

Neurosviluppo, salute mentale e benessere psicologico di bambini e adolescenti in Lombardia 2015-2022

Appendici

QUADERNI FONDAZIONE CARIPLLO ■ Approfondimenti **48A**

Fondazione
CARIPLLO

TUTE SERVARE MUNIFICE DONARE · 1816



Neurosviluppo, salute mentale e benessere psicologico di bambini e adolescenti in Lombardia 2015-2022

Cristina Montomoli^a, Maria Antonella Costantino^b, Asia Filosa^a, Matteo Franchi^c, Renato Borgatti^d, Anna Cantarutti^c, Elisa Fazzi^e, Jessica Galli^e, Riccardo Ghisoni^f, Olivia Leoni^f, Ivan Limosani^f, Erika Loi^e, Martina Mensi^d, Vanna Poli^f, Paola Sacchi^f, Simona Villani^a, Giovanni Corrao^f

^a Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università di Pavia

^b SC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

^c Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università di Milano Bicocca, Milano

^d Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università di Pavia e Unità Neuropsichiatria Infantile, Fondazione IRCCS Mondino, Pavia

^e Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università di Brescia e SC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ASST Spedali Civili, Brescia

^f Direzione Generale Welfare, Regione Lombardia

Collana "Quaderni dell'Osservatorio" n. 48A ▪ Anno 2024

In copertina "Paesaggio interiore, dentro e fuori: mare, montagne e cielo" Matteo, 9 anni

Fondazione Cariplo

Via Daniele Manin 23 ▪ 20121 Milano ▪ www.fondazionecariplo.it

Fondazione
CARIPLO 

INDICE



APPENDICE A – METODOLOGIA	5
A.1. Metodi Statistici	5
A.2. Flussi amministrativi correnti	6
A.3. Codici utilizzati	10
APPENDICE B – REPORT DI DATI AGGIUNTIVI	11
B.1. Attività ambulatoriali e territoriali	11
B.2. Attività ospedaliere	18
B.3. Residenzialità terapeutica	32

B.4. Andamenti nelle diverse ATS regionali	34
B.5. Comportamenti autolesivi e suicidari	38
APPENDICE C – TABELLE	43

APPENDICE A METODOLOGIA



Foto di Yan Krukau su Pexels

A.1. Metodi Statistici

L'analisi dei dati ha riguardato i flussi amministrativi correnti meglio in grado di rappresentare le attività legate ai disturbi del neurosviluppo. Per ciascun anno di calendario, dal 2015 al 2022, da ogni flusso è stato estratto il numero complessivo (stratificato per età e sesso):

- dei cittadini lombardi con almeno una prestazione di interesse;

- delle prestazioni erogate a tali soggetti;
- delle prestazioni per soggetto.

Tali flussi includono tutte le attività dei soggetti pubblici o privati accreditati.

Il tasso di prevalenza (per 1.000) delle persone che hanno avuto almeno un contatto con il Servizio Sanitario Regionale, stratificato per sesso, età e Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di residenza, è stato calcolato

come rapporto tra il numero dei soggetti con almeno una prestazione, prescrizione o ricovero (numeratore) e il totale dei soggetti assistiti nell'anno di riferimento (denominatore). Sono invece stati esclusi dall'analisi coloro che non sono mai entrati in contatto con il Servizio Sanitario Regionale nel periodo analizzato. Per il calcolo del denominatore sono stati utilizzati i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) relativi alla numerosità della popolazione residente in Lombardia (<https://demo.istat.it/>).

L'età è stata calcolata in ciascun anno di calendario e categorizzata in classi di età che includono un diverso numero di anni ciascuna (0-2, 3-5, 6-10, 11-13, 14-18), ma che consentono di meglio rappresentare l'evoluzione del fenomeno in particolari fasi dello sviluppo, contesti evolutivi e percorsi scolastici.

Per motivi connessi al processo di anonimizzazione, i dati disponibili per le analisi includevano l'anno di nascita e non anche il giorno e il mese, pertanto, la classe di età che comprende i 18 anni è "spuria", potendo includere utenti maggiorenni già passati ai servizi per l'adulto. Pertanto, nel calcolo delle prevalenze stratificate per età potrebbe presentare una leggera sottostima dovuta al fatto che, la classe 14-18 inclusa nei numeratori comprende minorenni e maggiorenni, mentre il denominatore include solo maggiorenni.

Nel confronto tra periodi temporali, è stato considerato pre-pandemico l'andamento tra il 2016 e il 2019 e post-pandemico l'andamento tra il 2019 e il 2022. La scelta di escludere l'anno 2015, per il quale si sono osservati valori simili a quelli del 2016, è conseguente alla necessità di avere a disposizione due periodi temporali confrontabili per poter analizzare gli andamenti attraverso la variazione percentuale ottenuta utilizzando le seguenti formule:

$$\text{Variazione \% pre - pandemica} = \frac{\text{Valore}_{2019} - \text{Valore}_{2016}}{\text{Valore}_{2016}} * 100$$

$$\text{Variazione \% post - pandemica} = \frac{\text{Valore}_{2022} - \text{Valore}_{2019}}{\text{Valore}_{2019}} * 100$$

Per evitare di basare il calcolo della variazione percentuale su un valore anomalo osservato nel 2020 a causa dell'impatto della pandemia, l'anno di riferimento per

la definizione dei periodi pre e post-pandemici è stato il 2019. In questo modo la variazione percentuale rilevata fra il 2022 e il 2019 non è influenzata dalla caduta delle prevalenze osservata nel 2020. In aggiunta, tale scelta permette di valutare se i valori osservati nel 2022 abbiano raggiunto ed eventualmente superato quelli pre-pandemici riferiti al 2019. È stato invece analizzato in modo indipendente l'andamento tra 2019 e 2020, per poter descrivere in modo specifico l'impatto del primo periodo pandemico sull'erogazione di servizi ed il gap conseguente nei percorsi di cura degli utenti. In questo caso la formula utilizzata è:

$$\text{Variazione \% pandemica} = \frac{\text{Valore}_{2020} - \text{Valore}_{2019}}{\text{Valore}_{2019}} * 100$$

Trattandosi di un primo studio pilota, nelle analisi non sono stati considerati i dati relativi ai Day Hospital (DH), ai Centri Diurni e alla riabilitazione accreditata.

A.2. Flussi amministrativi correnti

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (flusso SDO) contiene le informazioni relative a tutti gli episodi di ricovero, sia ordinario sia di day hospital, erogati nelle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti in tutto il territorio nazionale. Tale flusso, nato con finalità di carattere prettamente amministrativo, grazie alla ricchezza delle informazioni raccolte, consente un'ampia gamma di analisi ed elaborazioni: dagli ambiti a supporto della programmazione sanitaria, al monitoraggio dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera e dei Livelli Essenziali di Assistenza, all'impiego per analisi proxy degli altri livelli di assistenza fino alle analisi clinico-epidemiologiche e di esito. Le informazioni disponibili includono: le caratteristiche del paziente (ad es. età, sesso, residenza, livello di istruzione), caratteristiche del ricovero (ad es. istituto di istruzione), caratteristiche del ricovero (ad es. istituto di istruzione), caratteristiche del ricovero (ad es. istituto di istruzione), caratteristiche del ricovero (ad es. istituto di istruzione), disciplina dimissione, regime di ricovero, giornate di ricovero, modalità di dimissione, data di prenotazione, classe priorità del ricovero) e caratteristiche cliniche (ad es. diagnosi principale, diagnosi secondarie o concomitanti, procedure diagnostiche o terapeutiche).

La natura dei criteri utilizzati per stabilire la diagnosi principale sono due, clinica ed economica: la prima,



Foto di Kampus su Pexels

considera la patologia che ha causato il ricovero ospedaliero; la seconda, considera la patologia che ha comportato il maggior consumo di risorse durante il ricovero. La diagnosi è classificata in base all'«International Classification of Diseases, 9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM)».

Le diagnosi sono ulteriormente classificate in base a i) DRG (Diagnosis Related Group) in modo che tutti i ricoveri che afferiscono a un medesimo DRG presentino approssimativamente un simile carico assistenziale e consumo medio di risorse e ii) MDC (Major Diagnostic Category), che raggruppa i DRG in macrocategorie basate su criteri anatomici (in relazione all'apparato affetto dalla patologia) ed eziologici (in relazione alla causa della patologia).

Pronto Soccorso (Emergenze 6/san)

Il flusso di Pronto Soccorso consente la rilevazione e il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza sia da parte del Sistema 118,

sia dei presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati con riferimento alle attività di Pronto Soccorso (PS). Il flusso permette di identificare la struttura erogatrice, l'assistito anonimizzato (es. identificativo univoco, genere, data di nascita, comune di residenza, esenzione, etc.), di raccogliere dati relativi all'accesso e alla dimissione (es. data e ora presa in carico infermieristica e da parte del medico, livello di triage, problema principale, esito, data e ora di dimissione, livello di appropriatezza dell'accesso, etc.) e i dati relativi a due codici diagnostici e alle prestazioni erogate.

Prestazioni specialistiche ambulatoriali (Flusso 28/san e 28/san NPIA)

Tale flusso consente il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali incluse nel Nomenclatore nazionale della specialistica ambulatoriale e negli eventuali Nomenclatori regionali aggiuntivi, identificate con codici specifici relativi alle prestazioni specialistiche (es. visite, esami di laboratorio) e di diagnostica stru-



Foto da Pexels

mentale (es. elettroencefalogramma) erogate ai cittadini italiani e non, dalle strutture ambulatoriali specialistiche ospedaliere ed extraospedaliere pubbliche e private accreditate. Il flusso permette di identificare la struttura erogatrice, l'assistito anonimizzato (es. identificativo univoco, genere, data di nascita, comune di residenza, esenzione, etc.) e di raccogliere dati relativi alle prestazioni erogate (tipologia di prestazione, data di prenotazione, data di esecuzione) e i dati relativi a un solo codice diagnostico.

Include, infine, un flusso specifico relativo alle attività erogate dai servizi ambulatoriali e territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza pubblici e privati accreditati ed alcune delle attività erogate dalle strutture ambulatoriali dei servizi di psichiatria dell'adulto.

Servizi di Psichiatria regionali

Il flusso del Sistema Informativo Salute Mentale consente il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali, territoriali, semiresidenziali e residenziali terapeutiche erogate dai servizi di salute mentale per adulti ai cittadini italiani e non, nelle Unità Operative di Psichiatria pubbliche e nei Centri Diurni e Strutture Residenziali privati accreditati. I ricoveri ospedalieri negli SPDC e nelle Strutture Private accreditate (Case di Cura) sono derivati invece dal Flusso SDO.

Il flusso permette di identificare dati anagrafici, con informazioni sull'assistito anonimizzato (es. codice identificativo univoco), alcuni dati socio-anagrafici (genere, data di nascita, comune di residenza, esenzione, stato civile, condizione lavorativa etc.), di contatto con i servizi di psichiatria dell'adulto e la diagnosi secondo ICD-10; dati relativi ai contatti territoriali/semiresidenziali e in particolare la struttura erogatrice, le prestazioni erogate (tipologia di prestazione, data di esecuzione) e gli operatori coinvolti; dati relativi ai ricoveri residenziali e in particolare la struttura erogatrice, la data di ammissione e dimissione.

Farmaceutica territoriale

Si tratta di un flusso informativo a cadenza mensile che contiene i dati delle prescrizioni farmaceutiche (ricette rosse o dematerializzate) effettuate dai medici di base e specialisti, inviate dalle farmacie pubbliche e private alle ATS della regione, nell'ambito degli accordi regionali e nazionale che regolamentano l'erogazione dei farmaci e la relativa liquidazione alle farmacie. In questa banca dati sono compresi i dati relativi a farmaci erogati ad assistiti non residenti (mobilità attiva interregionale) e, dal 2011, anche l'erogato fuori regione ai residenti RER (mobilità passiva interregionale). Non sono, invece, inclusi i dati relativi ai farmaci prescritti su ricetta bianca.

I dati raccolti consentono di tenere traccia dell'assistito utilizzatore del farmaco, della struttura erogatrice (la farmacia pubblica), della struttura pagante la prestazione (l'azienda sanitaria di competenza dell'assistito), del medico prescrittore, del farmaco erogato (individuato in modo univoco utilizzando il codice AIC – Autorizzazione all'Immissione in Commercio e la classe ATC – Anatomical Therapeutic Chemical classification system) e del numero di pezzi prescritti.

Residenzialità terapeutica di NPIA

Il monitoraggio dei percorsi residenziali terapeutici di NPIA erogati nell'ambito di strutture pubbliche o private accreditate avviene attraverso due diversi flussi. Per i posti accreditati e contrattati, avviene attraverso codici specifici che identificano i percorsi residenziali terapeutici di NPIA nell'ambito del flusso ambulatoriale 28san, con tutte le caratteristiche conseguenti.

Per i posti accreditati e non contrattati e per i posti utilizzati nell'ambito di strutture extraregionali, viene invece utilizzato un flusso specifico, definito flusso 43san NPIA, che contiene le stesse informazioni del flusso 28san più alcune informazioni aggiuntive (consente ad esempio di codificare più diagnosi, di identificare alcuni elementi salienti del percorso etc.).

A.3. Codici utilizzati

Tabella A.1 – Specificazione delle codifiche utilizzate per identificare i contatti con il Sistema Sanitario Regionale per ciascun flusso analizzato

Ricoveri ordinari			
Flusso	Descrizione	Codici	Valori
SDO	Disturbi psichiatrici e abuso di sostanze	DRG	424-437
SDO	Disturbi neurologici	DRG	1-35
SDO	Tentati suicidi	ICD-9-CM	V62.84, E950-E959
	Tentati suicidi	Traumatismi	5
Accessi al pronto soccorso			
Pronto soccorso	Disturbi psichiatrici e abuso di sostanze	Codice prestazione	94191, CA010
	Disturbi psichiatrici e abuso di sostanze	ICD-9-CM	290-319
	Disturbi neurologici	ICD-9-CM	320-359, 740-742, 758, 759.5, 759.6, 759.9, 237.7
Pronto soccorso	Tentati suicidi	ICD-9-CM	V62.84, E950-E959
Attività ambulatoriali			
28SAN	Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	Disciplina	33
	Psichiatria	Disciplina	40
PSICHEWEB	Psichiatria	Diagnosi <i>AND</i>	
		Interventi	
Percorsi residenziali terapeutici			
28SAN	Semi-residenziali	Disciplina	33 <i>AND</i>
	Semi-residenziali	Codice prestazione	BK301, BK311, BL281, BL291
	Residenziali	Disciplina	33 <i>AND</i>
		Codice prestazione	BK271, BK272, BK273, BL261, BL262, BL263
43SAN NPJA	Residenziali	Tipo struttura	2,3
Prescrizioni di farmaci			
Farmaceutica territoriale	Farmaci antiepilettici	ATC	N03
	Farmaci antipsicotici	ATC	N05A (eccetto N05AN01)
	Litio	ATC	N05AN01
	Farmaci antidepressivi	ATC	N06A
	Farmaci per il trattamento dell'ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione Iperattività)	ATC	N06B
	Altro	ATC	N06C

APPENDICE B

REPORT DI DATI AGGIUNTIVI



Foto di Ksenia Chernaya su Pexels

B.1. Attività ambulatoriali e territoriali

La maggior parte delle attività cliniche e terapeutico-riabilitative per gli utenti con disturbi del neurosviluppo e per le loro famiglie sono ambulatoriali ed avvengono nei poli territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, in integrazione con interventi a valenza socioassistenziale e alle esperienze scolastiche ed educative. Si tratta di un modello di cura tipico dei servizi

community based¹, che per essere efficace richiede sia una combinazione adeguata delle tre tipologie di interventi sia di uno stretto rapporto con altri livelli assisten-

- 1 Con "*Community based*" ci si riferisce ad un insieme di servizi e supporti forniti alle persone con disturbi del neurosviluppo direttamente nelle loro comunità, anziché in strutture ospedaliere o istituzioni, progettati per essere accessibili, integrati e orientati alle esigenze specifiche delle persone e delle comunità servite.

ziali (semiresidenziale, residenziale e/o ospedaliero), al fine di consentire di modificare rapidamente l'intensità di cura qualora ciò si renda necessario, in genere per un numero limitato di utenti. Gli utenti che hanno accesso ai servizi territoriali di NPIA vengono in genere seguiti per più anni. Inoltre, una parte degli utenti con attività ambulatoriali sono seguiti nei poli ospedalieri di NPIA, in particolare nel caso di disturbi neurologici.

Prestazioni ambulatoriali nelle Unità Operative di NeuroPsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (UONPIA)

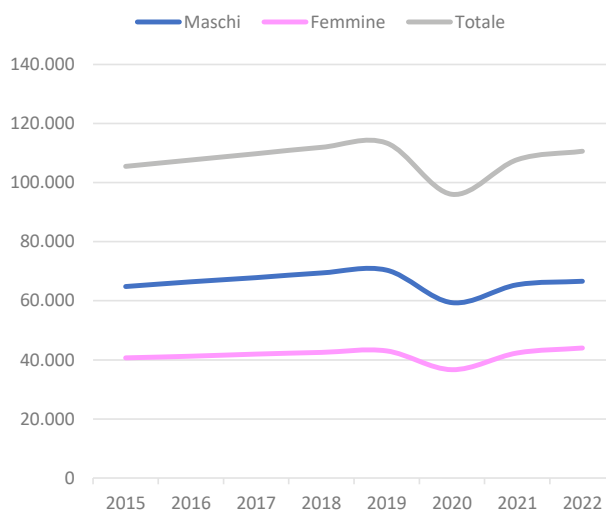
Dinamica temporale del numero di minorenni con almeno una prestazione

Il numero complessivo di minori con almeno una prestazione ambulatoriale nelle UONPIA conferma l'andamento storico in aumento tra il 2015 e il 2019 (+2% circa annuo, 113.405 utenti nel 2019) e la prevedibile deflessione nel 2020 (-15%), evidenziando come essa sia effettivamente rimasta molto contenuta grazie alla tempestiva e ampia introduzione della telemedicina, avvenuta in Regione Lombardia già a metà marzo 2020. In epoca post-pandemica si assiste a un aumento progressivo tra il 2021 e il 2022, che non ha ancora portato però a raggiungere il valore del 2019 (figura B.1).

Appare utile ricordare come, tra il 2010 e il 2016, fosse stato evidenziato un aumento medio del numero di utenti territoriali del 5,7% all'anno, per un aumento complessivo del 38,5% dal 2010 e addirittura del 75% dal 2008. Già allora, la pendenza della curva diminuiva progressivamente con il raggiungimento di un plateau (2016 aumento solo del 1,9% rispetto al 2015) verosimilmente correlato alla saturazione del sistema, che si conferma quindi anche negli anni tra il 2016 e il 2019.

Il numero delle femmine appare in costante aumento e supera i valori del 2019 (44.015 nel 2022, erano 43.030 nel 2019 e 40.681 nel 2015), mentre il numero dei maschi, anche esso in costante aumento, non raggiunge però i valori del 2019 (sono 66.614 nel 2022, erano 70.375 nel 2019 e 64.825 nel 2015) (figura B.1). La percentuale di femmine sul totale, in diminuzione tra il 2015 (38,6%) e il 2019 (38%), aumenta invece nettamente in epoca post-pandemica, raggiungendo nel 2022 il 39,8 %.

Figura B.1 – Numero di soggetti con almeno una prestazione ambulatoriale nelle UONPIA



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

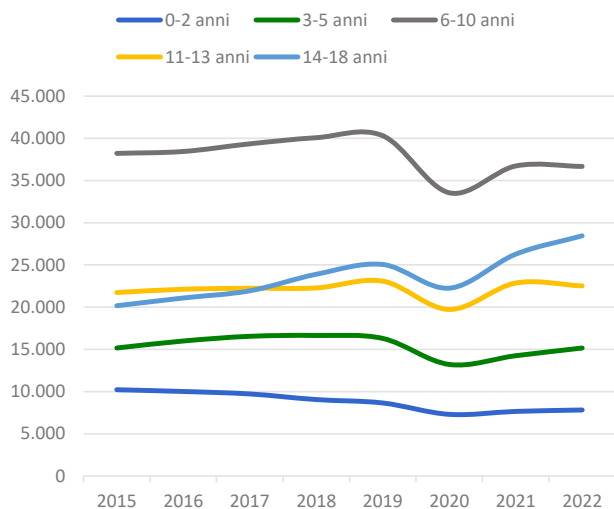
Nel 2022, la classe di età più numerosa seguita nei servizi di NPIA, sebbene in progressiva diminuzione, è quella dei 6-10 anni (36.634 utenti, erano 40.413 nel 2019), seguita dai 14-18 anni (28.547 utenti, erano 25.058 nel 2019) e dagli 11-13 anni (22.519 utenti, erano 23.087 nel 2019). Ultime sono le classi 3-5 anni (15.160 utenti nel 2022, erano 16.298 nel 2019) e 0-2 anni (7.819 utenti, erano 8.649 nel 2019) (figura B.2).

