Torino, Piemonte

Sabina Grigoli, dirigente psicologo dell'APSS della Provincia autonoma di Trento, psicologo e psicoterapeuta, Provincia autonoma di Trento

Lauro Mengheri, psicologo e psicoterapeuta libero professionista, Comune di Verbavoglio (LI), Toscana

Matteo Paduanello, psicologo e psicoterapeuta, consultorio adolescenti - ULSS6 Euganea, Padova, Veneto

Giovanna Perricone, docente di Scienze psicologiche, pedagogiche, dell'esercizio fisico e della formazione, Università degli studi di Palermo, Sicilia

Antonella Riccò, dirigente psicologo, responsabile CNPIA di Pavullo nel Frignano, Distretto 5 AUSL Modena, Emilia-Romagna

Focus group istruzione, 27 settembre 2021

Coordinatore: Italo Fiorin, docente Università LUMSA, componente dell'Osservatorio nazionale per l'intercultura del Ministero dell'istruzione, Roma, Lazio

Lucia Busellato, docente, Montecchio Maggiore (VI), Veneto

Annamaria Capra, dirigente scolastico, Torino, Piemonte

Mariagrazia Ciambellotti, dirigente scolastico, Ministero dell'istruzione, Prato, Toscana

Marina Imperato, dirigente scolastico, Napoli, Campania

Maria Omodeo, Associazione Italia-Cina; Cooperativa sociale Tangram, Firenze; Università degli studi di Siena, Siena, Toscana

Milena Piscozzo, dirigente scolastico, Milano, Lombardia

Maria Salvia, dirigente scolastico, Vibo Valentia, Calabria



Focus group interprofessionale, 14 ottobre 2021

Coordinatore: Paolo Petralia, Direttore generale ASL 4 SSR Ligure, Savona, Liguria

Annunziata Bartolomei, Consiglio nazionale Ordine assistenti sociali, Roma, Lazio

Laura Biancalani, Direttore generale Andrea Bocelli foundation, Firenze, Toscana

Carmela Bravaccio, Neuropsichiatra infantile, Università degli studi di Napoli Federico II, Napoli, Campania

Sara Carucci, dirigente medico della clinica di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, Ospedale Microcitemico, Cagliari, Sardegna

Antonella Costantino, Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza - SINPIA, direttore Unità operativa complessa di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza Fondazione IRCCS "Ca' Granda" Ospedale Maggiore Policlinico", Milano, Lombardia

Pietro Ferrara, Professore associato di pediatria generale e specialistica, Università Campus Bio-Medico, Roma, Lazio

Marcello Lanari, UO di Pediatria d'urgenza, PS e OBI IRCCS-Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, Bologna, Emilia-Romagna

Matteo Lancini, Presidente della fondazione "Minotauro", psicologo e psicoterapeuta; Dipartimento di psicologia dell'Università Milano-Bicocca e Facoltà di scienze della formazione dell'Università cattolica di Milano, Lombardia

Daniela Lucangeli, Università degli studi di Padova, Psicologia dello sviluppo e dell'educazione, psicologa e psicoterapeuta, Padova, Veneto

Cristina Venturino, dirigente psicologo UOSD Centro di psicologia, Istituto Giannina Gaslini, Genova, Liguria

Focus group interprofessionale, 18 ottobre 2021

Coordinatore: Antonella Costantino, Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza - SINPIA, Unità Operativa complessa di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza Fondazione IRCCS "Ca' Granda" Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Lombardia

Coordinatore: Massimo Conte, Presidente Codici società cooperativa sociale Onlus, Milano, Lombardia

Laura Anzideo, Fondazione Cariplo, Area servizi alla persona, Milano, Lombardia



Daniela Attardo, responsabile dei servizi sociali territoriali e del pronto intervento, Milano, Lombardia

Emanuela Bana, Cooperativa sociale Comin, Milano, Lombardia

Monica Colli, Unione buddhista italiana, Coordinatrice agenda educazione, Roma, Lazio