Prevalenza di minorenni con almeno una prestazione

Come già evidenziato, l'analisi dell'andamento della prevalenza è più rilevante rispetto ai dati grezzi sopra descritti, poiché rapporta gli accessi alla numerosità della popolazione generale di età compresa tra 0 e 18 anni, e tiene quindi conto degli effetti variabili della denatalità e del diverso numero di anni inclusi nelle singole classi di età.

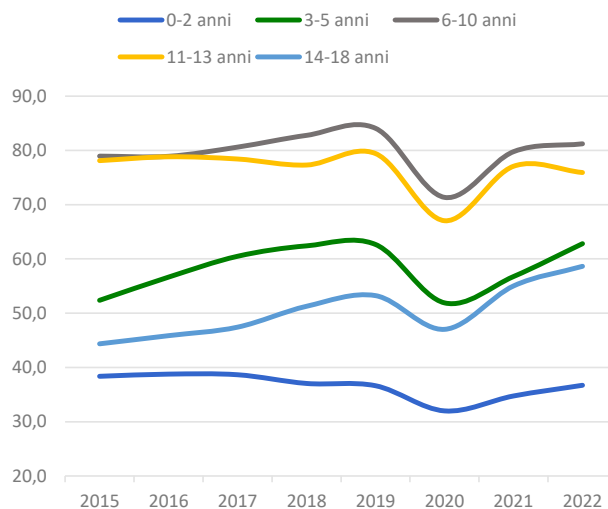
Se da un lato si conferma l'andamento complessivo in costante aumento negli anni e la caduta nel 2020, si evidenzia anche come tale aumento in epoca pre-pandemica sia stato maggiore nei maschi rispetto alle femmine, mentre in epoca post-pandemica appare maggiore per le femmine rispetto ai maschi, con una prevalenza nelle femmine che supera quella del 2019

Figura B.2 – Numero di soggetti con almeno una prestazione ambulatoriale nelle UONPIA



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura B.3 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno una prestazione ambulatoriale nelle UONPIA



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

(53,78 per 1.000 nel 2022, era 51,12 per 1.000 nel 2019), mentre quella dei maschi (76,72 per 1.000 nel 2022), seppure in aumento, resta al di sotto di quella pre-pandemica (78,60 per 1.000) (figura 2.2²).

La prevalenza di minorenni seguiti in ambito ambulatoriale nelle diverse classi di età appare molto variabile ed evidenzia andamenti differenziati sia in epoca pre-pandemica sia in epoca pandemica e post-pandemica.

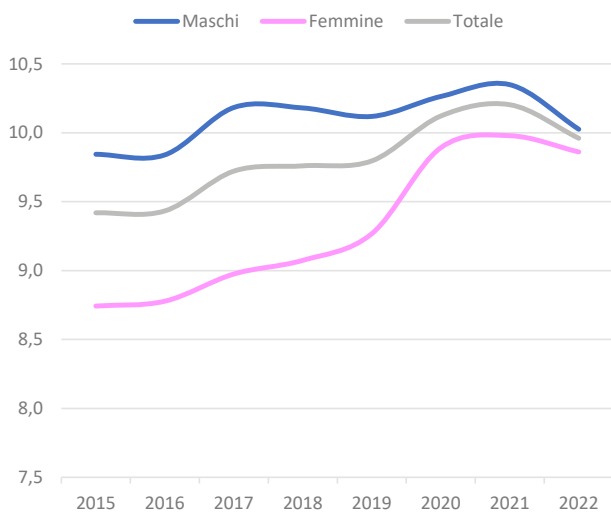
La classe di età con la massima prevalenza nel 2022 è la classe 6-10 anni (81,22 per 1.000, era 84,07 nel 2019 e 78,95 nel 2015); segue la classe 11-13 anni (75,92 per 1.000, era 79,42 nel 2019 e 78,12 nel 2015); la classe 3-5 anni (62,81 per 1.000, era 62,66 nel 2019 e 52,37 nel 2015); la classe 14-18 (58,64 per 1.000, era 53,24 nel 2019 e 44,35 nel 2015) e infine la classe 0-2 (36,72 per 1.000, era 36,63 nel 2019 e 38,37 nel 2015) (figura B.3).

Tale disomogeneità ha innanzitutto motivazioni cliniche: i servizi di NPIA seguono diverse tipologie di utenza, di diversa severità e complessità. Alcuni utenti hanno necessità di presa in carico costante, dal momento della diagnosi fino alla maggiore età,

² La numerazione a doppia cifra fa riferimento alle figure inserite nella prima parte del Quaderno.

con intensità che può modificarsi nel tempo, ma che richiede comunque uno o più contatti con il servizio tutti gli anni (es autismo, disabilità intellettiva, paralisi cerebrale infantile). Altri utenti vengono intercettati più tardivamente e dopo un periodo di intervento sono sufficienti follow-up periodici, non necessariamente annuali, magari anche solo al passaggio di ordine scolastico, che si diradano sempre più verso l'adolescenza (ad esempio molti disturbi specifici di apprendimento). Ciò determina una prevalenza particolarmente elevata di utenti in contatto con i servizi di NPIA nelle classi d'età 6-10 e 11-13 e prevalenze minori nelle altre classi d'età. Nei piccoli (0-2 e 3-5 anni) sono in contatto con i servizi soprattutto le situazioni di maggiore severità e complessità, che appunto sono in genere evidenti fin dai primi anni di vita. Particolarmente importante è l'andamento della classe d'età 3-5, in cui la diagnosi precoce consente interventi tempestivi e maggiore impatto sulla prognosi, e il cui aumento nel tempo in epoca pre-pandemica evidenzia sia un'aumentata intercettazione precoce sia un aumento dei casi in carico nonostante le limitazioni di risorse. Anche la classe 0-2 è molto importante per lo stesso motivo,

Figura B.4 – Numero medio di prestazioni ambulatoriali nelle UONPIA

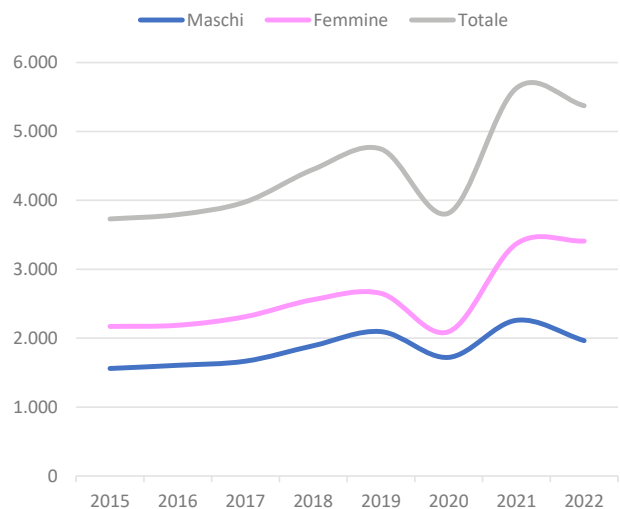


Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

oltre che per gli interventi preventivi e di follow-up neonatale, ed è meritevole di approfondimento il calo pre-pandemico e il recupero solo parziale che si evidenzia nel 2022. Infine, particolarmente significativo l'andamento della fascia 14-18, fascia in cui in genere diminuisce il contatto con i servizi delle situazioni lievi, ma aumenta l'accesso per i disturbi psichiatrici, già noti o di nuova intercettazione, e che evidenzia un marcato incremento già in epoca pre-pandemica (legato sia a un aumento della domanda sia a una maggiore capacità dei servizi di agganciare utenti adolescenti con disturbi psichiatrici grazie alle risorse aggiuntive introdotte con i progetti di NPIA), una discesa nel 2020 e un aumento nel 2022 che raggiunge e supera i livelli del 2019 (+10%) e si colloca al di sopra dei livelli attesi in base al trend 2015-2019.

Gli andamenti delle prevalenze nel tempo evidenziano purtroppo come l'aumento dell'accesso ai servizi degli adolescenti avvenga a scapito dell'accesso di altre classi d'età, della conseguente possibilità di intercettazione precoce dei disturbi fin dalle prime epoche di vita e della continuità di cura nelle epoche successive.

Figura B.5 – Numero di soggetti con almeno una prestazione nell'unità di psichiatria



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Prestazioni medie per soggetto

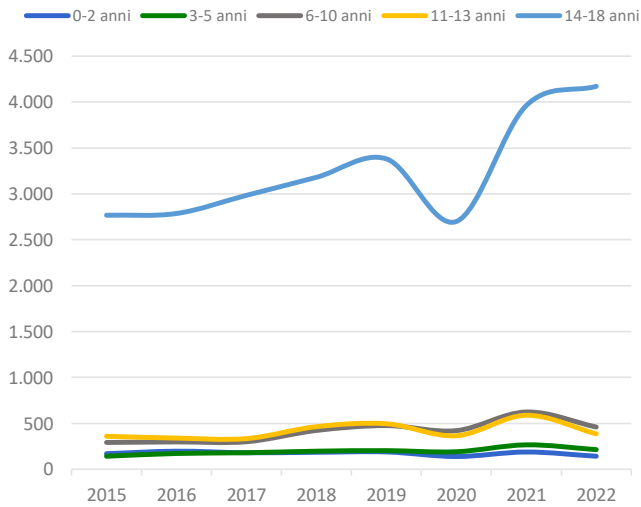
Il numero medio di prestazioni ambulatoriali per utente mostra modificazioni rilevanti, in particolare nelle femmine, che partono da valori inferiori ai maschi e presentano poi un incremento progressivo in epoca pre-pandemica, che aumenta ulteriormente nel 2020 per poi stabilizzarsi nel 2021 e 2022 su valori più elevati rispetto al passato e analoghi a quelli dei maschi, che sono invece stabili nel tempo (figura B.4).

Prestazioni ambulatoriali nelle unità di psichiatria dell'adulto e flusso psiche

Gli accessi di minorenni presso le Unità Operative di Psichiatria (UOP) dell'adulto avvengono prevalentemente nell'ambito dei progetti innovativi di psichiatria (e in particolare dei progetti per l'intercettazione e l'intervento precoce negli esordi psicotici e nei disturbi di personalità nonché in alcune realtà nell'ambito dei progetti giovani), dei progetti per i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione e, in alcuni casi, nell'ambito dei percorsi di accompagnamento alla transizione.

Nell'analisi dei dati che seguono, va inoltre ricordato che essi includono anche una parte di utenti neo-

Figura B.6 – Numero di soggetti con almeno una prestazione nell'unità di psichiatria



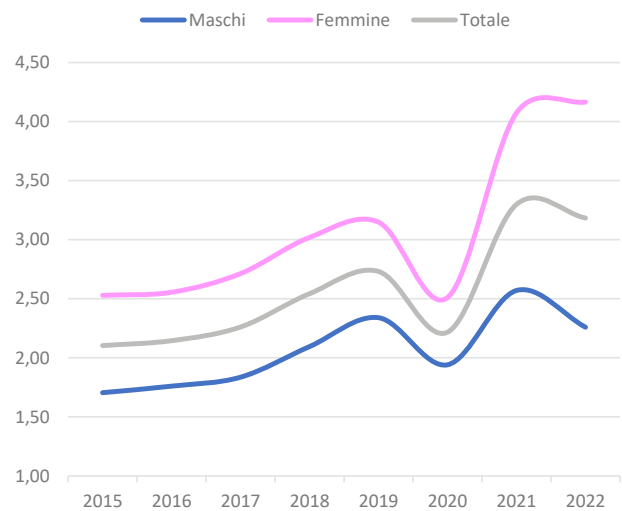
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

maggioresni, poiché i flussi analizzati, per motivi di privacy, includono solo l'anno di nascita e non la data esatta. La fascia di età dei 18 anni rappresenta una percentuale compresa tra il 33 e il 40% del totale, è pertanto verosimile che i valori complessivi riportati siano sovrastimati almeno del 15% del totale.

Dinamica temporale del numero di minorenni con almeno una prestazione nelle UOP

Il numero di utenti con almeno un accesso presso le UOP adulti evidenzia un aumento complessivo del 15% tra il 2019 e il 2022, esclusivamente ad appannaggio delle femmine (+28%), mentre i maschi evidenziano una diminuzione del -6% (figura B.5). La maggior parte degli utenti minorenni o neomaggioresni in contatto con le UOP sono nella fascia di età 14-18 (circa 4.000 l'anno, di cui circa 2.000 nella fascia dei 18 anni e 1.000 verosimilmente neomaggioresni), con un aumento iniziato già in epoca pre-pandemica (erano meno di 3.000 nel 2015) e un andamento post pandemico in linea con quello pre-pandemico, se si eccettua la caduta del 2020 (-20%). Di difficile interpretazione la presenza di circa 200-300 pazienti all'anno seguiti nelle UOP adulti per ciascuna delle fasce di età più basse (figura B.6).

Figura B.7 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno una prestazione nell'unità di psichiatria



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Prevalenza di minorenni con almeno una prestazione nell'unità di psichiatria

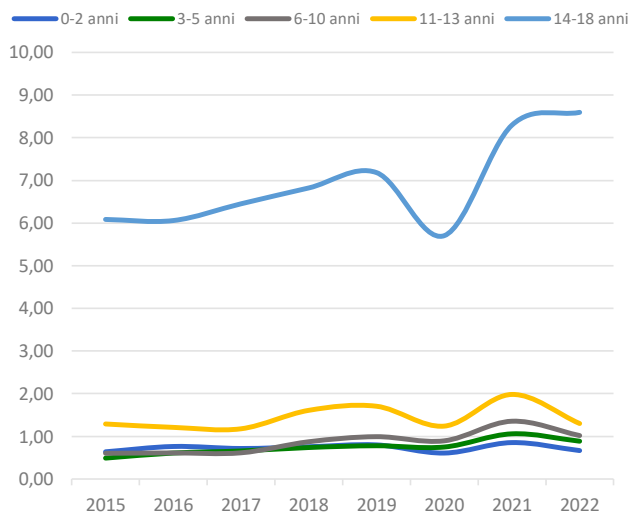
L'andamento della prevalenza evidenzia ancor più chiaramente i cambiamenti tra periodo pre-pandemico (maschi +33%, femmine +23%) e periodo post pandemico, quando l'aumento è tutto a carico delle femmine (+32%), mentre nei maschi vi è una diminuzione (-3%) (figura B.7).

Le prevalenze per classi di età mostrano aumenti significativi per la classe 14-18 già in epoca pre-pandemica (+19 % tra il 2016 e il 2019), che divengono lievemente più marcati in epoca post-pandemica (+20 % tra il 2019 e il 2022), classe di età in cui, per le modalità di estrazione dei dati, ricadono anche i neomaggioresni (figura B.8). La prevalenza nella fascia 14-18 è di circa 7 volte inferiore a quella dei servizi di NPIA, nonostante sia sovrastimata dalla presenza dei neomaggioresni.

Prestazioni medie per soggetto minorenni nell'unità di psichiatria

Il numero medio di prestazioni appare abbastanza stabile per le femmine, intorno alle 10 prestazioni medie/anno con qualche oscillazione, mentre per i maschi

Figura B.8 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno una prestazione nell'unità di psichiatria



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

appare in costante diminuzione e si colloca nel 2022 intorno alle 7 prestazioni/anno (figura B.9).

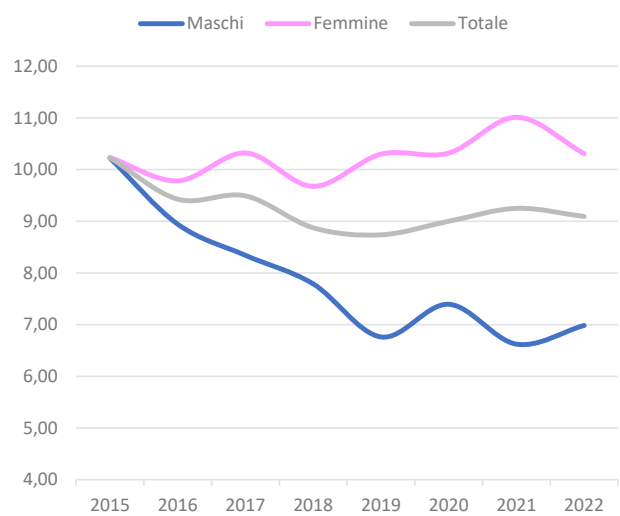
Minorenni che hanno avuto prestazioni in UOP adulti dopo essere stati seguiti in NPIA

Un aspetto particolarmente importante dei percorsi di cura è rappresentato dalla continuità tra servizi per l'infanzia e l'adolescenza e servizi per l'età adulta, continuità che purtroppo spesso non è ottimale, con una percentuale molto elevata di utenti che si perdono nel passaggio.

L'andamento nel tempo della numerosità dei soggetti che entrano in contatto con le UOP dell'adulto dopo essere stati seguiti dai servizi di NPIA è quindi un importante indicatore del percorso di transizione.

Dei circa 42.000 preadolescenti e adolescenti che hanno avuto almeno un contatto in NPIA nel 2015, 2547 hanno avuto anche un contatto in UOP adulti nello stesso anno o nei 7 anni successivi, con un numero di femmine lievemente maggiore di quello dei maschi (figura B.10). L'andamento è in diminuzione, per il minor numero di anni di follow-up disponibili per chi ha avuto un contatto in NPIA negli anni successivi. La

Figura B.9 – Numero medio di prestazioni nell'unità di psichiatria



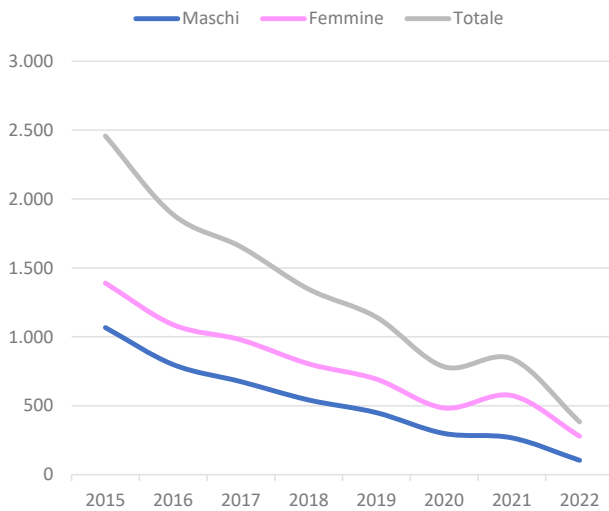
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

maggior parte degli utenti che hanno avuto contatti con le UOP dopo la UONPIA sono nella fascia di età 14-18, mentre la fascia 11-13 anni è presente soprattutto in chi ha avuto un contatto in NPIA negli anni 2015-2018 e giunge alla maggiore età 5-7 anni dopo (figura B.11). Gli elevati valori presenti nei primi anni sono verosimilmente legati sia al progressivo raggiungimento della maggiore età degli utenti più giovani, sia al recupero di pazienti il cui aggancio ai servizi di psichiatria adulti inizialmente non ha funzionato o non si è attivato.

Farmaceutica territoriale

Storicamente in Italia l'impiego di farmaci in infanzia e adolescenza per disturbi neurologici è in linea con quello internazionale, mentre l'utilizzo di psicofarmaci è nettamente inferiore sia rispetto agli altri paesi europei sia ancor più rispetto agli USA. Fino ad anni recenti, anche l'andamento nel tempo dell'utilizzo di psicofarmaci è stato sostanzialmente stabile a livello nazionale, mentre nella maggior parte dei paesi occidentali erano presenti incrementi rilevanti. In età evolutiva la terapia farmacologica dovrebbe essere inserita in una più ampia dimensione terapeutica che va dal sostegno alla famiglia e alle agenzie educative che hanno in carico il

Figura B.10 – Numero di soggetti con almeno una prestazione ambulatoriale nelle UONPIA e successivamente in psichiatria



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

minore fino alla realizzazione di interventi psicoterapici ed educativi direttamente rivolti al minore.

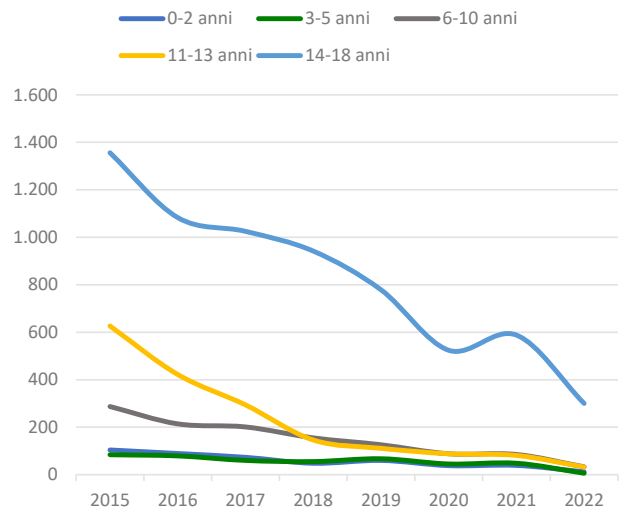
L'analisi degli utenti con almeno una prescrizione farmacologica si è concentrata sulle classi di farmaci utilizzati per i disturbi psichiatrici e tracciabili nell'ambito del SSR. Non include quindi le classi di farmaci non prescrivibili a carico del SSR, come ad esempio gli ansiolitici, né le prescrizioni effettuate esclusivamente in ambito privato.

Dinamica temporale del numero di minorenni con almeno una prescrizione

Nella farmaceutica territoriale si evidenzia un trend in aumento in epoca pre-pandemica (+14%), con quasi nessuna diminuzione nel 2020 e un netto aumento in epoca post-pandemica (+27%), superando ampiamente l'atteso in base all'andamento esistente tra il 2015 e il 2019. Anche in questo caso, è particolarmente evidente l'aumento del numero di femmine con prescrizioni farmacologiche tra il 2019 e il 2022 (+47%), e il superamento per numerosità nei confronti dei maschi a partire dal 2021 (figura B.12).

La maggior parte dell'aumento in valore assoluto è da attribuire alla classe di età 14-18, dove vi è un

Figura B.11 – Numero di soggetti con almeno una prestazione ambulatoriale nelle UONPIA e successivamente in psichiatria



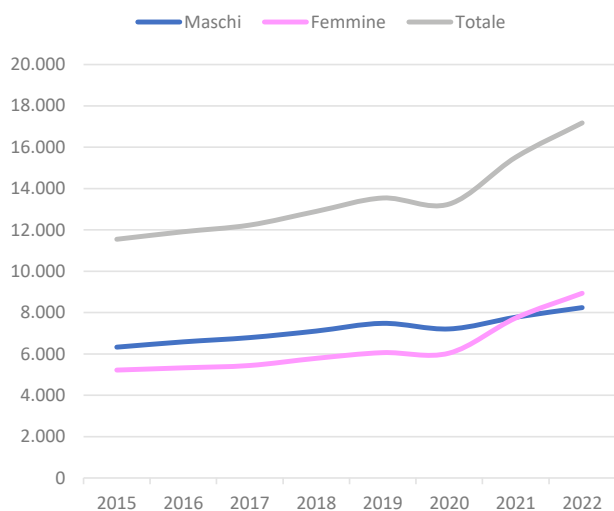
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

aumento del 21% tra il 2016 e il 2019, e un ulteriore aumento del 42% tra il 2019 e il 2022. Segue a distanza la classe di età 11-13, che a partire dal 2020 raggiunge e supera in numerosità i pazienti con almeno una prescrizione di psicofarmaci quella della classe 6-10, sebbene includa un numero di anni inferiore. Nelle classi di età più basse, la maggior parte delle prescrizioni sono rappresentate dagli antiepilettici (figura B.13).

Prevalenza di minorenni con almeno una prescrizione farmacologica

L'incremento appare ancora più evidente analizzando la prevalenza di soggetti con almeno una prescrizione farmacologica sia generale (+16% tra 2016 e 2019; +31% tra 2019 e 2022, raggiungendo la prevalenza del 10,18 per 1.000) che in modo particolare per le femmine (+16% tra 2016 e 2019; +52% tra 2019 e 2022), che dal 2021 superano la prevalenza nei maschi (figura 2.3). L'analisi della prevalenza per classi di età conferma come le maggiori prevalenze siano nelle fasce 14-18 (21,91 per 1.000 nel 2022) e 11-13 (9,28 per 1.000 nel 2022) e anche gli incrementi più significativi siano soprattutto in quelle fasce d'età: 14-18

Figura B.12 – Numero di soggetti con almeno una prescrizione psicofarmacologica



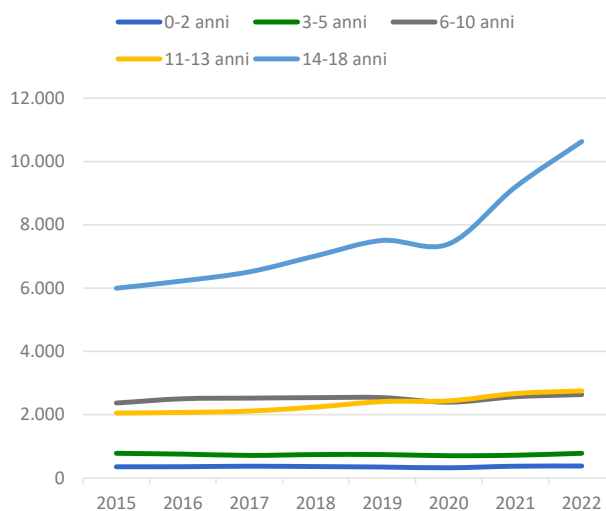
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

(+18 % tra 2016 e 2019; +37% tra 2019 e 2022); 11-13 (+12% tra 2016 e 2019; +12% tra 2019 e 2022) (figura B.14). È importante evidenziare come, nel caso degli adolescenti, non solo la flessione nel 2020 sia stata minima, ma il successivo aumento sia andato molto oltre quanto atteso dalla tendenza osservata negli anni pre-pandemici.

Andamento delle prescrizioni per classi farmacologiche

L'analisi del numero di minori con almeno una prestazione farmacologica, stratificati per tipologia di farmaco, mostra una sostanziale stabilità per gli antiepilettici (N03), salvo un lieve aumento nel 2021-2022 che potrebbe essere legato all'utilizzo di alcuni di essi come stabilizzanti dell'umore e un netto aumento dei minori in trattamento con antidepressivi (N06A) che tra il 2020 e il 2022 sono praticamente raddoppiati come anche un altro stabilizzatore dell'umore come il litio (N05AN01), passato dai 152 prescrizioni del 2015 a 246 del 2021. Si osserva anche un netto aumento per gli antipsicotici (N05A senza il litio) che ciononostante per la prima volta vengono superati dalla prescrizione di farmaci antidepressivi. Si mantiene un aumento stabile nel tempo dei farmaci per il trattamento dell'ADHD (N06B) (figura B.15).

Figura B.13 – Numero di soggetti con almeno una prescrizione psicofarmacologica



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

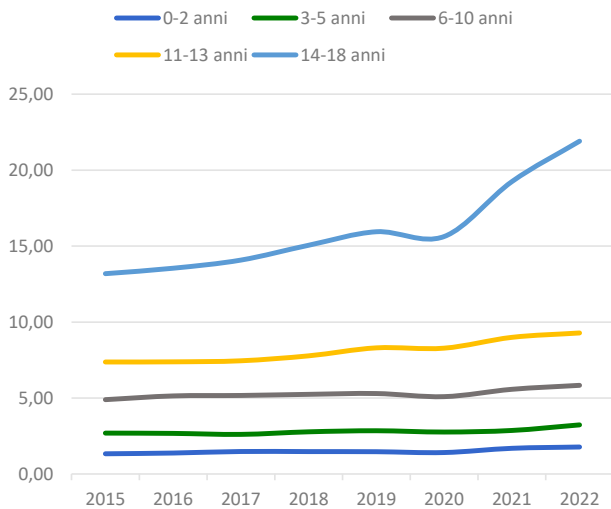
L'aumento del ricorso a terapie farmacologiche superiore all'atteso rispetto al trend 2015-2019, non accompagnato dal calo osservato nel 2020 in tutte le prestazioni sanitarie fin qui analizzate, è un ulteriore importante indicatore dell'aumento dei disturbi psichiatrici in preadolescenza e adolescenza e della loro gravità e complessità. Sebbene da verificare, stante le tipologie di farmaci potrebbe essere correlato all'aumento dei disturbi del tono dell'umore.

B.2. Attività ospedaliera

Accessi al Pronto Soccorso (PS)

Gli accessi in pronto soccorso rappresentano un punto di osservazione importante per valutare l'impatto delle situazioni più acute, emergenziali, che richiedono interventi tempestivi non procrastinabili. Dovrebbero fotografare principalmente la gravità e l'acuzie delle situazioni cliniche emergenti. È pur vero che, negli anni pre-pandemici, si assisteva invece a un aumento generalizzato degli accessi al PS, in tutte le età e per tutte le cause, prevalentemente per codici verdi o bianchi, spesso per avviare a diverse tipologie di difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari e in utenti con vulnerabilità multiple.

Figura B.14 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno una prescrizione psicofarmacologica



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

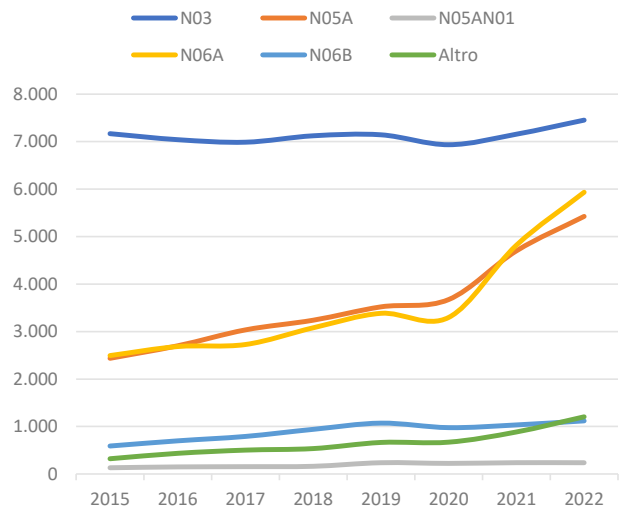
Per una corretta interpretazione dei dati raccolti, va evidenziato che il flusso di PS consente di inserire solo due codici diagnostici per descrivere gli interventi svolti, ed è quindi possibile che in alcuni casi il disturbo psichiatrico o neurologico, seppur presente, non sia stato codificato, con una sottostima parziale del fenomeno. Va inoltre evidenziato che, a partire dal 2019, è stata introdotta una modifica dei codici colore per gravità/urgenza, passando da 4 a 5 classi.

Nell'elaborazione, non sono stati inclusi i dati del 2015 per la presenza di discrepanze che rendevano il dato non affidabile.

Dinamica temporale del numero di minorenni con almeno un accesso per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze

Per quanto riguarda gli utenti minorenni residenti in Lombardia con almeno un accesso in Pronto Soccorso per disturbi psichiatrici o abuso di sostanze, si evidenzia un trend in aumento negli anni tra il 2016 e il 2019, con una flessione attesa del numero degli utenti nel 2020 (-46%), comprensibilmente più marcata della flessione in altri flussi, ma con un recupero solo parziale negli anni successivi, che ancora non ha raggiunto i livelli pre-pandemici (-16% nel 2022

Figura B.15 – Numero di minori con almeno una prescrizione farmaceutica, per classe di farmaci

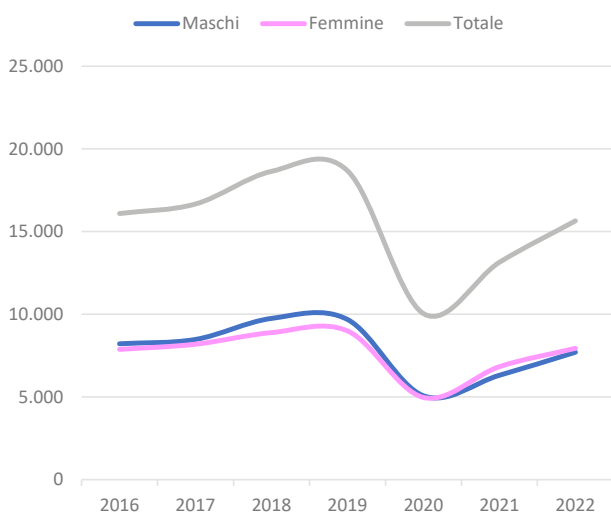


Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

rispetto al 2019). Nel 2022, gli accessi in PS di minorenni con disturbi psichiatrici riguardano circa 15.000 utenti all'anno, mentre nel 2019 erano stati circa 20.000. Anche in questo caso, è da segnalare, a partire dal 2020, un maggior numero di femmine rispetto ai maschi, seppure di lieve entità (figura B.16). Va ricordato che in questa analisi preliminare sono considerati tutti i disturbi psichiatrici con accesso al PS e non solo quelli con quadri gravi ed acuti. Il trend regionale di aumento della numerosità di utenti con accesso in PS in epoca post-pandemica appare meno marcato di quanto segnalato in alcuni PS di terzo livello in diverse regioni italiane, inclusa la Lombardia, verosimilmente per un effetto di concentrazione delle casistiche più complesse in tali sedi.

La stratificazione per classi di età mostra una numerosità molto rilevante della fascia 14-18, che si colloca intorno ai 6000 accessi nel 2022 contro i circa 2000 di ciascuna delle altre classi d'età. La classe 14-18 è inoltre quella con la minore diminuzione nel 2020 (-38%), seguita dalla classe 11-13 (-46%) mentre le altre classi di età evidenziano una diminuzione tra il 50 e il 60%. È inoltre l'unica classe di età che torna nel 2022 a valori analoghi al 2019, seguita anche in questo caso

Figura B.16 – Numero di soggetti con almeno un accesso in PS per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

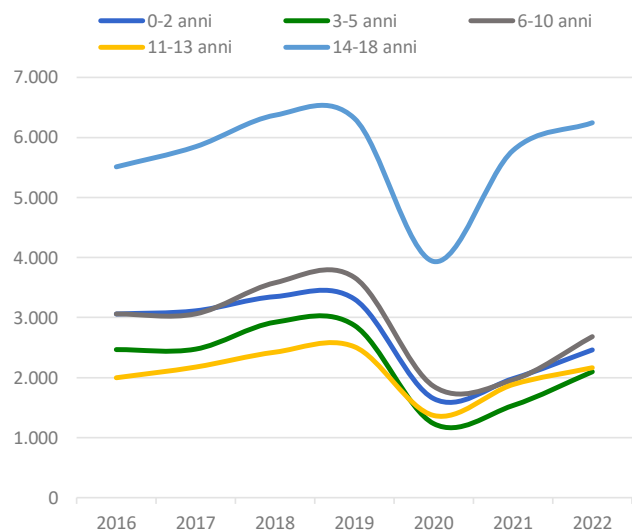
dalla classe 11-13, che si colloca a -14% dei valori del 2019. Tutte le altre classi di età nel 2022 presentano numerosità inferiori di circa il 27% rispetto al 2019 (figura B.17).

Prevalenza di minorenni con almeno un accesso per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze

Come già commentato nel capitolo dedicato alle attività territoriali, è particolarmente utile l'analisi delle prevalenze, che rapportando i valori assoluti alla popolazione evidenzia ancor più l'aumento avvenuto tra il 2016 e il 2019, il crollo nel 2020 e la ripresa solo parziale nel 2022. Anche in questo caso, l'aumento della prevalenza appare più marcato per le femmine, che superano in modo più evidente i valori dei maschi rispetto all'andamento dei valori assoluti e raggiungono una prevalenza del 9,71 per 1.000, contro una prevalenza nei maschi dell'8,86 per 1.000 (figura 2.4).

È di nuovo la classe di età 14-18 che mostra la maggiore prevalenza di accessi in PS, la minore diminuzione nel 2020 (-38%) e il maggiore recupero tra 2020 e 2022, fino ad arrivare quasi ai valori pre-pandemici (-4% rispetto al 2019), mentre le altre classi di età si assestano tra -16 e -22% (figura B.18).

Figura B.17 – Numero di soggetti con almeno un accesso in PS per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze



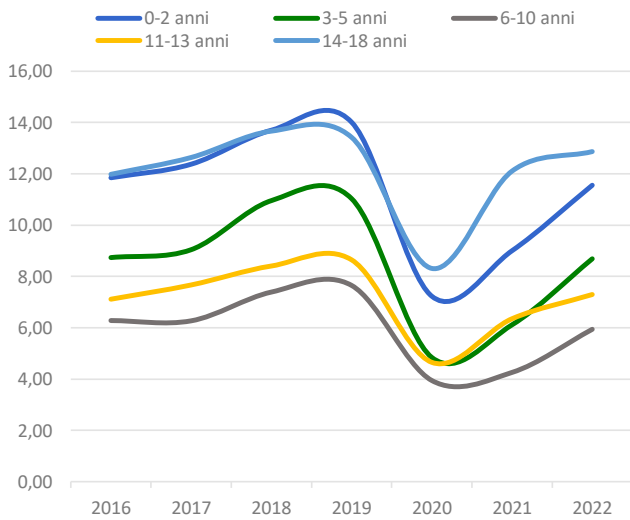
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Analisi per codice colore

Particolarmente interessante la stratificazione per codici colore. I diversi codici colore del triage evidenziano infatti diversi livelli di priorità per gravità, complessità e urgenza. In particolare, i codici rossi descrivono i pazienti che richiedono un intervento in emergenza, mentre i gialli/arancioni sono relativi alle urgenze indifferibili³. A fronte di una diminuzione rilevante di tutti gli accessi nel 2020 (-49% sul 2019) e un recupero solo parziale negli anni successivi (-16% nel 2022 rispetto al 2019), legato soprattutto all'andamento dei codici bianchi (non urgenze, -53%) e verdi (urgenze minori, -51%), si assiste a un andamento sostanzialmente stabile dei codici rossi, di numerosità molto limitata (circa 140 all'anno tranne nel 2020, quando sono scesi a 92), con un netto aumento dell'insieme dei codici gialli e arancioni, che scendono meno di tutti nel 2020 (-32% sul 2019) e superano poi nel 2022 i valori del 2019 (+18%), riguardando circa 3000 bambini e ragazzi all'anno. Particolarmente

³ Le codifiche del triage si sono modificate negli ultimi anni, con la progressiva introduzione di un sistema a 5 codici (rosso, arancione, azzurro, verde e bianco), invece del precedente sistema a 4 codici (rosso, giallo, verde, bianco).

Figura B.18 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un accesso in PS per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze

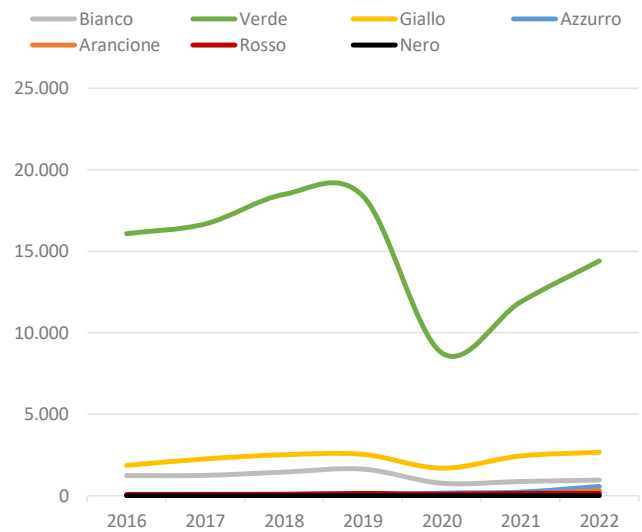


Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

interessante l'andamento dei codici verdi e bianchi negli anni post pandemici: i verdi, pur aumentando, nel 2022 sono ancora a -22% rispetto ai valori del 2019 e continuano a rappresentare il maggior numero di accessi (14.408 nel 2022, erano più di 18.000 nel 2019). La diminuzione non è compensata dal progressivo aumento dei codici azzurri (urgenza differibile), che fino al 2019 erano prevalentemente inclusi nei verdi. I codici bianchi invece si mantengono poco sopra i valori del 2020 (764) e su livelli nettamente inferiori rispetto al 2019 (958 nel 2022 contro 1.628 nel 2019, -41%). Come noto, è proprio tra i verdi e soprattutto tra i bianchi che si collocano la maggior parte degli accessi inappropriati al PS, e il trend in diminuzione di verdi e bianchi potrebbe essere il fenomeno alla base del decremento della numerosità complessiva degli accessi segnalata più sopra. Da segnalare infine come l'aumento di codici rossi sia avvenuto prevalentemente tra il 2016 e il 2019 (+84%), passando da 74 soggetti a 136 (figure B.19 e B.20).