Simona Fazio, coordinatrice Cooperativa sociale Spazio aperto servizi, Milano, Lombardia

Laura Floreani, Fondazione Vismara, Cremona, Lombardia

Paolo Larghi, Cooperativa sociale La strada, Milano, Lombardia

Lara Luppi, Cooperativa sociale Spazio aperto servizi, Milano, Lombardia

Davide Motto, Cooperativa Lotta contro l'emarginazione, Milano, Lombardia

Luca Sansone, Cooperativa sociale Azione solidale e laboratorio di quartiere Giambellino-Lorenteggio, Milano, Lombardia

Cristina Savino, Cooperativa Lotta contro l'emarginazione, Milano, Lombardia

Katarina Wahlberg, Fondazione Cariplo, area servizi alla persona, Milano, Lombardia

Silvia Zandrini, Responsabile unità di coordinamento servizi sociali specialistici e di 2° livello, Direzione welfare e salute, area territoriale e sistema integrato di accesso ai servizi sociali, Milano, Lombardia

Audizioni

20 ottobre 2021, **Marco Imperiale**, Direttore Impresa sociale con i bambini, Roma, Lazio

20 ottobre 2021, **Stefano Laffi**, Cooperativa sociale Codici – Ricerca e intervento, ricercatore, Milano, Lombardia

27 ottobre 2021, **Liviana Marelli**, assistente sociale e membro esecutivo nazionale del Coordinamento nazionale comunità di accoglienza – CNCA, Presidente della cooperativa sociale La grande casa, Milano, Lombardia

27 ottobre 2021, **Valentina Polizzi**, Save the children Italia Onlus, Lombardia e Liguria

27 ottobre 2021, **Maria Franca Posa**, Caritas Roma, Lazio

28 ottobre 2021, **Ovidio Brignoli**, Medico di medicina generale; Presidente della Cooperativa Brescia Way; vicepresidente nazionale della Società italiana di medicina generale e delle cure primarie - SIMG, Brescia, Lombardia



Focus group interprofessionale, 10 novembre 2021

Claudio Bencivenga, Associazione Mito e realtà; Federazione nazionale strutture comunitarie psicoterapeutiche - FENASCOP, Milano, Lombardia

Erica Colussi, Coordinatrice del settore educazione Fondazione ISMU - Iniziative e studi sulla multietnicità, Milano, Lombardia

Paola Maffeis, UONPIA Neuropsichiatria infantile – Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale maggiore policlinico, psicologa e psicoterapeuta, Milano, Lombardia

Annalisa Monti, SINPIA - Società italiana di neuropsichiatria infantile, membro del Consiglio direttivo nazionale, Toscana

Maria Chiara Monti, Associazione Onlus centro PENC – Psicoterapeuta centro di etnopsicologia; Ufficio garante per l'infanzia e l'adolescenza del comune di Palermo, Sicilia

Francesco Gerolamo Muraro, dirigente scolastico, Milano, Lombardia

Valentina Mutti, ricercatrice Unicef - *Migration and refugees response in Italy Team*, Roma, Lazio

Enza Roberta Petrilli, ricercatrice, sulle politiche e i programmi di accoglienza per migranti, Unicef, Roma, Lazio

Viviana Valastro, project manager Never alone - Fondazione Cariplo, avvocato, Milano, Lombardia

Focus group dipendenze, 11 novembre 2021

Corrado Celata, Dirigente UOC Promozione della salute agenzia tutela salute Milano, Milano, Lombardia

Gianluigi Di Cesare, Responsabile UOS territoriale UOC prevenzione e interventi precoci salute mentale, ASL Roma 1, Roma, Lazio

Silvia Ferri, Coordinatrice Associazione dei familiari di pazienti con disturbi del comportamento alimentare “Mi Fido di Te” ONLUS, Todi (PG), Umbria

Claudio Leonardi, Direttore del Dipartimento tutela delle fragilità ASL Roma 2, Roma, Lazio