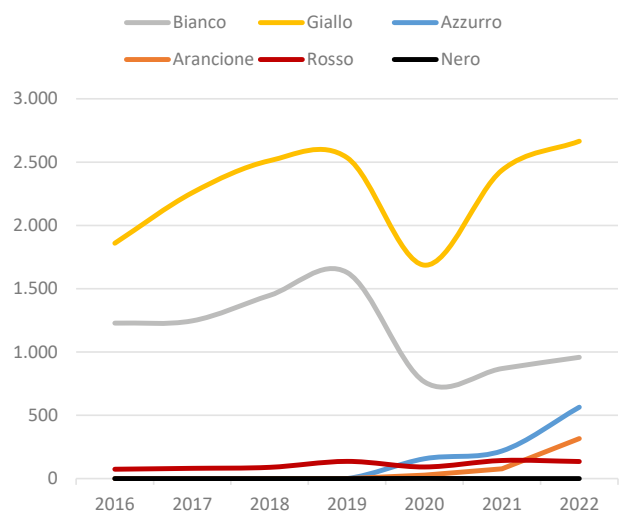
È importante evidenziare che la piena formalizzazione di codici colore al triage per disturbi psichici nei minorenni è abbastanza recente, in particolare per i codici rossi e gialli/arancioni, e che pertanto i dati potreb-

Figura B.19 – Numero di accessi in PS per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze, per codice colore



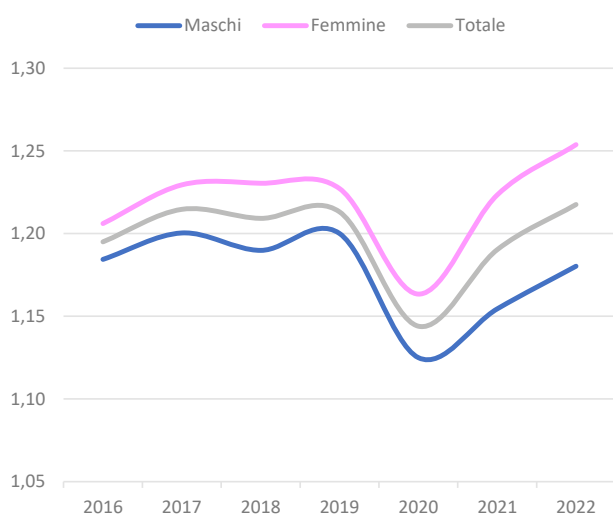
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura B.20 – Numero di accessi in PS per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze, per codice colore ad esclusione dei codici verdi



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura B.21 – Numero medio di accessi in PS per soggetto per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

bero subire almeno parzialmente l’influenza di una progressiva maggiore attenzione alla corretta codifica.

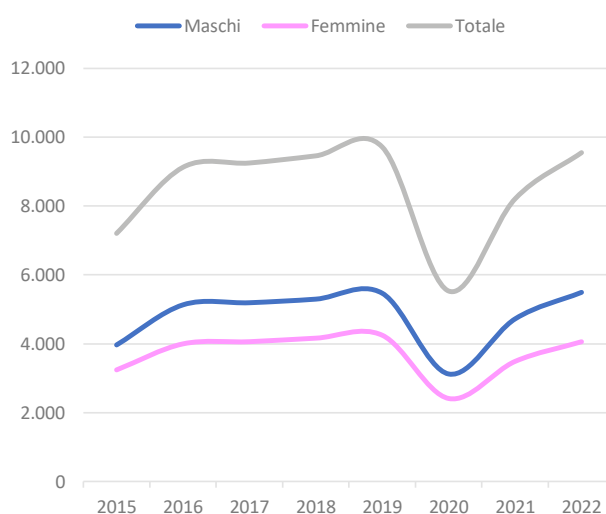
Accessi medi in PS per soggetto per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze

Il numero medio di accessi per soggetto appare sostanzialmente stabile tra il 2016 e il 2019, collocandosi intorno a 1,20 accessi per utente, mentre diminuisce nel 2020 e aumenta nuovamente nel 2021 e 2022. Anche in questo caso l’aumento appare più marcato nelle femmine, e raggiunge valori di poco superiori al 2019 (figura B.21).

Dinamica temporale del numero di minorenni con almeno un accesso in PS per disturbi neurologici

L’andamento del numero di soggetti minorenni con almeno un accesso in PS per disturbi neurologici appare sostanzialmente stabile negli anni tra il 2016 e il 2019, presenta poi una caduta del 43% nel 2020 e un progressivo recupero nel 2021 per tornare a raggiungere nel 2022 i livelli del 2019. Complessivamente, riguarda circa 10.000 soggetti all’anno. Non vi sono cambiamenti di rilievo rispetto alla numerosità relativa di maschi e femmine (figura B.22). La classe di età a maggiore nume-

Figura B.22 – Numero di soggetti con almeno un accesso in PS per disturbi neurologici



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

rosità appare quella tra i 14 e i 18 anni, con circa 4.000 soggetti con accessi in PS all’anno, mentre le classi di età 11-13 e 6-10 anni, fatta salva la caduta nel 2020, si attestano su circa 2.000 soggetti anno e le classi di età inferiori, 0-2 e 3-5 anni si attestano su circa 1.000 soggetti anno ciascuna (figura B.23).

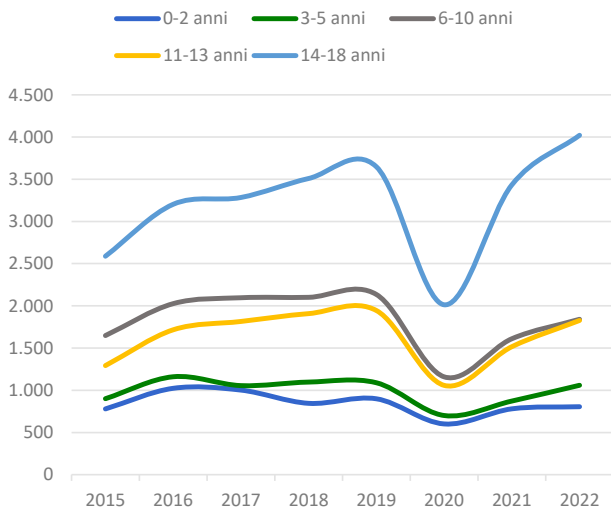
Prevalenza di minorenni con almeno un accesso in PS per disturbi neurologici

Anche le prevalenze generali e quelle di maschi e femmine confermano l’andamento generale descritto prima, con un andamento stabile tra 2016 e 2019, una caduta di circa il 43% nel 2020 e il progressivo ritorno tra il 2021 e il 2022 alla prevalenza precedente al 2019, diversamente da quanto osservato per i disturbi psichiatrici (figura 2.7). La classe d’età 14-18 anni è quella con la maggiore prevalenza di accesso (superiore all’8 per 1.000), seguita dalla classe 11-13 (6 per 1.000). Le altre tre classi d’età presentano prevalenze sovrapponibili e più basse (4 per 1.000) (figura B.24).

Accessi medi per soggetto per disturbi neurologici

Il numero medio di accessi al PS per soggetto minorenni con disturbi neurologici appare stabile e molto

Figura B.23 – Numero di soggetti con almeno un accesso in PS per disturbi neurologici



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

vicino a 1 negli anni dal 2015 al 2018, evidenzia poi un lieve aumento dal 2018 al 2020 e una successiva flessione che lo riporta ai valori pre-pandemici (figura B.25). Complessivamente, è stabilmente inferiore al numero medio di accessi per disturbi psichiatrici.

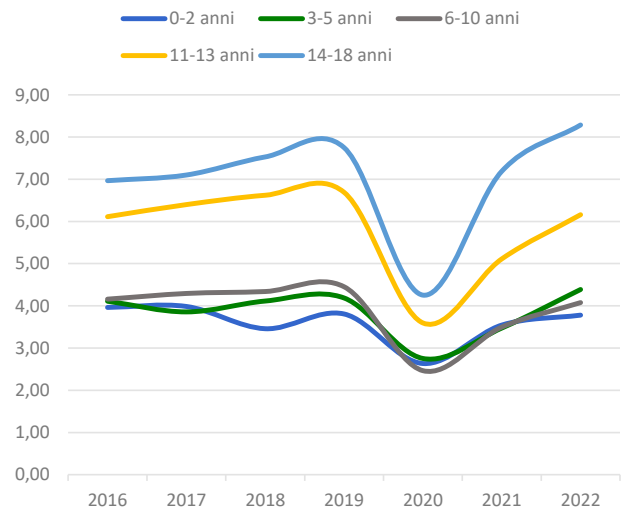
Analisi per codice colore

Particolarmente interessante la stratificazione per codici colore anche per gli utenti con accessi al PS per disturbi neurologici. A fronte, infatti, di una diminuzione rilevante di tutti gli accessi nel 2020 (-43% sul 2019, minore quindi della caduta per i disturbi psichiatrici), si assiste a un pieno recupero negli anni successivi. Gli accessi per codici gialli e arancioni nel 2022 sono circa 1.900, mentre gli azzurri sono 733 e i verdi 6.724. È da evidenziare che i codici rossi, sostanzialmente stabili in epoca pre-pandemica, passano poi da 154 all'anno nel 2019 a 203 all'anno nel 2022 (+32%) (figure B.26 e B.27).

Le attività di ricovero ordinario nei residenti in Lombardia

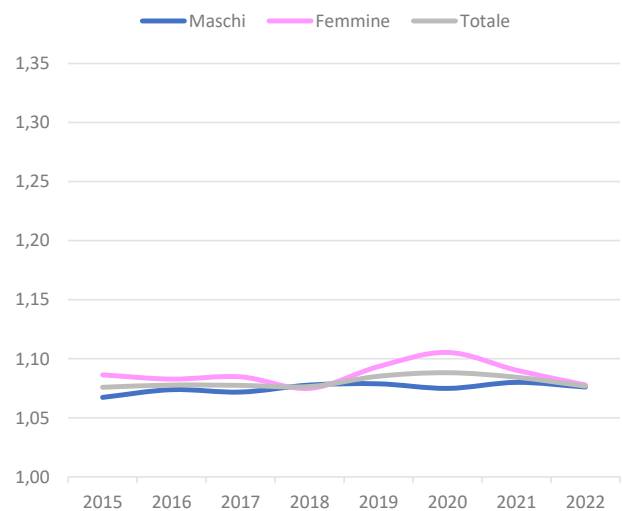
L'accesso ai servizi ospedalieri di degenza ordinaria avviene in genere al fine di raggiungere un inqua-

Figura B.24 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un accesso in PS per disturbi neurologici, per classe d'età (2015-2022)



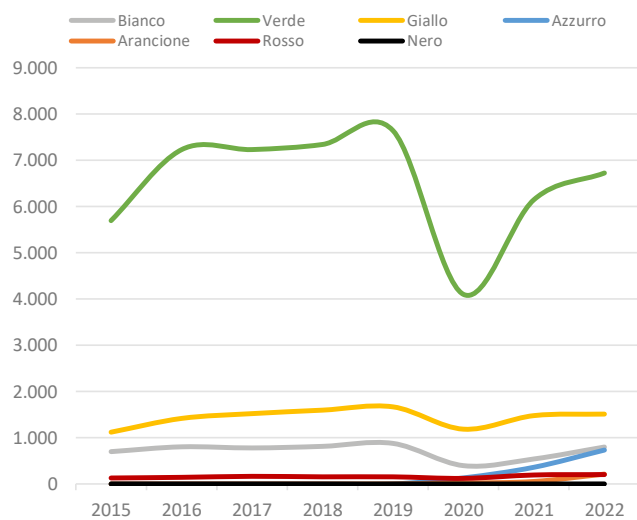
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura B.25 – Numero di accessi in PS per soggetto per disturbi neurologici, per sesso (2015-2022)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

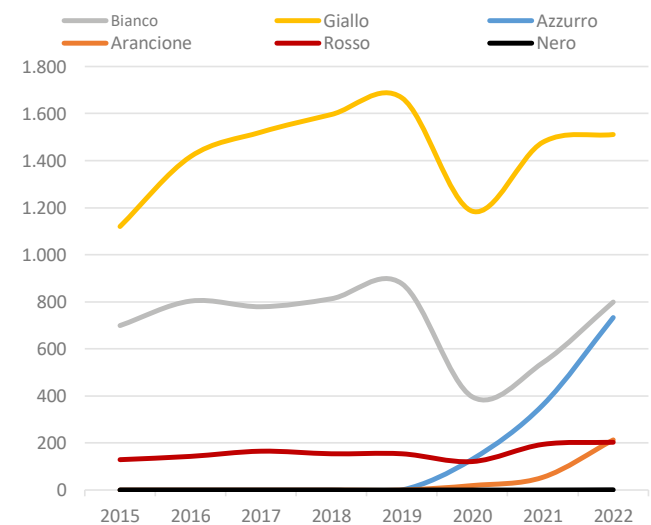
Figura B.26 – Numero di accessi in PS per disturbi neurologici, per codice colore



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

drammento diagnostico o per interventi terapeutici nelle situazioni acute o particolarmente complesse e gravi, che richiedono assistenza tempestiva, intensiva e appropriata per poter raggiungere un'adeguata stabilizzazione e proseguire le cure in contesti a minore intensità assistenziale. Nell'ambito dei disturbi neuropsichiatrici infantili, già in epoca pre-pandemica vi erano state numerose segnalazioni di difficoltà nell'accesso e di carenza di strutture appropriate per poter garantire tali risposte. Particolarmente rilevante è la carenza di posti letto per il ricovero ordinario: nel 2021 erano presenti in totale 403 letti di ricovero ordinario di NPIA a livello nazionale, corrispondenti a 4 letti ogni 100.000 abitanti di età compresa tra 0 e 17 anni, e 5 regioni erano totalmente prive di posti letto di ricovero ordinario di NPIA. Il tasso di posti letto italiano è tra i più bassi d'Europa, seguito solo da Spagna (2,4) e Portogallo (1,6). I Paesi europei con un maggior tasso di posti letto per popolazione risultano Germania (65,4) e Olanda (56,6) (Signorini *et al.*, 2018). La situazione lombarda è migliore rispetto alla media nazionale, con 112 posti letto, che corrispondono a poco più di 6 letti per 100.000 abitanti, vicina allo standard minimo di 7 letti per 100.000 abitanti indicato dalla

Figura B.27 – Numero di accessi in PS per disturbi neurologici, per codice colore ad esclusione dei codici verdi



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Di tali posti però circa il 30% è a valenza nazionale in strutture di terzo livello (IRCCS Besta, IRCCS Mondino), abbassando il tasso effettivo a circa 5 posti per 100.000 abitanti 0-17 anni.

Dinamica temporale del numero di minori con almeno un ricovero per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze

I disturbi psichiatrici e l'abuso di sostanze sono segnalati in letteratura come l'area clinica più rilevante rispetto all'impatto pandemico. A fronte di una tendenza storica dei ricoveri in costante e progressivo aumento in epoca pre-pandemica (+19% tra 2016 e 2019), nell'anno della pandemia si assiste a una diminuzione del 30% del numero di minorenni residenti in Lombardia con un ricovero ordinario per disturbi psichiatrici, sia per l'autolimitazione degli accessi per situazioni non urgenti avvenuta nel primo lockdown sia per la transitoria riduzione dei posti a disposizione (camere a 2 letti trasformate in camere singole) per garantire un'appropriata riduzione del rischio contagio.

In epoca post-pandemica, il numero di minori residenti in Lombardia con almeno un ricovero ordinario per disturbo psichiatrico risale invece nettamente e si

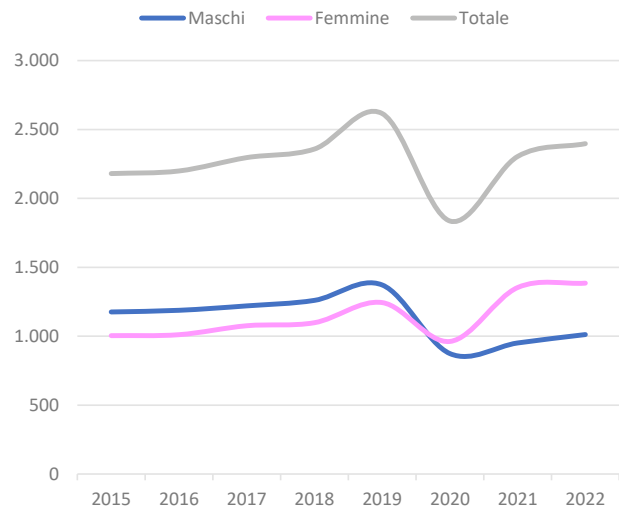
avvicina al numero del 2019 senza però raggiungerlo (-8,4% nel 2022). Rispetto al periodo pre-pandemico, si osserva un diverso andamento per il genere femminile. A partire dal 2020 il numero delle femmine ricoverate diviene infatti per la prima volta superiore a quello dei maschi e si mantiene tale negli anni successivi, e raggiunge e supera nel 2022 il numero delle ricoverate nel 2019 (+11%), mentre il numero di maschi si mantiene sostanzialmente in linea con il dato del 2020 e si stabilizza su un valore decisamente più basso di quanto osservato nel quinquennio precedente (nel 2022, -26% rispetto al 2019; -14% rispetto al 2015) (figura B.28).

Anche l'andamento della numerosità per classi di età appare suggestivo, evidenziando come la classe 14-18 anni sia quella maggiormente rappresentata (1.222 pazienti nel 2022) e presenti complessivamente un trend in costante aumento, salvo una limitata caduta nel 2020 (+26% tra 2016 e 2019; -18% nel 2020; +17% tra 2019 e 2022). Tutte le altre classi hanno numerosità molto più limitate (tra 200 e 300 utenti/anno ciascuna) e un andamento sostanzialmente stabile e senza aumenti post pandemici (figura B.29).

Prevalenza di minorenni con almeno un ricovero per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze

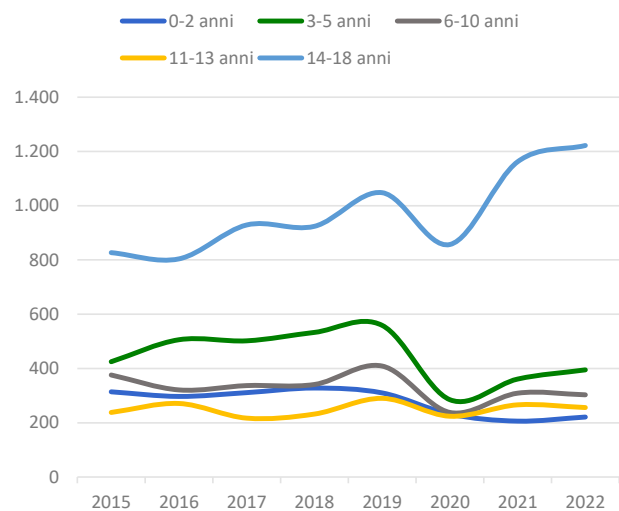
La prevalenza di soggetti minorenni che hanno avuto almeno un ricovero ordinario nel periodo 2015-2022 conferma l'andamento in crescita pre-pandemico (+20%), con valori lievemente più elevati nel sesso maschile fino al 2019. Nel 2020 si assiste a una notevole riduzione della prevalenza (-29%), più evidente nei maschi (-35%), per i quali scende decisamente anche al di sotto delle prevalenze osservate nel 2015, e meno evidente nelle femmine (-22%), per le quali la diminuzione raggiunge i valori del 2015-2016. A partire dal 2020 si osserva un'inversione rilevante tra maschi e femmine e si evidenzia un incremento delle prevalenze, molto marcato nelle femmine e meno nei maschi. Nei maschi, la prevalenza nel 2022 è ancora decisamente inferiore sia al 2019 (-23%) sia al 2015 (-10%), mentre nelle femmine è superiore al valore del 2019 (+16%), con un pattern di aumento decisamente differente rispetto a quello storico (figura 2.5).

Figura B.28 – Numero di soggetti con almeno un ricovero ordinario per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura B.29 – Numero di soggetti con almeno un ricovero ordinario per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Anche l'analisi della prevalenza per classi di età è particolarmente interessante, perché evidenzia un impatto della pandemia variabile nelle diverse classi di età, sia nel 2020 sia negli anni successivi.

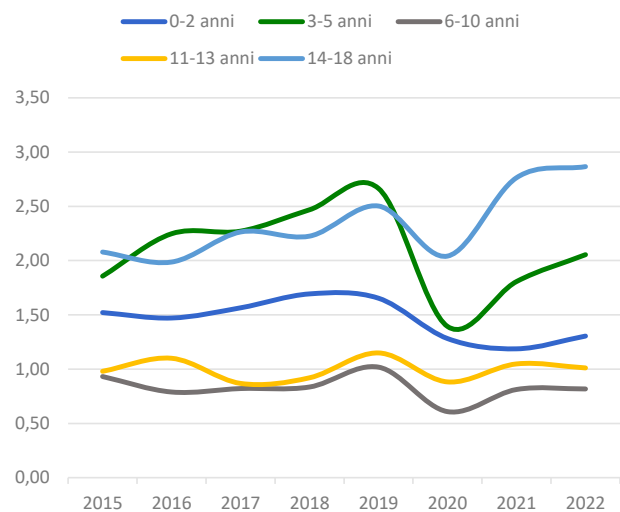
La classe 14-18 anni risulta essere quella con la minore diminuzione di ricoveri ordinari nel 2020 e il maggiore aumento tra 2019 e 2021, arrivando ad essere la classe di età con la maggiore prevalenza di utenti con ricoveri ordinari per disturbi psichiatrici o abuso di sostanze, con un aumento della prevalenza del 15% tra il 2019 e il 2022.

La classe 3-5 anni è invece quella che presenta la massima diminuzione nel 2020, con una ripresa solo parziale rispetto alle altre classi di età, stabilizzandosi nel 2022 a un livello inferiore rispetto al 2019 (-23%) e sostanzialmente in linea con la prevalenza del 2015 (figura B.30). Anche la classe 0-2 presenta una diminuzione post-pandemica rilevante (-21%), che la porta al di sotto dei valori del 2015. È possibile, sebbene da verificare, che questi ricoveri fossero da attribuire a disturbi del neurosviluppo ricoverati per conferma diagnostica anche tramite approfondimenti strumentali (neuro-radiologici, genetici), differiti perché non urgenti nel periodo pandemico e più difficilmente programmati nel periodo post pandemico per la carenza di posti letto.

Accessi medi per soggetto per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze

Il numero medio di ricoveri per paziente è un indicatore importante della gravità e complessità della casistica e degli esiti dei ricoveri stessi. La presenza di ricoveri ripetuti nello stesso utente, soprattutto se a breve distanza gli uni dagli altri, può essere considerato un indicatore di esito negativo del percorso di cura, sia ospedaliero sia territoriale. Nello specifico appare essere un possibile ulteriore indicatore dell'aumento della gravità e complessità dei quadri clinici per cui, dopo una prima dimissione, la bassa intensità di cura che può offrire il territorio non riesce a prevenire ricadute e nuovi ricoveri. Le differenze tra maschi e femmine già segnalate sono evidenti anche nel numero medio di ricoveri che, pur essendo sempre stato superiore nelle femmine rispetto ai maschi, evidenzia però un ulteriore aumento (+4%), con un

Figura B.30 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un ricovero ordinario per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

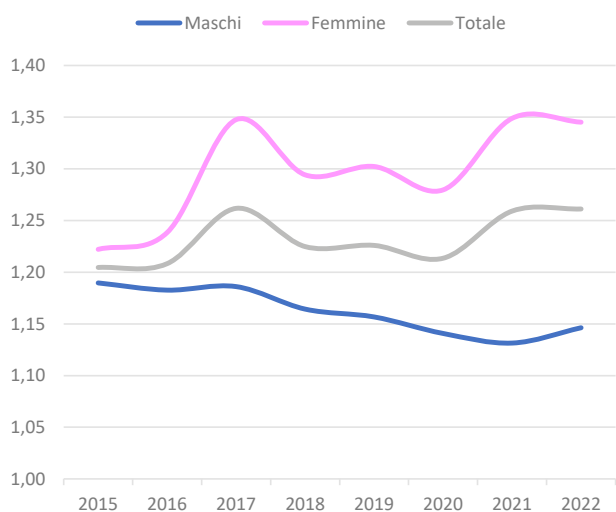
allargamento della forbice rispetto al numero medio di ricoveri nei maschi, che appare in diminuzione stabile dal 2017. Aumenta inoltre la percentuale di utenti che hanno avuto più di un ricovero nell'anno, che era del 13,7% nel 2015, diviene del 14,7% nel 2019 e raggiunge il 17,3% del totale nel 2022 (figura B.31).

Giornate di degenza e reparti di ricovero per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze

Il numero totale delle giornate di degenza apporta informazioni sul livello di saturazione dei posti letto disponibili ed è inoltre la base per il calcolo delle degenze medie e dei fabbisogni di posti letto. Il reparto in cui è avvenuto il ricovero apporta invece informazioni sull'appropriatezza organizzativa del ricovero stesso, ovvero se il paziente sia stato o meno ricoverato nel luogo più appropriato per garantirgli le migliori cure.

Per i minorenni, infatti, il reparto di ricovero dovrebbe essere non solo appropriato per tipologia di disturbo, ma anche per età, organizzato quindi in modo da tenere conto degli specifici bisogni evolutivi, come ben indicato nella Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale e dalla Convenzione ONU dei diritti del fanciullo.

Figura B.31 – Numero medio di ricoveri ordinari per soggetto per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze

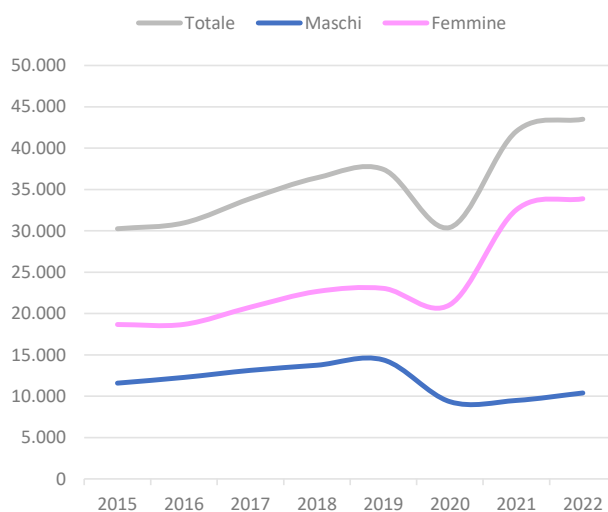


Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Il numero di giornate di degenza complessiva per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze dei minorenni residenti in Lombardia evidenzia un aumento rilevante in epoca pre-pandemica (+21%), una caduta nel 2020 seguita da un aumento nel 2021 e stabilizzazione nel 2022 su un valore superiore del 16% a quello del 2019. Anche in questo caso, l'aumento appare particolarmente evidente nelle femmine (+44% dal 2019), nelle quali la diminuzione nel 2020 era stata minima, mentre nei maschi il numero di giornate di degenza cala del 35% nel 2020 e sostanzialmente si stabilizza su tale valore negli anni successivi (figura B.32). Entrambi questi dati parrebbero confermare l'ipotesi di un aumento della gravità e complessità dei quadri, soprattutto nelle femmine.

La stratificazione per tipologia di reparto di degenza in cui è avvenuto il ricovero conferma purtroppo il dato già ampiamente noto, ovvero come solo una piccola parte dei ricoveri ordinari di minorenni con disturbi psichiatrici riesca ad avvenire in degenze appropriate per età e tipologia di disturbi (degenza NPIA). Mentre tale fenomeno, almeno in Lombardia, appariva in parziale diminuzione/stabilizzazione negli anni pre pandemici, anche grazie all'apertura dei due

Figura B.32 – Giornate di degenza di ricoveri ordinari per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze

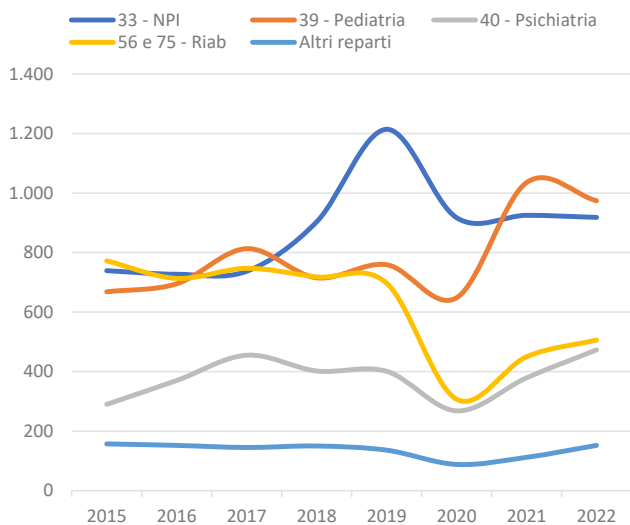


Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

nuovi reparti di NPIA di Milano e Varese, con +67% di aumento del numero totale di ricoveri per disturbi psichiatrici in NPIA tra 2016 e 2019, passando da 727 ricoveri (27% del totale dei ricoveri) a 1.214 ricoveri (37,9% del totale), l'impatto della pandemia ha ridotto in modo rilevante il numero di ricoveri in NPIA (ricordiamo la riduzione del numero di letti per le indicazioni per la prevenzione del contagio e la conseguente trasformazione di stanze a 2 letti in stanze a 1 letto), con una diminuzione del 24% tra 2019 e 2022 (918 ricoveri). Il numero di ricoveri in psichiatria appare invece in aumento (+18% nel 2022 con 473 ricoveri rispetto al 2019, quando i ricoveri erano stati 401), sebbene riguardi un numero limitato di ragazzi di cui una parte potrebbero avere già compiuto 18 anni. Soprattutto appare in grande aumento il numero di ricoveri in pediatria (+28% dal 2019, passando da 759 a 974 ricoveri) che avendo maggiore disponibilità di posti letto hanno addirittura superato il numero di ricoveri in NPIA (figura B.33).

Se consideriamo le percentuali relative di ricoveri avvenute nei tre reparti, i ricoveri in NPIA erano il 28% del totale nel 2015, divengono il 37,9% nel 2019 per poi scendere al 30,4% nel 2022. I ricoveri in pediatria

Figura B.33 – Numero di ricoveri ordinari per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze, per reparto



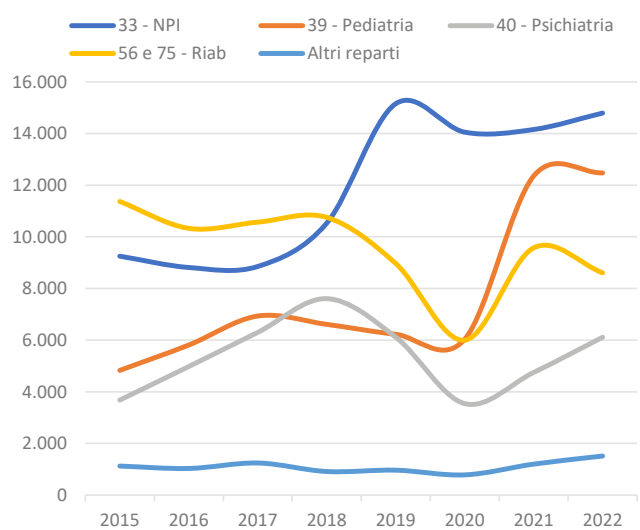
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

erano il 25,4% del totale nel 2015, scendono al 23,7% nel 2019, per poi salire fino al 32,2% nel 2022. I ricoveri in psichiatria adulti invece erano l'11% del totale nel 2015, salgono al 12,5% nel 2019 e poi al 15,6% nel 2022. I ricoveri in altri reparti, inclusa la riabilitazione, diminuiscono dal 35,4% del 2015 al 26% del 2019 al 21,8% del 2022.

Va segnalato che in alcuni reparti pediatrici, per fare fronte all'emergenza, sono stati organizzati letti tecnici di NPIA, gestiti dalle UONPIA, e che pertanto il dato dei ricoveri pediatrici include anche tale tipologia di ricoveri.

L'analisi dei reparti di dimissione è particolarmente interessante anche rispetto alle giornate di degenza, perché conferma come in epoca post-pandemica vi sia stato un recupero in tutti i reparti dopo la flessione del 2020, che ha riportato NPIA e psichiatria ai livelli del 2019, con rispettivamente circa 15.000 giornate e circa 6.000, mentre vi è stato un aumento particolarmente rilevante in pediatria, con un raddoppio delle giornate tra il 2019 (6.227 giornate) e il 2022 (12.477 giornate). Le degenze medie si sono allungate, in particolare in NPIA e in pediatria, a evidenziare verosimilmente una sempre maggiore saturazione del sistema, e un aumento delle situazioni complesse e multiproblema-

Figura B.34 – Giornate di degenza di ricoveri ordinari per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze, per reparto



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

tiche, di difficile dimissione in assenza di possibilità di interventi adeguatamente intensivi (figura B.34).

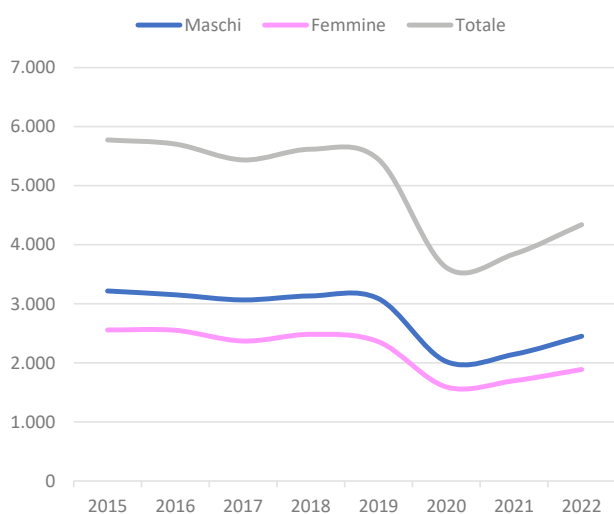
Dinamica temporale del numero di minorenni con almeno un ricovero ordinario per disturbi neurologici

Il numero di minorenni residenti in Lombardia che hanno avuto almeno un ricovero ordinario per motivi neurologici era già in diminuzione in epoca pre-pandemica (-5%) e mostra un calo netto con la pandemia (5.445 ricoveri nel 2019 e 3.616 nel 2020; -34%), che non pare mostrare un pieno recupero in epoca post-pandemica (4.341 ricoveri nel 2022; -20% rispetto al 2019) né il raggiungimento del trend pre-pandemico (figura B.35). È possibile che la diminuzione dei ricoveri sia correlata a una maggiore saturazione dei letti per altre tipologie di disturbi, in particolare psichiatrici, e per la necessità in alcuni periodi di garantire una stanza disponibile per gli eventuali pazienti COVID positivi che necessitavano di isolamento, critica soprattutto per i reparti di NPIA, ma anche che la pandemia abbia condotto a una maggiore attenzione a limitare i ricoveri ordinari per disturbi neurologici alle sole situazioni in cui era strettamente indispensabile, sviluppando maggiormente



Foto di Cottonbro Studio su Pexels

Figura B.35 – Numero di soggetti con almeno un ricovero ordinario per disturbi neurologici



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

altre modalità di gestione e cura. Va ricordato che nel grafico non sono inclusi i ricoveri di utenti residenti extraregione, che nei centri di terzo livello (es IRCCS Besta, IRCCS Mondino) sono molto rilevanti in particolar modo per i disturbi neurologici.

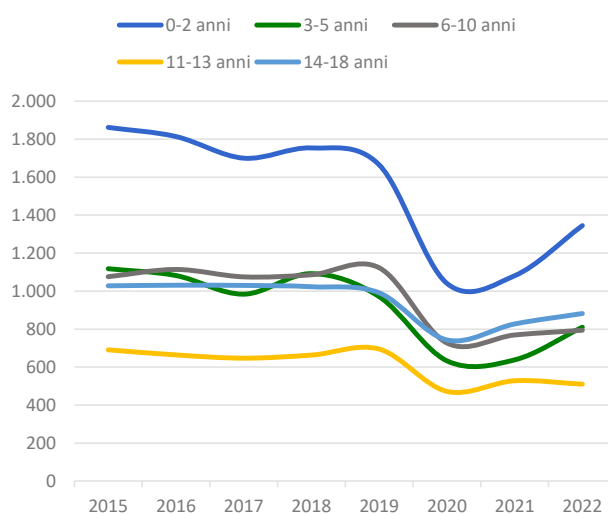
La diminuzione del numero di ricoveri neurologici causata dalla pandemia è evidente trasversalmente a tutte le classi di età, ma particolarmente marcata nella classe di età 0-2 anni (-37% tra 2019 e 2020), con un recupero solo parziale negli anni successivi (-19% tra 2019 e 2022). Ciononostante, la classe 0-2 resta la classe di età che include il maggior numero di ricoveri neurologici (figura B.36).

Prevalenza di minorenni con almeno un ricovero ordinario per disturbi neurologici

L'andamento delle prevalenze di minori residenti con almeno un ricovero per disturbo neurologico conferma il calo presente nei valori assoluti, sebbene lievemente meno marcato (-33% tra 2019 e 2020; -17% tra 2019 e 2022) (figura 2.8).

Anche l'andamento della prevalenza dei ricoveri per classi di età vede una caduta maggiore nelle classi di età che partivano da prevalenze più alte, come la classe 0-2

Figura B.36 – Numero di soggetti con almeno un ricovero ordinario per disturbi neurologici



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

(-35% tra 2019 e 2020) e 3-5 (-33%), nelle quali verosimilmente il margine di ricoveri evitabili era maggiore, in particolare nei reparti di degenza pediatrica, meno specifici (es ricoveri per convulsioni febbrili o altro in cui la pressione è più correlata all'ansia che non alla necessità effettiva di gestire il disturbo in ambito di degenza ospedaliera). In entrambe le classi di età citate, il recupero post pandemico è solo parziale (tra 2019 e 2022, -11% per 0-2 anni, -9% per 3-5anni) (figura B.37). NB Le classi 6-10, 11-13 e 14-18 anni sono sovrapposte

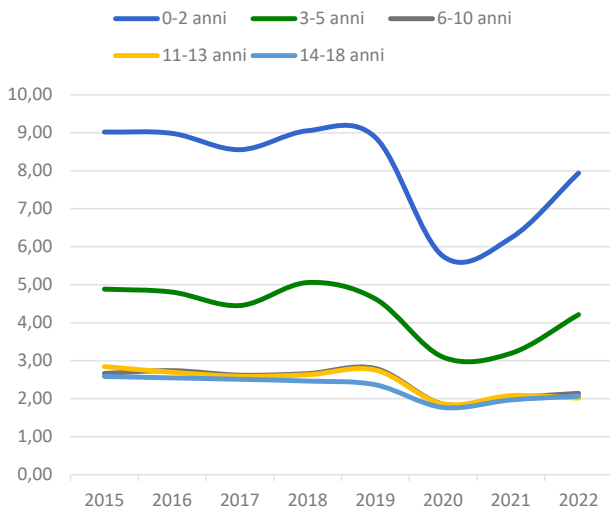
Accessi medi per soggetto per disturbi neurologici

Per quanto riguarda il numero medio di ricoveri per utente, non si notano differenze significative nel tempo, solo minime oscillazioni (figura B.38). Appare inoltre significativo evidenziare come sia il numero sia la percentuale di pazienti con più di un ricovero si riduca progressivamente dal 2015 al 2022, passando dall'11,1% al 10% del totale dei pazienti con almeno un ricovero.

Giornate di degenza e reparti di ricovero per disturbi neurologici

Anche l'andamento delle giornate di degenza dei ricoveri neurologici appare in diminuzione già in

Figura B.37 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un ricovero ordinario per disturbi neurologici

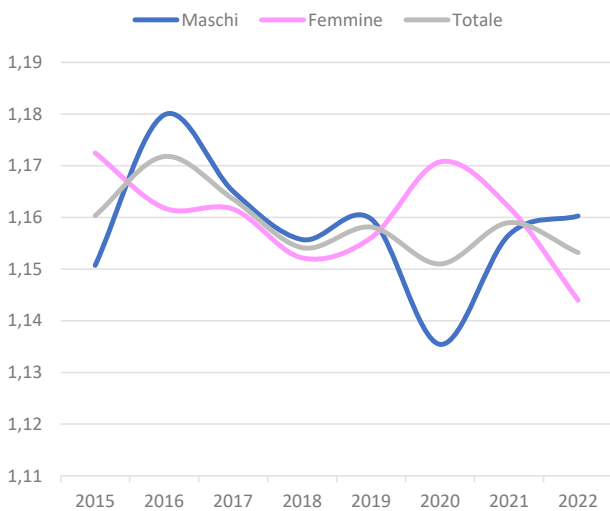


Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

epoca pre-pandemica (-7%), con un ulteriore decremento in epoca pandemica (-30% nel 2020 rispetto al 2019, passando da 38.911 giornate a 27.290 giornate) e solo un parziale recupero negli anni successivi (33.674 giornate nel 2022; -13% rispetto al 2019). Il recupero appare più evidente nei maschi (-9% nel 2022 rispetto al 2019), mentre le femmine sembrerebbero attestarsi poco sopra i valori del 2020 (-18% nel 2022 rispetto al 2019) (figura B.39).