Adele Minutillo, Centro nazionale dipendenze e doping dell'Istituto superiore di sanità, Roma, Lazio

Roberta Pacifici, Centro nazionale dipendenze e doping dell'Istituto superiore di sanità, Roma, Lazio



Michele Sanza, azienda USL della Romagna, psichiatra, Forlì-Cesena; Università di Bologna, Emilia-Romagna

Renato Scifo, Dirigente UOC dell'ospedale Acireale ASD, Catania; Segretario regionale della SINPIA - Società italiana di neuropsichiatria infantile Sicilia, Sicilia

Stefano Vicari, Università cattolica del sacro cuore; dirigente della neuropsichiatria infantile del Bambino Gesù, Roma, Lazio

Comitato scientifico

Paolo Petralia, Presidente

Gianmario Gazzì e **Erika Tognaccini**, Consiglio nazionale Ordine assistenti sociali

David Lazzari e **Daniela Lucangeli**, Consiglio nazionale Ordine psicologi

Annamaria Staiano, Società italiana di pediatria

Alessandro Zuddas, Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

Massimo Conte, esperto

Marcello Lanari, esperto

Matteo Lancini, esperto

Rappresentanti AGIA-ISS e coordinatori focus group

Cristiana Corinaldesi, Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, Roma

Maria Luisa Scardina, Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, Roma

Carmela Anna Nappi, Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, Roma

Maria Luisa Scattoni, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Gruppo di lavoro ISS

Martina Micai, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Angela Caruso, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Francesca Fulceri, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Giulia Galati, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Letizia Gila, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Lorenza Scotti, Istituto Superiore di Sanità, Roma



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

Allegati



ALLEGATI

I. Cabina di regia progettuale

<p>A AUTORITÀ GARANTE PER L'INFANZIA PROTOCOLLO GENERALE Protocollo N. 0001413/2021 del 27/09/2021</p>	 <p><i>Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza</i></p> <hr/> <p><i>La Garante</i></p>	<p>All' Istituto Superiore di Sanità Dott.ssa Maria Luisa Scattoni Marialuisa.scattoni@iss.it</p>
		<p>Al Ministero dell'istruzione Direzione generale per lo studente Dirigente Ufficio IV Dott.ssa Clelia Caiazza Clelia.caiazza1@istruzione.it</p>
		<p>All'U.O. Psicopatologia dell'età evolutiva IRCCS Eugenio Medea di Bosisio Parini Dott. Massimo Molteni massimo.molteni@lanostrafamiglia.it</p>
		<p>Alla Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza Policlinico di Milano – IRCCS Cà Granda Dott.ssa Antonella Costantino antonella.costantino@policlinico.mi.it;</p>
		<p>Al Presidente del Comitato scientifico dott. Paolo Petralia ppetralia65@gmail.com</p>

Oggetto: progetto "Impatto della pandemia sulla salute mentale dei bambini e ragazzi". Accordo di collaborazione tra l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza e l'Istituto superiore di sanità del 29.7.2021 - Costituzione cabina di regia progettuale.

In riferimento all'accordo in oggetto e alla pregressa corrispondenza con la quale vengono nominati i rappresentanti di codeste istituzioni, con la presente viene istituita la cabina di regia che si intende composta nel seguente modo:

Via di Villa Puffo 6 - 00196 Roma



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

La Garante

- per l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, Cristiana Corinaldesi, Maria Luisa Scardina e Carmela Anna Nappi;
- per l'Istituto superiore di sanità, Maria Luisa Scattoni;
- per il Ministero dell'istruzione, Clelia Caiazza;
- per l'U.O. Psicopatologia dell'età evolutiva IRCCS Eugenio Medea di Bosisio Parini, Massimo Molteni
- per la Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza Policlinico di Milano - IRCCS Cà Granda, Antonella Costantino
- per il Comitato scientifico, Paolo Petralia.