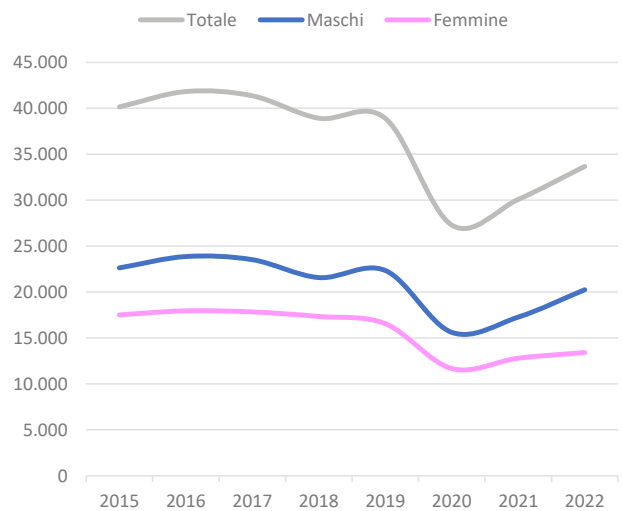
L'analisi dell'andamento sia dei ricoveri nei diversi reparti sia delle giornate di degenza per reparto evidenzia ancora più chiaramente la trasversalità della diminuzione nel 2020, con successivo parziale recupero in tutti i reparti tranne per quelli di NPJA, nei quali sia il numero di ricoveri sia il numero di giornate di ricovero si stabilizza sui valori del 2020, molto probabilmente sotto la pressione dei ricoveri psichiatrici che determinano un ulteriore sposta-

Figura B.38 – Numero medio di ricoveri ordinari per soggetto per disturbi neurologici



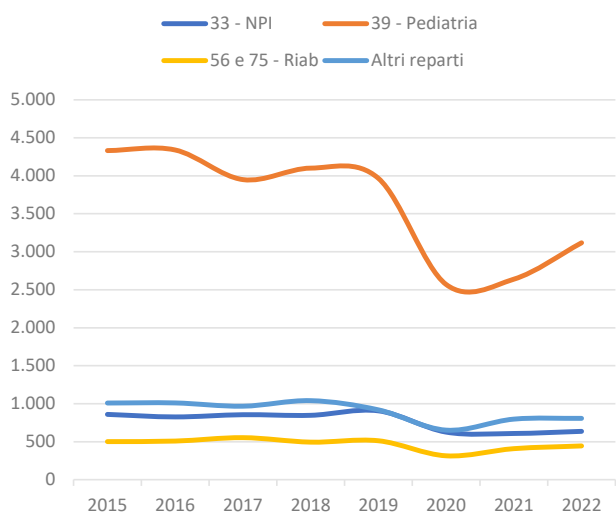
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura B.39 – Giornate di degenza di ricoveri ordinari per disturbi neurologici, per sesso (2015-2022)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura B.40 – Numero di ricoveri ordinari per disturbi neurologici, per reparto (2015-2022)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

mento verso reparti meno appropriati ed in particolare verso le pediatrie, che disponendo di un maggior numero di posti letto riescono ad accogliere anche questa tipologia di pazienti (figure B.40 e B.41).

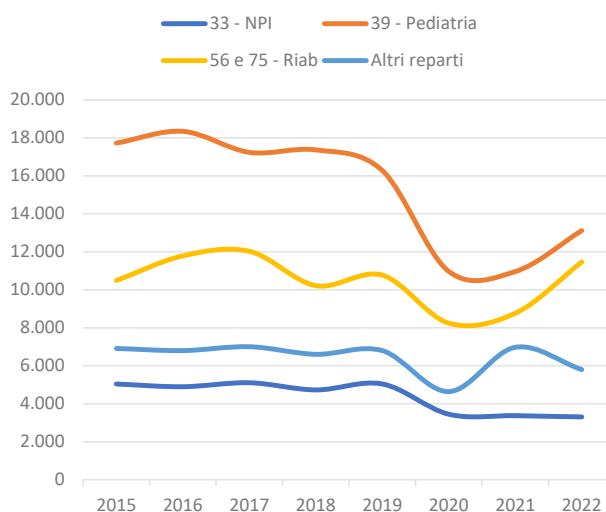
B.3. Residenzialità terapeutica

Percorsi residenziali terapeutici di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

I percorsi residenziali terapeutici di NPIA rappresentano una delle possibili tipologie di intervento per gli utenti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, necessità di interventi riabilitativo-terapeutici frequenti, intensivi, multipli e coordinati non erogabili in altri ambiti a minore intensità assistenziale e in presenza dell'indicazione a una temporanea discontinuità con il contesto di vita. La durata di tali percorsi dovrebbe essere limitata, al massimo di 12-24 mesi.

L'analisi degli andamenti degli utenti in residenzialità terapeutica è particolarmente complessa e rilevante e richiederebbe un approfondimento maggiore, che vada oltre sesso e classi di età per considerare alcune variabili rilevanti emerse in analisi precedenti, quali la durata complessiva, i trasferimenti tra strutture, la

Figura B.41 – Giornate di degenza di ricoveri ordinari per disturbi neurologici, per reparto (2015-2022)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

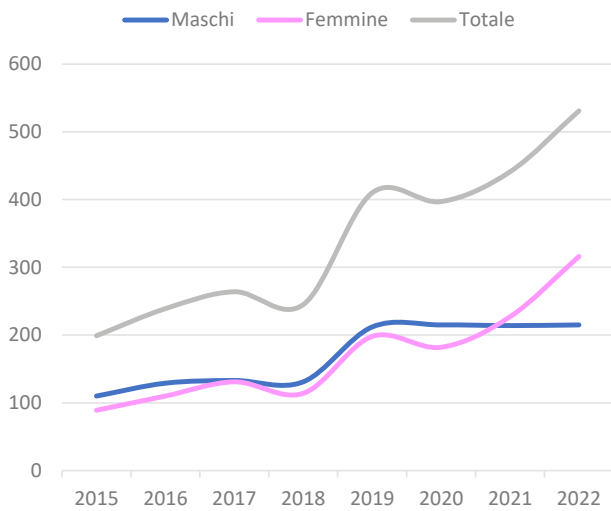
percentuale di persone con storia di adozione ed altre. Ciononostante i dati qui riportati permettono di effettuare alcune importanti riflessioni preliminari.

Dinamica temporale del numero di minorenni con almeno un percorso residenziale terapeutico

L'andamento del numero di soggetti con almeno un percorso in residenzialità terapeutica evidenzia un costante aumento dal 2015 al 2022 (+167%) con solo due rallentamenti, uno nel 2018 e uno nel 2020. Tale aumento, che in epoca pre-pandemica aveva riguardato sia maschi (+64%) che femmine (+80%), a partire dagli anni post pandemici appare riguardare quasi esclusivamente le femmine (+60%), che superano ampiamente in numerosità i maschi. Nel 2022, le ragazze con almeno un inserimento residenziale sono 316 (erano 85 nel 2015) mentre i ragazzi sono 215 (erano 110 nel 2015) (figura B.42).

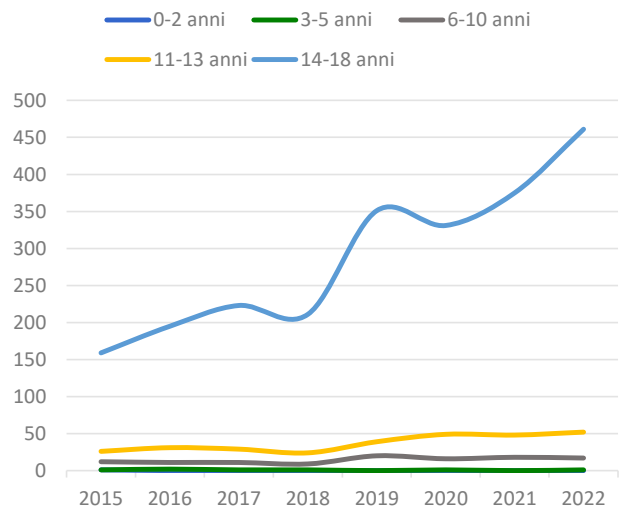
L'aumento è quasi integralmente a carico della fascia di età 14-18 (+190%; 461 ragazzi nel 2022, erano 159 nel 2015), sebbene sia evidente un aumento anche nella fascia 11-13 (+100%; 52 ragazzi nel 2022, erano 26 nel 2015), che comunque presenta una numerosità complessiva decisamente più limitata (figura B.43).

Figura B.42 – Numero di soggetti con almeno un percorso di residenzialità terapeutica, per sesso (2015-2022)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura B.43 – Numero di soggetti con almeno un percorso di residenzialità terapeutica, per classe d'età (2015-2022)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Prevalenza di minori con almeno un percorso residenziale terapeutico

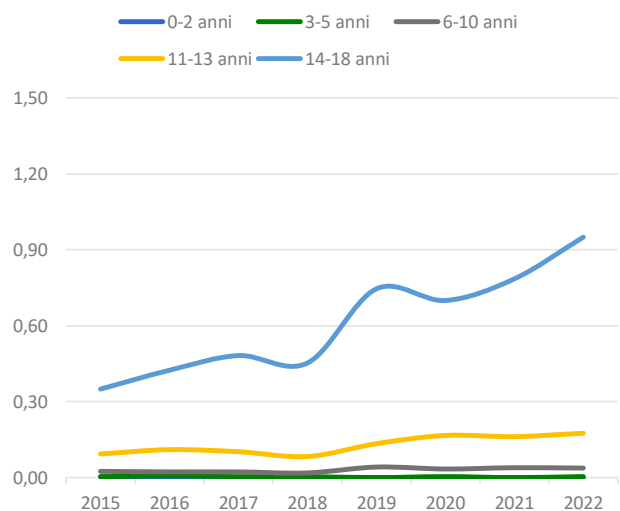
Anche nelle prevalenze, sebbene l'ordine di grandezza sia molto limitato, è evidente un primo netto aumento tra il 2016 (0,14 per 1.000) e il 2019 (0,24 per 1.000) e un secondo rilevante aumento tra il 2019 e il 2022, quando la prevalenza diviene 0,31 per 1.000. A partire dal 2020, la prevalenza dei maschi si mantiene stabile, intorno allo 0,24 per 1.000, mentre nelle femmine raggiunge lo 0,39 per 1.000 (figura 2.6).

Nella classe di età 14-18, la prevalenza di inserimenti in strutture residenziali terapeutiche passa da 0,42 per 1.000 nel 2016 a 0,75 per 1.000 nel 2019 a 0,95 per 1.000 nel 2022. Anche in questo caso, l'incremento è già molto marcato in epoca pre-pandemica, sebbene abbia un'ulteriore crescita post-pandemica (figura B.44).

Giornate di trattamento

L'andamento del numero di giornate di trattamento residenziale terapeutico appare sostanzialmente in linea con l'andamento del numero di utenti, con un incremento complessivo del 163% tra il 2015 e il 2022, sebbene con un pattern lievemente differente.

Figura B.44 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un percorso di residenzialità terapeutica, per classe d'età (2015-2022)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

L'incremento pre-pandemico riguarda in modo analogo sia maschi che femmine, senza diminuzioni significative nel 2020. In epoca post-pandemica, il numero delle giornate nei maschi resta stabile mentre è presente un aumento marcato nelle femmine (+62%), le cui giornate di trattamento superano però in numerosità quelle dei maschi solo a partire dal 2021. Nel 2022, le giornate di trattamento residenziale terapeutico delle ragazze sono 64.167 (erano 20.305 nel 2015) mentre quelle dei ragazzi sono 52.073 (erano 23.847 nel 2015) (figura B.45). Anche per le giornate di inserimento, l'aumento è quasi integralmente a carico della fascia di età 14-18, con un incremento molto marcato tra il 2018 e il 2019, seguito da un andamento stabile fino al 2021 ed un nuovo aumento rilevante tra 2021 e 2022 (97.876 giornate nel 2022, erano 35.358 nel 2015), sebbene sia evidente un aumento anche nella fascia 11-13 (13.684 giornate nel 2022, erano 5.964 nel 2015), che comunque presenta una numerosità complessiva decisamente più limitata (figura B.46).

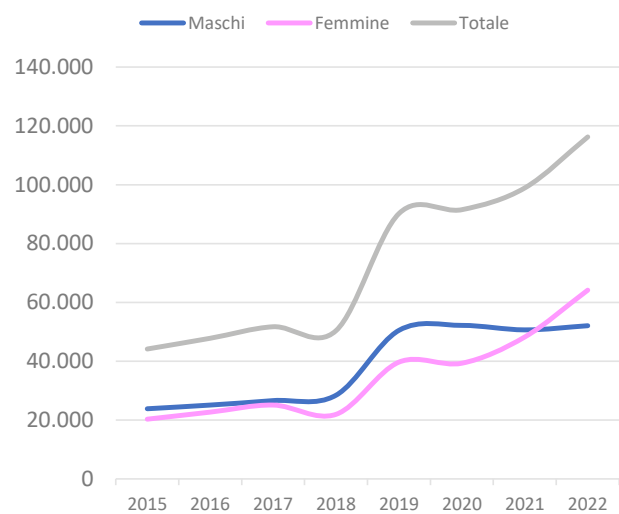
B.4. Andamenti nelle diverse ATS regionali

Le 8 Agenzie di Tutela della Salute (ATS) hanno funzioni di programmazione e controllo in ambito sanitario e sociosanitario regionale. I raggruppamenti territoriali di riferimento di ciascuna ATS sono stati costituiti su base geografica e rappresentano zone abbastanza omogenee (metropolitane, industriali, montane, agricole), sebbene con estensioni territoriali, di popolazione e caratteristiche socioeconomiche molto variabili tra loro. L'analisi dei diversi servizi erogati (prestazioni ambulatoriali, accessi in PS, ricoveri ordinari, residenzialità, farmaceutica, etc.) nelle singole ATS e dei possibili diversi andamenti pre-pandemici e post-pandemici è particolarmente importante per sviluppare riflessioni sulle diverse risposte locali e sul possibile impatto della pandemia. Stante il diverso impatto della denatalità nelle diverse ATS, i confronti sono effettuati sulle prevalenze.

I codici delle ATS sono i seguenti:

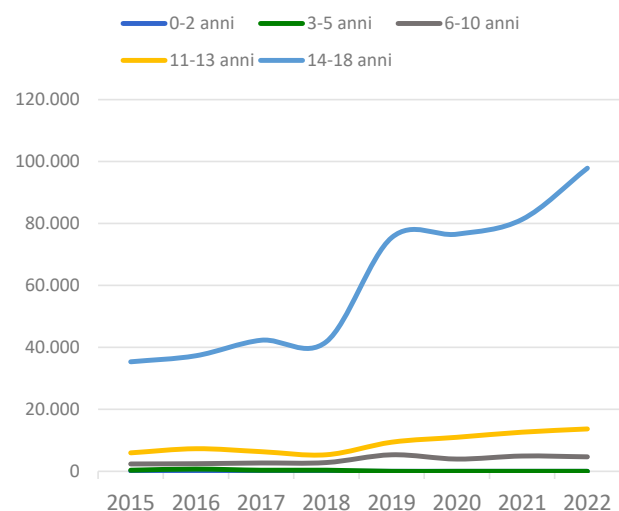
- 321 ATS DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO
- 322 ATS DELL'INSUBRIA

Figura B.45 – Giorni di trattamento di percorso di residenzialità terapeutica, per sesso (2015-2022)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura B.46 – Giorni di trattamento di percorso di residenzialità terapeutica, per classe d'età (2015-2022)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

- 323 ATS DELLA MONTAGNA
- 324 ATS DELLA BRIANZA
- 325 ATS DI BERGAMO
- 326 ATS DI BRESCIA
- 327 ATS DELLA VAL PADANA
- 328 ATS DI PAVIA

Prestazioni ambulatoriali NPIA

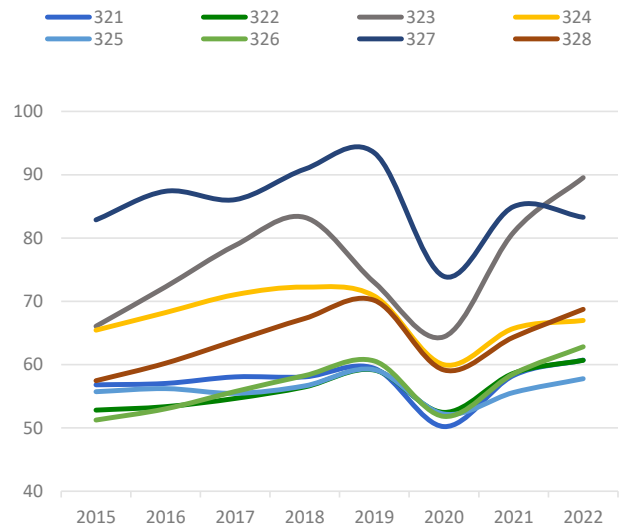
Nella maggior parte delle ATS, dopo una lieve diminuzione nel 2020, le prevalenze di minorenni seguiti in ambito ambulatoriale si collocano nel 2022 tra 60 e 70 per 1.000, recuperando gli andamenti pre-pandemici con una diminuzione della variabilità tra i diversi territori. Fanno eccezione la ATS Val Padana, con valori sempre nettamente superiori alle altre ATS sia in epoca pandemica sia in epoca post-pandemica, e ATS Montagna, con un andamento in rilevante aumento che la porta alla maggiore prevalenza regionale. (figura B.47).

Nel 2022, Bergamo, Brescia, Milano e Insubria si collocano nel gruppo a minore prevalenza di accesso ai servizi ambulatoriali di NPIA, con prevalenze intorno al 60 per 1.000, mentre Pavia e Brianza si collocano nella fascia intermedia, con prevalenze poco sotto 70 per 1.000. ATS della Montagna e ATS Val Padana si collocano nella fascia di maggiore prevalenza, tra l'80 e il 90 per 1.000, sebbene la prevalenza in ATS Montagna sia in costante crescita mentre quella di ATS Val Padana sia in parziale diminuzione (figura B.47). La maggiore caduta nel 2020 è stata osservata in ATS Val Padana (figura B.47).

Prestazioni ambulatoriali nei flussi di psichiatria dell'adulto

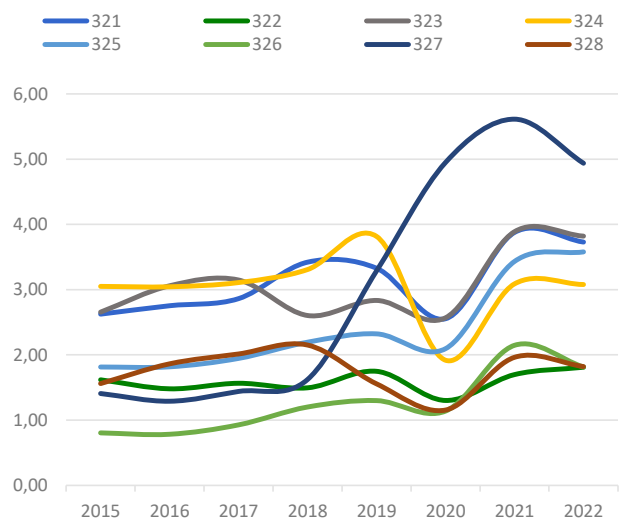
Assai più variabili tra ATS le prestazioni ambulatoriali per minorenni o neomaggiorenni nell'ambito delle UOP di psichiatria dell'adulto, sia in epoca pre-pandemica che pandemica e post pandemica, con variazioni tra esse di 3-5 volte. In particolare, nel 2022, la prevalenza di ATS Val Padana raggiunge il 5 per 1.000, mentre ATS Pavia, Brescia e Insubria si collocano poco sotto il 2 per 1.000). Le restanti ATS si collocano tra il 3 e il 4 per 1.000 (figura B.48).

Figura B.47 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno una prestazione ambulatoriale nei servizi di NPIA, per ATS (2015-2022)



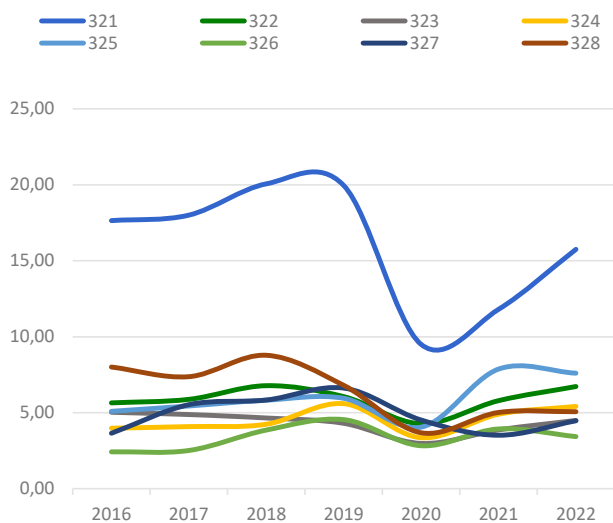
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura B.48 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno una prestazione nell'unità di psichiatria, per ATS (2015-2022)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura B.49 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un accesso in PS per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze



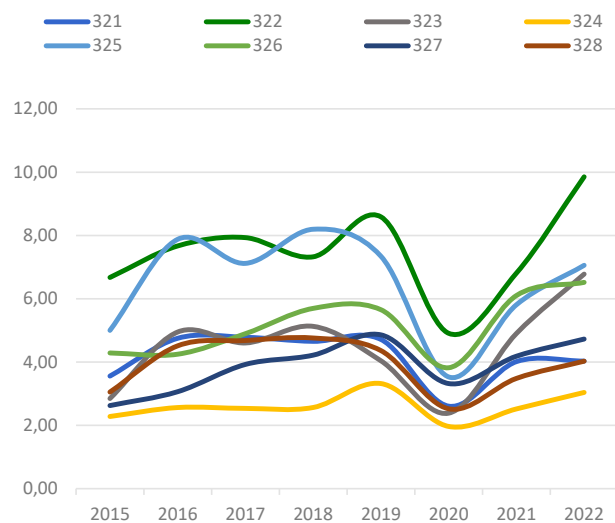
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Pronto soccorso

Nel caso della prevalenza di accessi in PS per disturbi psichiatrici o abuso di sostanze, sembra esservi una maggiore omogeneità, con una rilevante discrepanza tra ATS Milano e le altre ATS, a tendere in lieve diminuzione. La maggior parte delle ATS si collocano su prevalenze comprese tra 4 e 8 per 1.000, con andamento abbastanza stabile nel tempo e con una progressiva diminuzione della variabilità tra i diversi territori. Fa eccezione ATS Bergamo, che vede un netto aumento della prevalenza post-pandemica, passando da circa il 5 per 1.000 del 2019 a circa l'8 per 1.000 del 2022 (figura B.49).

Più disomogenee invece le prevalenze di accessi al PS per disturbi neurologici nelle diverse ATS, che nel 2015 sono comprese tra poco più del 2 per 1.000 di ATS Brianza e circa il 7 per 1.000 di ATS Insubria. Entrambe si confermano le ATS con la minore e maggiore prevalenza anche nel 2022, salendo però a circa il 3 per 1.000 per ATS Brianza e a ben il 10 per 1.000 per ATS Insubria. ATS Pavia, ATS Milano e ATS Val Padana si collocano nel gruppo con minori prevalenze, intorno al 4 per 1.000 nel 2022, sebbene con andamenti abbastanza stabili nel tempo per Milano, oscillanti per Pavia e in aumento

Figura B.50 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un accesso in PS per disturbi neurologici



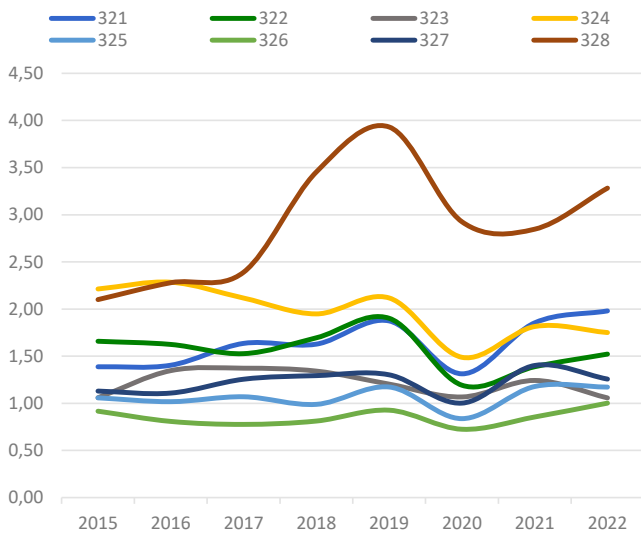
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

per Val Padana. Brescia, Bergamo e Sondrio si collocano invece nel gruppo con le maggiori prevalenze, intorno al 7 per 1.000, anche in questo caso con andamenti molto variabili nel tempo, in aumento per Brescia (era al 4 per 1.000 nel 2015 e al 6 per 1.000 nel 2019) e Sondrio (era al 3 per 1.000 nel 2015 e al 4 per 1.000 nel 2019) mentre Bergamo evidenzia una crescita molto rilevante pre-pandemica (dal 5 all'8 per 1.000 tra il 2015 e il 2019), una caduta particolarmente rilevante nel 2020, che giunge a meno del 4 per 1.000, e un recupero parziale negli anni post-pandemici fino al 7 per 1.000 del 2022 (figura B.50).

Ricovero ordinario

L'analisi della prevalenza di ricoveri ordinari per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze di minorenni residenti in Lombardia evidenzia differenze di prevalenza rilevanti tra le diverse ATS, anche in questo caso più marcate in epoca pre-pandemica. In epoca post-pandemica la forbice si riduce parzialmente, benché la discrepanza tra prevalenza minima e massima resti rilevante anche nel 2022, con 1 per 1.000 per ATS Brescia e circa il doppio per ATS Milano. Fa eccezione ATS Pavia, che raddoppia la propria prevalenza di ricoveri tra il 2017 e il 2019 e che in epoca post-pande-

Figura B.51 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un ricovero ordinario per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze

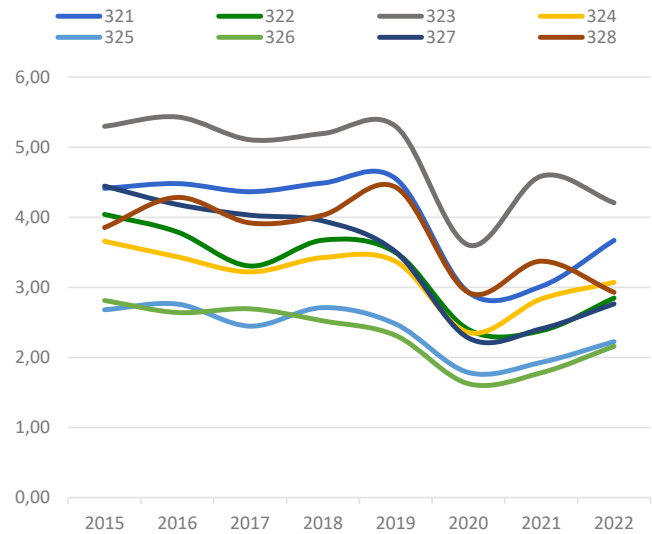


Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

mica, pur con un andamento in parziale diminuzione, presenta una prevalenza di quasi 3,5 per 1.000, più di 3 volte superiore a Brescia e quasi 2 volte superiore ad ATS Milano. Le ATS nelle quali è presente un reparto di NPIA presentano complessivamente prevalenze di pazienti con almeno un ricovero superiori a quelle delle 3 ATS in cui non è presente un reparto di NPIA (323, 325 e 327), con l'unica eccezione di ATS Brescia che, pur avendo un reparto di NPIA presenta la più bassa prevalenza di pazienti ricoverati (figura B.51).

L'analisi delle prevalenze di ricoveri neurologici nelle diverse ATS parrebbe anch'essa confermare un impatto della pandemia nella riduzione di ricoveri neurologici, con una maggiore omogeneità post-pandemica delle prevalenze tra ATS, che nel 2022 si collocano tra il 2 e il 3 per 1.000 e una differenza significativa soprattutto nell'ATS della Montagna e nell'ATS di Milano (4 per 1.000) (figura B.52). Nella prima, è possibile vi sia un impatto particolare anche delle distanze e dell'accessibilità delle strutture di ricovero. La diminuzione parrebbe almeno in parte essere tanto più marcata quanto maggiore era la prevalenza di partenza. Nel complesso però le prevalenze nei minorenni di ricoveri per disturbi neurologici restano quasi

Figura B.52 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un ricovero ordinario per disturbi neurologici



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

il doppio di quelle per ricoveri per disturbi psichiatrici (figure B.51 e B.52).

Va ricordato che il calcolo delle prevalenze è effettuato sui residenti nella singola ATS, indipendentemente da dove sia avvenuto il ricovero.

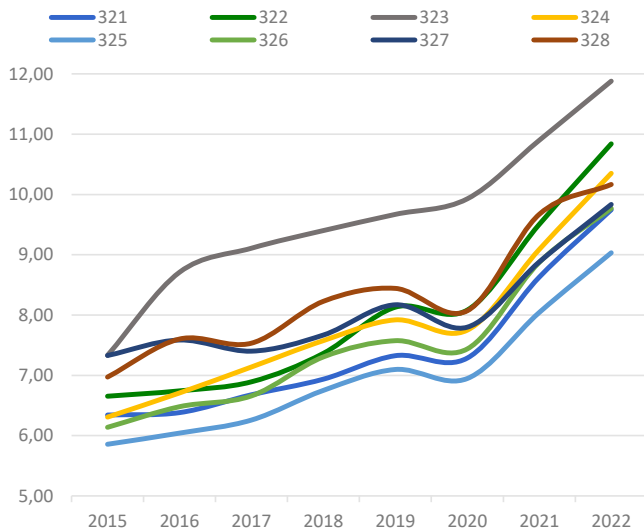
Farmaceutica territoriale

Nonostante le differenze di prevalenza di minorenni con almeno una prescrizione psicofarmacologica tra le diverse ATS e la presenza di prevalenze particolarmente elevate nell'ATS della Montagna, l'andamento complessivo in aumento in questo caso è trasversale, passando dalle prevalenze tra 6 e 7,5 per 1.000 del 2015 a quelle tra 7 e 8,5 per 1.000 del 2019 e infine alle prevalenze tra 9 e 11 per 1.000 del 2022. Fa eccezione ATS Montagna, che passa dal 7,5 per 1.000 del 2015 al 9,7 per 1.000 del 2019 al 12 per 1.000 del 2022 (figura B.53).

Residenzialità terapeutica

Nell'ambito della residenzialità terapeutica si conferma l'aumento generalizzato trasversale a tutto il territorio regionale ma, a differenza degli altri livelli assistenziali, la disomogeneità delle prevalenze tra ATS appare aumen-

Figura B.53 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno una prescrizione farmaceutica

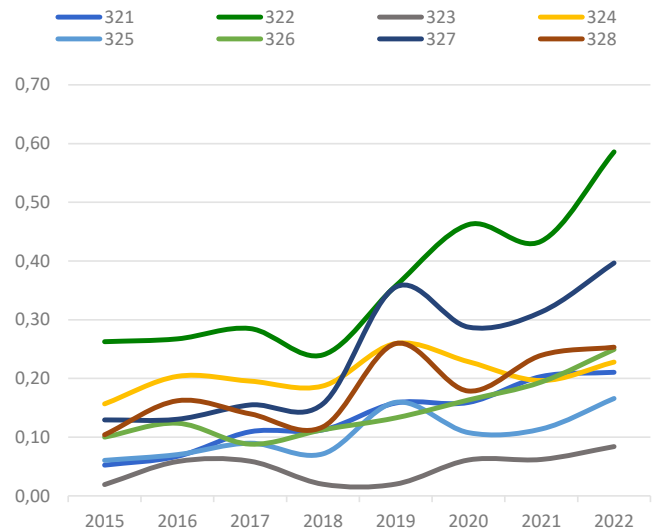


Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

tare nettamente nel tempo e in particolare in epoca post-pandemica, passando da prevalenze comprese tra 0,05 e 0,26 per 1.000 (che implicano comunque una differenza di più di 5 volte) a prevalenze comprese tra 0,08 e 0,59 per 1.000 ed una differenza di 7 volte tra minimo e massimo, con la maggior parte delle ATS che nel 2022 si collocano intorno allo 0,20 per 1.000.

La massima prevalenza di minorenni con percorsi residenziali terapeutici e il massimo aumento nel tempo si evidenzia in ATS Insubria, che passa dallo 0,26 per 1.000 del 2015 allo 0,59 per 1.000 del 2022. La minima prevalenza si riscontra in ATS Montagna, che seppure mostri un consistente aumento tra il 2015 e il 2022, si assesta sullo 0,08 per 1.000. Particolarmente rilevante anche l'aumento di ATS Val Padana, che in epoca pre-pandemica passa dallo 0,13 per 1.000 del 2015 allo 0,36 per 1.000 del 2019 e in epoca post-pandemica prosegue l'incremento a raggiungere lo 0,40 per 1.000. Abbastanza simili tra loro l'andamento di Milano e Bergamo, che passano dallo 0,05 del 2015 allo 0,17 per 1.000 di Bergamo e 0,21 per 1.000 di Milano nel 2022, sebbene Bergamo mostri una rilevante diminuzione nel 2020 che non è presente per Milano. Anche ATS Pavia, Brescia e Brianza si collocano intorno allo 0,25 per 1.000 nel

Figura B.54 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un percorso di residenzialità terapeutica



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

2022, con andamenti oscillanti nel tempo e prevalenze che nel 2015 erano comprese tra 0,10 e 0,16 per 1.000 (figura B.54).

B.5. Comportamenti autolesivi e suicidari

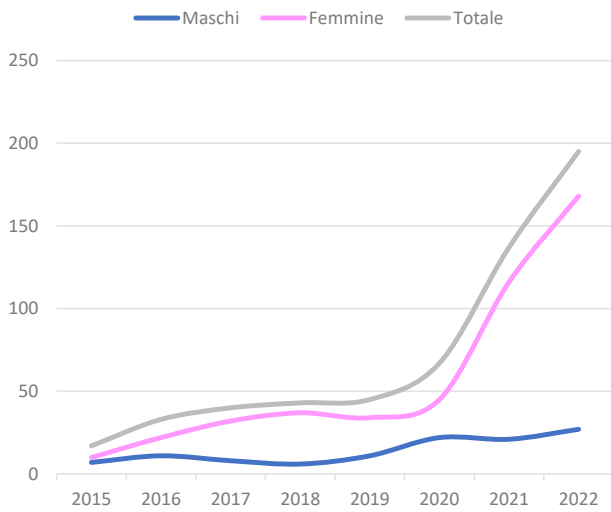
Accessi in Pronto soccorso

Sebbene i valori assoluti siano molto piccoli e certamente sottostimati data la nota presenza di bias di rilevazione (solo 17 soggetti con accesso in PS registrato come ideazione suicidaria/comportamento autolesivo o suicidario nel 2015 sull'intero territorio regionale), essi mostrano un aumento progressivo tra il 2016 e il 2019 (i soggetti diventano 45, +36%) e un ulteriore aumento senza flessioni negli anni post pandemici (giungendo a 195 nel 2022, +333% dal 2019).

L'andamento è molto differente nei due sessi, con i maschi che presentano 11 soggetti sia nel 2016 che nel 2019, per passare a 27 nel 2022 (+145%), mentre le femmine passano da 22 soggetti nel 2016 a 34 nel 2019 (+54%) a 168 nel 2022 (+394%) (figura B.55).

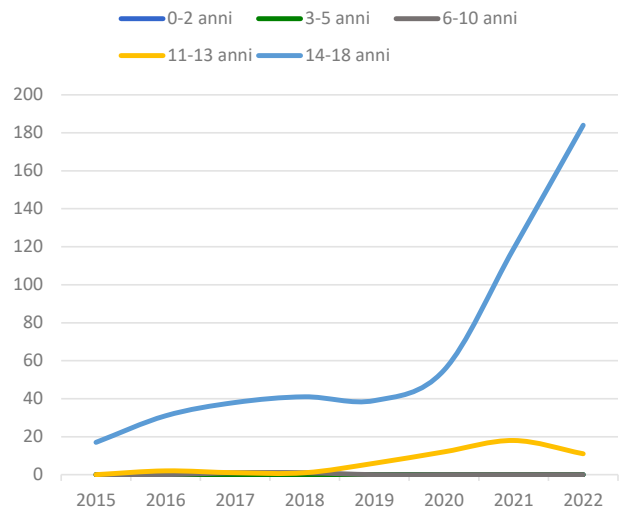
La classe di età 14-18 anni è la più numerosa, include il 91% dei soggetti e passa da 31 soggetti nel 2016 a 39

Figura B.55 – Numero di soggetti con almeno un accesso in PS per tentato suicidio o azione suicidaria



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura B.56 – Numero di soggetti con almeno un accesso in PS per tentato suicidio o azione suicidaria



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

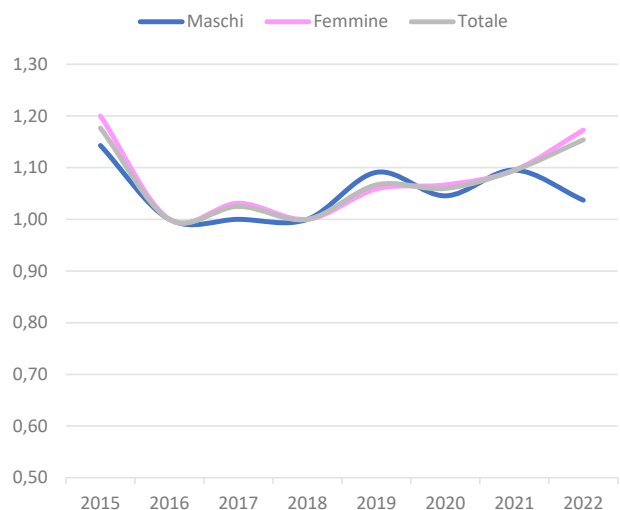
nel 2019 (+26%) a 184 nel 2022 (+372%). Nonostante la bassa numerosità, anche la classe di età 11-13 anni mostra un aumento molto consistente nel tempo, passando da 2 soggetti nel 2016 a 6 soggetti nel 2019, raggiunge un picco di 18 soggetti nel 2021 per poi scendere a 11 soggetti nel 2022 (figura B.56).

Il numero medio di accessi in PS per soggetto si mantiene abbastanza stabile nel tempo, salvo mostrare una lieve diminuzione nei maschi e un lieve aumento nelle femmine tra il 2021 e il 2022 (figura B.57). Particolarmente interessante appare l'analisi dei codici colore del triage, che vedono un netto aumento dei codici rossi (che passano da 1 nel 2016 a 6 nel 2019 a 11 nel 2022, passando inoltre dal 3 al 5% del totale) e dei gialli (stabili tra il 2016 e il 2019 con circa 21 accessi con codice giallo/anno, che aumentano poi in modo molto rilevante negli anni post pandemici per giungere a 118 nel 2022, ovvero il 56% del totale degli accessi) (figura B.58).

Ricovero ordinario

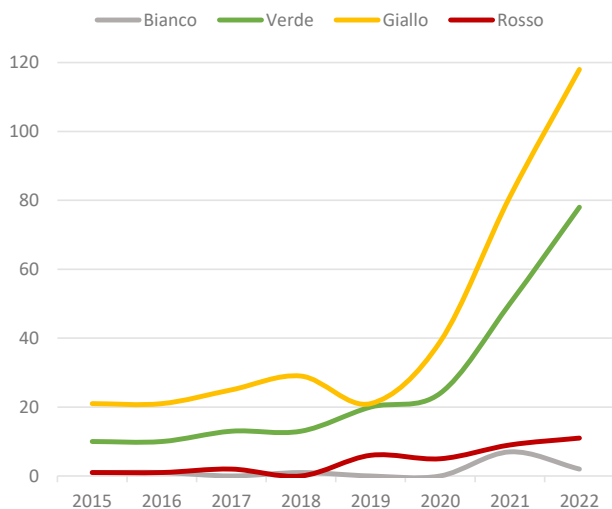
Nel caso dei ricoveri ordinari, sebbene anche in questo caso i valori appaiano certamente sottostimati, la discrepanza con il dato reale è verosimilmente meno marcata rispetto ai dati di PS, sia perché i ricoveri ordinari riguar-

Figura B.57 – Numero medio di accessi in PS per tentato suicidio o azione suicidaria per soggetto



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura B.58 – Numero di accessi in PS per tentati suicidi e azioni suicidarie, per codice colore

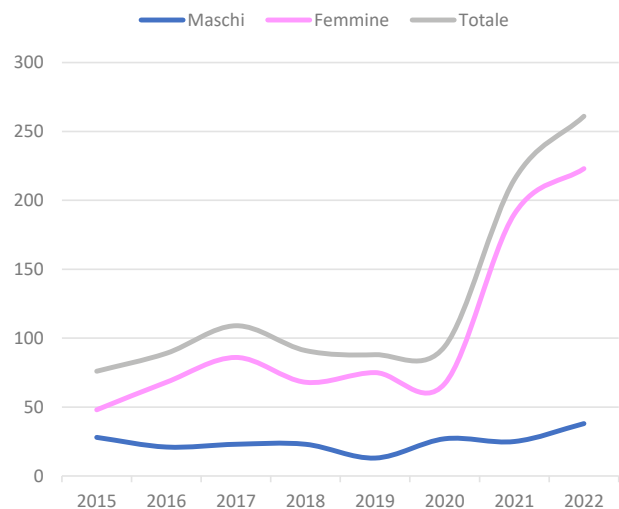


Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

dano le situazioni più complesse e gravi, sia perché la maggior parte di essi si presume siano avvenuti in ambito specialistico specifico, con una maggiore attenzione alla corretta e completa codifica degli eventi. Inoltre, nelle SDO è possibile inserire un maggior numero di diagnosi ed esiste un campo specifico per codificare gli eventi traumatici, tra cui i tentati suicidi e gli atti autolesivi.