All'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza e all'Istituto superiore di sanità, così come definito nell'accordo di collaborazione, spettano i compiti di coordinamento del progetto e quindi di propulsione delle azioni della cabina di regia e di direzione delle decisioni assunte.

Ai fini di un più efficace funzionamento dell'organismo *de quo*, in vista del raggiungimento degli obiettivi della ricerca, si delineano di seguito alcuni elementi che fungono da orientamento di lavoro.

L'obiettivo della cabina di regia è quello di coordinare la complessa struttura progettuale e di far dialogare, in modo flessibile e proficuo, le varie componenti del progetto di ricerca. Da tale obiettivo discende il compito di programmazione e organizzazione delle attività, sia secondo il cronoprogramma già definito nell'accordo, sia rispetto all'eventuale rimodulazione di aspetti che si renderanno necessari in riferimento a variabili sopravvenienti.

In particolare, la cabina di regia:

- organizza e segue la realizzazione delle fasi del progetto;
- si interfaccia con il Comitato scientifico per il tramite del suo Presidente;
- individua i soggetti da intervistare e le audizioni da svolgere, anche seguendo le indicazioni del Comitato scientifico;
- valuta i risultati dei focus group, delle interviste, delle audizioni e dei questionari.

Per la realizzazione delle suddette azioni, che si intendono non esaustive, la cabina di regia si riunisce almeno una volta al mese.

L'occasione è gradita per inviare cordiali saluti.

Carla Garlatti

Via de' Villa Ruffa 6 - 00196 Roma



2. Decreto di costituzione del Comitato scientifico



Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza

Decreto Repertorio n. 10/2021

LA GARANTE

LA GARANTE

VISTA la Convenzione sui diritti del fanciullo fatta a New York il 20 novembre 1989 e ratificata dall'Italia con legge 27 maggio 1991, n. 176 (*di seguito Convenzione*);

VISTO l'articolo 2 della Convenzione *“Gli Stati parti si impegnano a rispettare i diritti enunciati nella presente Convenzione e a garantirli a ogni fanciullo che dipende dalla loro giurisdizione, senza distinzione di sorta e a prescindere da ogni considerazione di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o altra del fanciullo o dei suoi genitori o rappresentanti legali, dalla loro origine nazionale, etnica o sociale, dalla loro situazione finanziaria, dalla loro incapacità, dalla loro nascita o da ogni altra circostanza”* e che è compito degli Stati rimuovere tutti gli ostacoli affinché i bambini abbiano pari opportunità;

VISTO l'articolo 3, comma 2, della Convenzione: *“Gli Stati parti si impegnano ad assicurare al fanciullo la protezione e le cure necessarie al suo benessere, in considerazione dei diritti e dei doveri dei suoi genitori, dei suoi tutori o di altre persone che hanno la sua responsabilità legale, ed a tal fine essi adottano tutti i provvedimenti legislativi ed amministrativi appropriati”*;

VISTO l'articolo 24, comma 1, della Convenzione: *“Gli Stati parti riconoscono il diritto del fanciullo al godimento dei più alti livelli raggiungibili di salute fisica e mentale e la fruizione di cure mediche riabilitative. Gli Stati parti devono sforzarsi di garantire che il fanciullo non sia privato del diritto di beneficiare di tali servizi”*;

VISTO l'Articolo 33 della Convenzione: *“Gli Stati parti adottano ogni adeguata misura, comprese misure legislative, amministrative, sociali ed educative per proteggere i fanciulli contro l'uso illecito di stupefacenti e di sostanze psicotrope, così come definite dalle Convenzioni internazionali pertinenti (...)”*

VISTA la legge 12 luglio 2011 n. 112 (*di seguito legge Istitutiva*), la quale, all'articolo 1 istituisce l'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza *“al fine di assicurare la piena attuazione e la tutela dei diritti e degli interessi delle persone di minore età, in conformità a quanto previsto dalle convenzioni internazionali, con particolare riferimento alla Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989 e resa esecutiva dalla legge 27 maggio 1991, n. 176”*;

VISTO l'articolo 3, comma 1, lett. e) della legge istitutiva che annovera tra le competenze attribuite all'Autorità quella di verificare che *“alle persone di minore età siano garantite pari opportunità nell'accesso alle cure e nell'esercizio del loro diritto alla salute (...)”*, nonché l'art. 3 co. 1 lett. g) secondo cui: *“l'Autorità ha il compito di segnalare al Governo, alle Regioni e agli Enti locali tutte le iniziative atte a promuovere e tutelare i diritti delle persone di minore età, con particolare riferimento al diritto alla famiglia, all'istruzione, all'educazione, alla salute”*;

AUTORITÀ GARANTE PER L'INFANZIA
PROTOCOLLO GENERALE
COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DIGITALE
Protocollo N. 0001040/2021 del 15/06/2021
Firma: CARLA GARLATTI



Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza

VISTO, altresì, l'art 3 comma 4 della legge istitutiva, secondo cui *“l’Autorità garante promuove, a livello nazionale, studi e ricerche sull’attuazione dei diritti dell’infanzia e dell’adolescenza (...);*

CONSIDERATO che per il raggiungimento dei suddetti fini istituzionali, l’Autorità garante per l’infanzia e l’adolescenza intende realizzare, attraverso un accordo di collaborazione, in corso di perfezionamento, con l’Istituto Superiore di Sanità, una ricerca nazionale sull’impatto della pandemia sulla salute mentale dei bambini e dei ragazzi, con focus specifici sulle conseguenze che essa ha generato sui bambini e sui ragazzi che avevano già un disturbo, su quelli che vivono una condizione di disabilità, nonché su quelli che avrebbero aumentato l’uso di sostanze alcoliche e stupefacenti;

RAVVISATA la necessità di costituire un comitato scientifico, composto da rappresentanti delle società scientifiche, degli ordini professionali e da autorevoli esperti, con il compito di supportare la ricerca, mettendo a disposizione la propria expertise, fornendo indicazioni, pareri, criteri generali sull’indagine, nonché facilitandone lo sviluppo e validandone gli strumenti e i risultati;

DECRETA

È costituito il Comitato Scientifico in premessa, che risulta così costituito:

- Gianmario Gazzi, Consiglio nazionale Ordine Assistenti sociali
- David Lazzari, Consiglio nazionale Ordine psicologi
- Annamaria Staiano, Società italiana di pediatria
- Alessandro Zuddas, Società Italiana di neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza
- Massimo Conte, esperto
- Marcello Lanari, esperto
- Matteo Lancini, esperto
- Paolo Petralia, esperto

Il Comitato è costituito dalla data di sottoscrizione del presente decreto e fino alla pubblicazione/divulgazione dei risultati finali della ricerca che si intende realizzare nell’arco temporale di tre anni.

L’Autorità garante per l’infanzia e l’adolescenza si riserva la facoltà di integrare il Comitato scientifico con altri componenti o di sostituire i componenti medesimi in caso di rinuncia o impedimento sopravvenuto.

I componenti del Comitato scientifico si impegnano a garantire la riservatezza circa i materiali del progetto di ricerca e i risultati, anche parziali, raggiunti nel corso del suo sviluppo.

L’impegno di riservatezza s’intende vincolante fino al momento della pubblicazione/divulgazione dei risultati della ricerca.

Il Comitato si riunisce preferibilmente, e comunque fino al permanere dello stato di emergenza epidemiologica, in modalità a distanza, attraverso la piattaforma digitale messa a disposizione dall’Autorità garante per l’infanzia e l’adolescenza.

La partecipazione al Comitato non comporta l’attribuzione di alcun compenso.



Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza

Qualora il Comitato dovesse riunirsi in presenza, per i soli componenti fuori sede, non facenti parte dell'Ufficio dell'Autorità, è previsto il rimborso delle spese di viaggio, nonché delle eventuali spese di pernottamento e vitto.

Il presente decreto sarà pubblicato sul sito web istituzionale dell'Autorità www.garanteinfanzia.org – sezione “Autorità trasparente” – personale.

Roma, 14/06/2021

LA GARANTE

CARLA GARLATTI / INFOCERT SPA

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 e s.m.i.



3. Nota dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza



Ai componenti dei focus group

Oggetto: Progetto "Impatto della pandemia sulla salute mentale dei bambini e ragazzi". Richiesta di partecipazione a focus group omoprofessionale.

U
AUTORITÀ GARANTE PER L'INFANZIA
PROTOCOLLO GENERALE
Protocollo N. 0001350/2021 del 07/09/2021

L'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza ha avviato una collaborazione scientifica con l'Istituto superiore di sanità per la realizzazione di un progetto di ricerca sulla salute mentale delle persone di minore età ai tempi della pandemia da Covid-19. La ricerca ha l'obiettivo di verificare l'impatto della pandemia sulla salute mentale delle bambine e dei bambini, delle ragazze e dei ragazzi, sia con riguardo ai soggetti con disagio psichico preesistente, in carico o meno ai servizi, sia con riguardo a quelli che prima della pandemia non soffrivano di tali problemi.

La ricerca prevede l'utilizzo di diverse metodologie di indagine: focus group omo e interprofessionali, interviste in profondità rivolte agli stakeholder e indagine epidemiologica che interesserà oltre 7000 tra bambine e bambini, ragazze e ragazzi dai 6 ai 18 anni.

I focus group hanno l'obiettivo di individuare le aree da indagare o approfondire attraverso le esperienze/pratiche professionali degli esperti coinvolti, come indicate dal Comitato scientifico nominato da questa Autorità e specificate nella mail di accompagnamento a questa nota.

Il Suo nominativo è stato indicato dal Comitato scientifico citato. La Sua partecipazione alla ricerca costituirebbe un valore aggiunto in ragione della *expertise* maturata sul campo.

Pertanto, con la presente si chiede gentilmente la Sua disponibilità a partecipare al focus group omoprofessionale relativo al suo ambito di lavoro, nel comune intento di contribuire al miglioramento delle politiche dell'infanzia e dell'adolescenza nel campo della salute mentale delle bambine e dei bambini, delle ragazze e dei ragazzi.

In attesa di un Suo cortese riscontro, si ringrazia e si inviano cordiali saluti.

Carla Garlatti

Via di Villa Pajola 6 - 00196 Roma



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

Bibliografia



Bibliografia

1. Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020
2. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020 May 12;14:20. doi: 10.1186/s13034-020-00329-3. PMID: 32419840; PMCID: PMC7216870.
3. Save the children (2021).
https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/riscriviamo-il-futuro-rapporto-6-mesi_1.pdf
4. Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res*. 2020 Nov;293:113429. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113429. Epub 2020 Aug 24. PMID: 32882598; PMCID: PMC7444649.
5. Marchi J, Johansson N, Sarkadi A, Warner G. The Impact of the COVID-19 Pandemic and Societal Infection Control Measures on Children and Adolescents' Mental Health: A Scoping Review. *Front Psychiatry*. 2021 Sep 6;12:711791. doi: 10.3389/fpsy.2021.711791. PMID: 34552516; PMCID: PMC8451953.
6. Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, Moreno C, Parellada M, Arango C, Fusar-Poli P. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Aug 18:1–27. doi: 10.1007/s00787-021-01856-w. Epub ahead of print. PMID: 34406494; PMCID: PMC8371430.
7. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Devine J, Schlack R, Otto C. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Jan 25:1–11. doi: 10.1007/s00787-021-01726-5. Epub ahead of print. PMID: 33492480; PMCID: PMC7829493.
8. Jones EAK, Mitra AK, Bhuiyan AR. Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 3;18(5):2470. doi: 10.3390/ijerph18052470. PMID: 33802278; PMCID: PMC7967607.



9. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, Cannon M, Correll CU, Byrne L, Carr S, Chen EYH, Gorwood P, Johnson S, Kärkkäinen H, Krystal JH, Lee J, Lieberman J, López-Jaramillo C, Männikkö M, Phillips MR, Uchida H, Vieta E, Vita A, Arango C. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Sep;7(9):813-824. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30307-2. Epub 2020 Jul 16. Erratum in: *Lancet Psychiatry*. 2021 Jul;8(7):e16. PMID: 32682460; PMCID: PMC7365642.
10. Ma L, Mazidi M, Li K, Li Y, Chen S, Kirwan R, Zhou H, Yan N, Rahman A, Wang W, Wang Y. Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021 Oct 1;293:78-89. doi: 10.1016/j.jad.2021.06.021. Epub 2021 Jun 18. PMID: 34174475.
11. Oliveira JMD, Butini L, Pauletto P, Lehmkühl KM, Stefani CM, Bolan M, Guerra E, Dick B, De Luca Canto G, Massignan C. Mental health effects prevalence in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2022 Mar 1. doi: 10.1111/wvn.12566. Epub ahead of print. PMID: 35229967.
12. Sideli L, Lo Coco G, Bonfanti RC, Borsarini B, Fortunato L, Sechi C, Micali N. Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev*. 2021 Nov;29(6):826-841. doi: 10.1002/erv.2861. Epub 2021 Aug 30. PMID: 34460991; PMCID: PMC8652707.
13. Farooq S, Tunmore J, Wajid Ali M, Ayub M. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2021 Dec;306:114228. doi: 10.1016/j.psychres.2021.114228. Epub 2021 Oct 7. PMID: 34670162; PMCID: PMC8495045.
14. Koopmann A, Georgiadou E, Reinhard I, Müller A, Lemenager T, Kiefer F, Hillemacher T. The Effects of the Lockdown during the COVID-19 Pandemic on Alcohol and Tobacco Consumption Behavior in Germany. *Eur Addict Res*. 2021;27(4):242-256. doi: 10.1159/000515438. Epub 2021 Apr 26. PMID: 33902030; PMCID: PMC8247814.
15. Benschop A, van Bakkum F, Noijen J. Changing Patterns of Substance Use During the Coronavirus Pandemic: Self-Reported Use of Tobacco, Alcohol, Cannabis, and Other Drugs. *Front Psychiatry*. 2021 May 26;12:633551. doi: 10.3389/fpsy.2021.633551. PMID: 34122170; PMCID: PMC8187560.



16. Dong H, Yang F, Lu X, Hao W. Internet Addiction and Related Psychological Factors Among Children and Adolescents in China During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Epidemic. *Front Psychiatry*. 2020 Sep 2;11:00751. doi: 10.3389/fpsy.2020.00751. PMID: 32982806; PMCID: PMC7492537.
17. Teng Z, Pontes HM, Nie Q, Griffiths MD, Guo C. Depression and anxiety symptoms associated with internet gaming disorder before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *J Behav Addict*. 2021 Mar 10;10(1):169-180. doi: 10.1556/2006.2021.00016. PMID: 33704085.
18. Király O, Potenza MN, Stein DJ, King DL, Hodgins DC, Saunders JB, Griffiths MD, Gjoneska B, Billieux J, Brand M, Abbott MW, Chamberlain SR, Corazza O, Burkauskas J, Sales CMD, Montag C, Lochner C, Grünblatt E, Wegmann E, Martinotti G, Lee HK, Rumpf HJ, Castro-Calvo J, Rahimi-Movaghar A, Higuchi S, Menchon JM, Zohar J, Pellegrini L, Walitza S, Fineberg NA, Demetrovics Z. Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. *Compr Psychiatry*. 2020 Jul;100:152180. doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152180. Epub 2020 May 12. PMID: 32422427; PMCID: PMC7215166.
19. UNICEF (2021). <https://www.datocms-assets.com/30196/1633421997-sowc2021report-in-sintesi.pdf>
20. Chiesa V, Antony G, Wismar M, Rechel B. COVID-19 pandemic: health impact of staying at home, social distancing and 'lockdown' measures-a systematic review of systematic reviews. *J Public Health (Oxf)*. 2021 Sep 22;43(3):e462-e481. doi: 10.1093/pubmed/fdab102. PMID: 33855434; PMCID: PMC8083256.
21. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, Linney C, McManus MN, Borwick C, Crawley E. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Nov;59(11):1218-1239.e3. doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.009. Epub 2020 Jun 3. PMID: 32504808; PMCID: PMC7267797.
22. Segre G, Campi R, Scarpellini F, Clavenna A, Zanetti M, Cartabia M, Bonati M. Interviewing children: the impact of the COVID-19 quarantine on children's perceived psychological distress and changes in routine. *BMC Pediatr*. 2021 May 13;21(1):231. doi: 10.1186/s12887-021-02704-1. PMID: 33985448; PMCID: PMC8116644.
23. Caffo E, Asta L, Scandroglio F. Predictors of mental health worsening among



- children and adolescents during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Curr Opin Psychiatry*. 2021 Nov 1;34(6):624-630. doi: 10.1097/YCO.0000000000000747. PMID: 34494973; PMCID: PMC8500206.
24. Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza – Gruppo Emergenza COVID-19. https://famiglia.governo.it/media/2362/covid-e-adolescenza_report_maggio2021.pdf
 25. Osservatorio epidemiologico del Ministero della Salute (2020) https://www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_progetto_577_1_file.pdf
 26. Centro Disturbi del Comportamento Alimentare dell'IRCCS Ospedale San Raffaele Turro. <https://www.hsr.it/strutture/san-raffaele-turro/centro-disturbi-comportamento-alimentare>
 27. Bacaro V, Chiabudini M, Buonanno C, De Bartolo P, Riemann D, Mancini F, Baglioni C. Sleep Characteristics in Italian Children During Home Confinement Due to Covid-19 Outbreak. *Clin Neuropsychiatry*. 2021 Feb;18(1):13-27. doi: 10.36131/cnforitieditore20210102. PMID: 34909017; PMCID: PMC8629041.
 28. Vicari S, Pontillo M. Developmental Psychopathology in the COVID-19 period. COVID-19 Pandemic Impact on Children and Adolescents' Mental Health. *Psychiatr Danub*. 2021 Dec;33(Suppl 11):33-35. PMID: 34862887.
 29. Bortoletto R, Di Gennaro G, Antolini G, Mondini F, Passarella L, Rizzo V, Silvestri M, Darra F, Zocante L, Colizzi M. Sociodemographic and clinical changes in pediatric in-patient admissions for mental health emergencies during the COVID-19 pandemic: March 2020 to June 2021. *Psychiatry Res Commun*. 2022 Mar;2(1):100023. doi: 10.1016/j.psycom.2022.100023. Epub 2022 Jan 25. PMID: 35098254; PMCID: PMC8786397.
 30. Esposito S, Giannitto N, Squarcia A, Neglia C, Argentiero A, Minichetti P, Cotugno N, Principi N. Development of Psychological Problems Among Adolescents During School Closures Because of the COVID-19 Lockdown Phase in Italy: A Cross-Sectional Survey. *Front Pediatr*. 2021 Jan 22;8:628072. doi: 10.3389/fped.2020.628072. PMID: 33553079; PMCID: PMC7862750.
 31. Serra G, Lo Scalzo L, Giuffrè M, Ferrara P, Corsello G. Smartphone use and addiction during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: cohort study on 184 Italian children and adolescents. *Ital J Pediatr*. 2021 Jul 2;47(1):150. doi: 10.1186/s13052-021-01102-8. PMID: 34215311; PMCID: PMC8253471.
- World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strength>



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

Via di Villa Ruffo, 6
00196 Roma
(+39) 06 6779 6551 - (+39) 06 6779 6988
segreteria@garanteinfanzia.org
www.garanteinfanzia.org