Per i soggetti ricoverati, l'andamento complessivo appare in lieve aumento in epoca pre-pandemica, sebbene con qualche lieve oscillazione, con 89 soggetti nel 2016 che divengono 88 nel 2019. In epoca post-pandemica l'aumento è molto netto e senza alcuna flessione nel 2020, con 261 soggetti nel 2022 (+196%). Si tratta del 10,8% rispetto al totale di 2.397 soggetti con ricoveri ordinari per disturbi psichiatrici. L'andamento è molto differente tra maschi e femmine, con i ragazzi che vedono addirittura una diminuzione in epoca pre-pandemica (da 21 soggetti nel 2016 a 13 soggetti nel 2019) e un aumento in epoca post-pandemica che li porta a 38 soggetti ricoverati nel 2022, mentre le femmine mostrano un aumento costante già in epoca pre-pandemica, passando da 68 soggetti nel 2016 a 75 nel 2019 (+10%), seppur con qualche oscillazione, e un aumento molto notevole in epoca

Figura B.59 – Numero di soggetti con almeno un ricovero per tentato suicidio o azione suicidaria



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

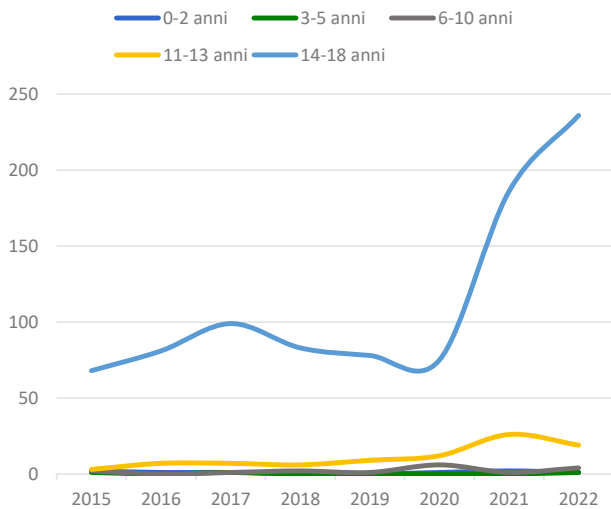
post-pandemica, giungendo a 223 ragazze ricoverate nel 2022 (+197%), che corrispondono al 16% delle ragazze ricoverate per diagnosi psichiatrica in tale anno (figura B.59).

La classe di età 14-18 anni è la più numerosa, include l'88% dei soggetti e passa da 81 soggetti nel 2016 a 78 nel 2019, con una lieve diminuzione in un andamento oscillante a 236 nel 2022 (+202% dal 2019), corrispondenti al 16% dei soggetti ricoverati per tale classe di età nell'anno. Nonostante la bassa numerosità, anche la classe di età 11-13 anni mostra un aumento consistente, già in epoca pre-pandemica e ancora di più in epoca post-pandemica, passando da 7 soggetti nel 2016 a 9 soggetti nel 2019 (+28%), a 19 soggetti nel 2022 (+111%) (figura B.60). Il numero medio di ricoveri per soggetto appare stabile nel tempo (figura B.61).

Andamento del numero di soggetti per ATS con accessi per ideazione suicidaria o comportamenti autolesivi/suicidari

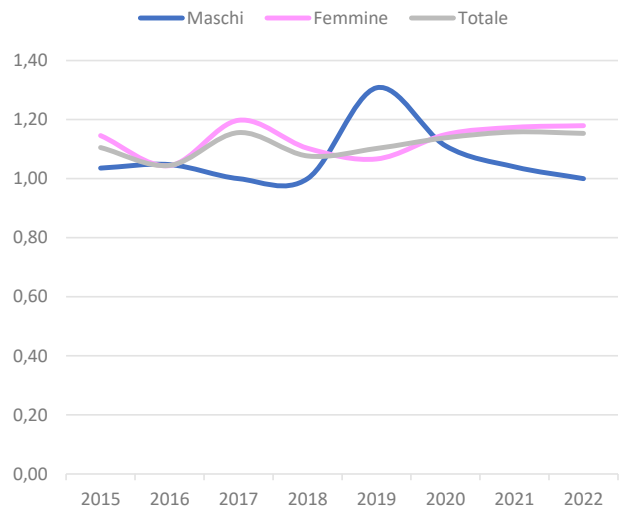
L'andamento del numero dei soggetti con almeno un accesso in PS per ideazione suicidaria o comportamenti autolesivi/suicidari mostra differenze rilevanti tra le ATS, con incrementi consistenti nel tempo soprattutto

Figura B.60 – Numero di soggetti con almeno un ricovero per tentato suicidio o azione suicidaria



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura B.61 – Numero medio di ricoveri per tentato suicidio o azione suicidaria



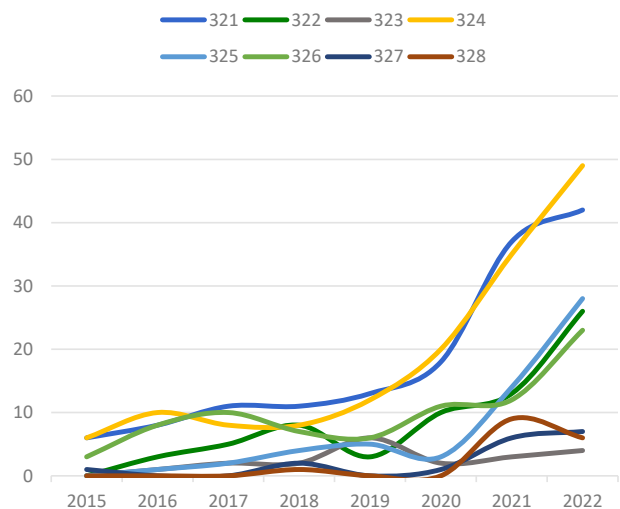
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

in epoca post-pandemica. ATS Bergamo e Montagna sono le uniche ATS che registrano una flessione nel 2020 (figura B.62).

Trattandosi di valori assoluti e non di misure standardizzate, il dato è influenzato dalla diversa numerosità della popolazione delle singole ATS. Ciononostante, i valori di partenza del 2016 appaiono molto bassi in modo omogeneo in tutte le ATS, e fino al 2019 si mantengono sotto i 10 casi anno per tutte le ATS tranne Milano, che comunque si colloca poco sopra le altre nonostante la sua popolazione includa un terzo dell'intera popolazione lombarda. Il numero di soggetti con accessi in PS registrati come ideazione suicidaria aumenta in tutte le ATS in epoca post-pandemica. Nel 2022 vi sono 3 ATS che hanno ancora un numero di soggetti/anno inferiore a 10, sebbene aumentato rispetto al 2016 (Sondrio, Val Padana e Pavia); 3 ATS con un numero di soggetti compreso tra 20 e 30 (Brescia, Insubria e Bergamo) e 2 ATS con un numero di soggetti compreso tra 40 e 50 (Milano e Brianza) (figura B.62).

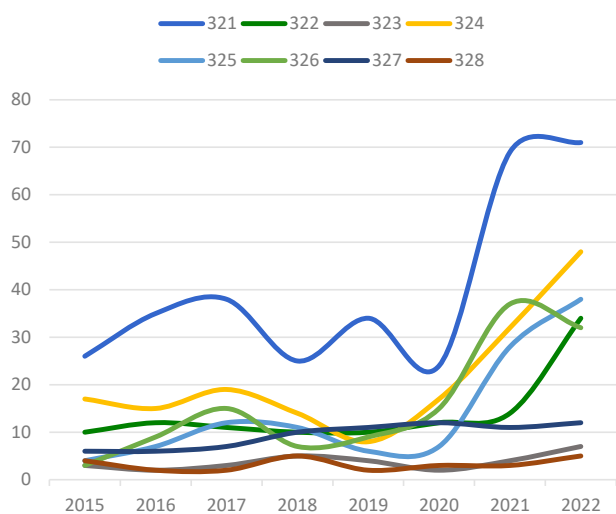
Anche per i ricoveri, l'andamento nelle singole ATS in epoca pre-pandemica appare sostanzialmente stabile e compreso tra 5 e 18 soggetti in tutte le ATS tranne Milano, con qualche oscillazione (figura B.63).

Figura B.62 – Numero di soggetti con almeno un accesso in PS per tentato suicidio o azione suicidaria, per ATS (2015-2022)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura B.63 – Numero di soggetti con almeno un ricovero per tentato suicidio o azione suicidaria, per ATS (2015-2022)



In 3 ATS l'aumento è lieve e lineare, non particolarmente marcato in epoca post-pandemica (Val Padana, Sondrio e Pavia, che passano da 4-6 soggetti anno nel 2015 a 5-12 soggetti anno nel 2022), mentre in 4 si assiste a un aumento marcato in epoca post-pandemica (Insubria, Bergamo, Brianza e Brescia, quest'ultima con una parziale flessione nel 2022), passando dai circa 10 soggetti ciascuna del 2019 a 30-50 soggetti nel 2022 (figura B.63).

ATS Milano presenta un andamento differente da tutte le altre: oscilla tra 25 e 40 soggetti all'anno in epoca pre-pandemica, ha un netto calo dei ricoveri nel 2020 (unica ATS con Bergamo) e un aumento particolarmente rilevante in epoca post-pandemica fino al 2021, quando si stabilizza intorno a 70 soggetti (figura B.63).

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

APPENDICE C

TABELLE



Foto di Norma Mortenson su Pixabay

In questa appendice sono incluse alcune tabelle aggiuntive di approfondimento, in particolare: i) la popolazione per anno, sesso, classe di età e ATS; ii) il prospetto generale delle strutture di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Lombardia pubbliche e private accreditate relative all'anno 2022 e iii) le stime di prevalenza per anno e ATS di ogni flusso analizzato.

Tabella C.1 – Popolazione per sesso, 2015-2022

Popolazione	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Maschi	914.860	912.311	907.253	901.947	895.343	886.549	878.852	869.353
Femmine	858.048	855.844	852.058	847.492	841.715	833.987	826.939	818.373

Fonte: elaborazioni degli autori su dati Istat

Tabella C.2 – Popolazione per classe di età, 2015-2022 Variazione % 2022 vs 2015

Classe di età (anni)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Variazione % 2022 vs 2015
0-2	266.358	258.177	251.428	244.347	236.096	228.202	220.126	212.954	-20%
3-5	289.513	282.275	273.552	266.662	260.089	254.609	251.024	241.354	-17%
6-10	484.091	487.151	488.178	484.161	479.490	470.271	460.438	451.546	-7%
11-13	278.228	280.733	283.617	288.184	290.693	294.272	296.576	296.602	7%
14-18	454.718	459.819	462.536	466.085	470.690	473.182	477.627	485.270	7%
Totale	1.772.908	1.768.155	1.759.311	1.749.439	1.737.058	1.720.536	1.705.791	1.687.726	-5%

Fonte: elaborazioni degli autori su dati Istat

Tabella C.3 – Popolazione per ATS, 2015-2022

ATS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Variazione % 2022 vs 2015
Milano	592.115	594.184	594.955	595.991	594.329	590.816	585.503	579.743	-2%
Insubria	258.967	258.064	256.215	254.058	251.647	248.940	246.733	244.112	-6%
Montagna	51.966	51.322	50.832	50.314	49.744	49.055	48.355	47.646	-8%
Brianza	217.052	216.172	214.887	213.709	212.007	210.079	208.837	206.279	-5%
Bergamo	214.966	213.514	211.716	209.621	207.120	204.255	201.924	198.950	-7%
Brescia	219.940	218.226	215.649	213.127	210.832	208.112	206.351	204.521	-7%
Val Padana	131.404	130.247	129.173	127.540	126.562	125.276	124.537	123.548	-6%
Pavia	86.498	86.426	85.884	85.079	84.817	84.003	83.551	82.927	-4%

Fonte: elaborazioni degli autori su dati Istat

Tabella C.4 – Numero di strutture di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza in Lombardia, pubbliche e private accreditate, anno 2022

Strutture NPIA	Privato accreditato	Pubblico	Totale
Ambulatorio ospedaliero	2	18	20
MAC	1	2	3
Centro diurno	32	11	43
Day Hospital NPIA	1	10	11
Polo Territoriale NPIA	12	87	99
Reparto di degenza NPIA	1	5	6
Struttura residenziale terapeutica	25	4	29
Totale	74	137	211

Fonte: elaborazioni degli autori su dati DG Welfare-Regione Lombardia

Tabella C.5 – Prevalenza (per 1.000) di utenti con almeno un accesso ambulatoriale in NPIA, per anno e ATS

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ATS Milano	56,81	57,03	58,06	58,06	59,40	50,21	58,29	60,72
ATS Insubria	52,81	53,36	54,66	56,48	59,14	52,45	58,63	60,68
ATS Montagna	66,06	72,29	78,83	83,26	72,97	64,40	80,90	89,54
ATS Brianza	65,44	68,22	71,06	72,24	70,82	59,98	65,72	66,98
ATS Bergamo	55,72	56,21	55,46	56,64	59,19	52,19	55,60	57,77
ATS Brescia	51,24	53,02	55,75	58,26	60,56	51,82	58,55	62,82
ATS Val Padana	82,87	87,39	86,06	90,88	93,45	73,93	84,96	83,27
ATS Pavia	57,46	60,22	63,78	67,29	70,15	59,15	64,34	68,74

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Tabella C.6 – Prevalenza (per 1.000) di utenti con almeno un accesso ambulatoriale in psichiatria adulti, per anno e ATS

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ATS Milano	2,62	2,75	2,86	3,42	3,33	2,55	3,88	3,73
ATS Insubria	1,62	1,48	1,57	1,50	1,75	1,30	1,70	1,81
ATS Montagna	2,66	3,06	3,15	2,60	2,83	2,57	3,89	3,82
ATS Brianza	3,05	3,04	3,11	3,31	3,82	1,92	3,09	3,08
ATS Bergamo	1,81	1,82	1,95	2,19	2,32	2,10	3,43	3,58
ATS Brescia	0,80	0,78	0,93	1,20	1,30	1,14	2,15	1,81
ATS Val Padana	1,41	1,29	1,44	1,62	3,29	4,95	5,61	4,94
ATS Pavia	1,56	1,86	2,01	2,15	1,56	1,15	1,96	1,82

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA



Foto di Tatiana Syrikova su Pexels

Tabella C.7 – Prevalenza (per 1.000) di utenti con almeno un accesso in PS per disturbi psichiatrici, per anno e ATS

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ATS Milano	17,64	18,00	20,06	19,96	9,50	11,80	15,75
ATS Insubria	5,65	5,88	6,78	6,06	4,27	5,79	6,72
ATS Montagna	5,03	4,88	4,65	4,30	2,98	3,87	4,49
ATS Brianza	3,98	4,09	4,24	5,59	3,35	4,90	5,41
ATS Bergamo	5,09	5,44	5,82	5,95	4,05	7,87	7,60
ATS Brescia	2,42	2,51	3,86	4,54	2,83	3,93	3,43
ATS Val Padana	3,65	5,53	5,83	6,62	4,52	3,52	4,47
ATS Pavia	8,01	7,37	8,78	6,80	3,68	5,01	5,06

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Tabella C.8 – Prevalenza (per 1.000) di utenti con almeno un ricovero ordinario per disturbi psichiatrici, per anno e ATS

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ATS Milano	1,39	1,40	1,64	1,63	1,87	1,31	1,85	1,98
ATS Insubria	1,66	1,62	1,53	1,69	1,90	1,19	1,39	1,52
ATS Montagna	1,06	1,35	1,37	1,34	1,20	1,07	1,24	1,06
ATS Brianza	2,21	2,28	2,12	1,95	2,12	1,49	1,81	1,75
ATS Bergamo	1,06	1,02	1,07	0,99	1,17	0,84	1,18	1,17
ATS Brescia	0,92	0,81	0,78	0,81	0,93	0,73	0,86	1,00
ATS Val Padana	1,13	1,11	1,26	1,29	1,30	1,00	1,40	1,26
ATS Pavia	2,10	2,28	2,39	3,45	3,93	2,93	2,85	3,28

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Tabella C.9 – Prevalenza (per 1.000) di utenti con almeno una prescrizione di psicofarmaci, per anno e ATS

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ATS Milano	6,34	6,38	6,68	6,94	7,33	7,29	8,63	9,75
ATS Insubria	6,65	6,74	6,89	7,36	8,13	8,08	9,50	10,84
ATS Montagna	7,33	8,71	9,11	9,40	9,67	9,93	10,90	11,88
ATS Brianza	6,31	6,71	7,14	7,58	7,92	7,75	9,09	10,35
ATS Bergamo	5,86	6,04	6,26	6,75	7,10	6,95	8,04	9,03
ATS Brescia	6,14	6,48	6,66	7,31	7,57	7,44	8,87	9,77
ATS Val Padana	7,33	7,59	7,40	7,67	8,17	7,80	8,88	9,83
ATS Pavia	6,97	7,60	7,53	8,23	8,44	8,07	9,67	10,17

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Tabella C.10 – Prevalenza (per 1.000) di utenti con almeno un percorso residenziale terapeutico, per anno e ATS

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ATS Milano	0,05	0,07	0,11	0,11	0,16	0,16	0,20	0,21
ATS Insubria	0,26	0,27	0,28	0,24	0,36	0,46	0,43	0,59
ATS Montagna	0,02	0,06	0,06	0,02	0,02	0,06	0,06	0,08
ATS Brianza	0,16	0,20	0,20	0,19	0,26	0,23	0,20	0,23
ATS Bergamo	0,06	0,07	0,09	0,07	0,16	0,11	0,11	0,17
ATS Brescia	0,10	0,12	0,09	0,11	0,13	0,16	0,19	0,25
ATS Val Padana	0,13	0,13	0,15	0,16	0,36	0,29	0,31	0,40
ATS Pavia	0,10	0,16	0,14	0,12	0,26	0,18	0,24	0,25

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Tabella C.11 – Prevalenza (per 1.000) di utenti con almeno un accesso in PS per disturbi neurologici, per anno e ATS

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ATS Milano	4,75	4,78	4,65	4,71	2,61	4,01	4,03
ATS Insubria	7,67	7,93	7,33	8,59	4,91	6,81	9,85
ATS Montagna	4,95	4,60	5,13	4,04	2,39	4,90	6,78
ATS Brianza	2,56	2,54	2,56	3,32	1,97	2,52	3,04
ATS Bergamo	7,88	7,12	8,20	7,34	3,53	5,81	7,06
ATS Brescia	4,25	4,90	5,70	5,65	3,82	6,10	6,52
ATS Val Padana	3,06	3,92	4,22	4,86	3,32	4,18	4,73
ATS Pavia	4,51	4,68	4,76	4,36	2,52	3,48	4,03

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Tabella C.12 – Prevalenza (per 1.000) di utenti con almeno un ricovero ordinario per disturbi neurologici, per anno e ATS

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ATS Milano	4,41	4,48	4,36	4,49	4,55	2,93	3,01	3,67
ATS Insubria	4,04	3,79	3,30	3,67	3,50	2,40	2,38	2,85
ATS Montagna	5,30	5,43	5,10	5,19	5,30	3,60	4,59	4,21
ATS Brianza	3,66	3,43	3,22	3,42	3,37	2,36	2,83	3,07
ATS Bergamo	2,68	2,76	2,45	2,71	2,48	1,78	1,93	2,22
ATS Brescia	2,81	2,64	2,69	2,52	2,31	1,62	1,78	2,16
ATS Val Padana	4,44	4,18	4,03	3,95	3,50	2,28	2,41	2,76
ATS Pavia	3,85	4,28	3,92	4,03	4,43	2,93	3,37	2,93

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

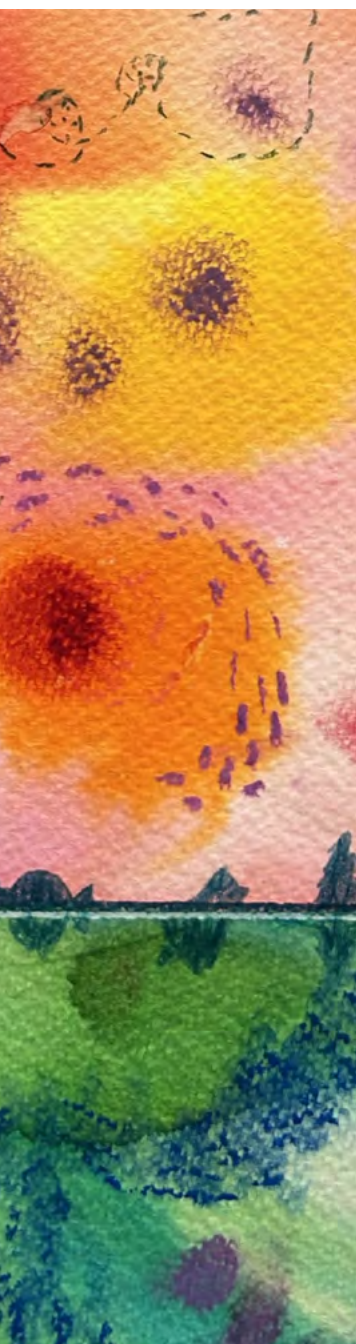
Questo quaderno é scaricabile dal sito – *This document can be downloaded from*
www.fondazionecriplo.it/osservatorio

Può essere citato – Quote as:

Montomoli C., Costantino M.A., Filosa A., Franchi M., Borgatti R., Cantarutti A., Fazzi E., Galli J., Ghisoni R., Leoni O., Limosani I., Loi E., Mensi M., Poli V., Sacchi P., Villani S., Corrao G. (a cura di) (2024), *Neurosviluppo, salute mentale e benessere psicologico di bambini e adolescenti in Lombardia 2015-2022*. Milano: Fondazione Cariplo.

Is licensed under a Creative Commons Attribuzione Condividi allo stesso modo 3.0 Unported License.
ISBN 979-12-80051-17-2





Fondazione
CARIPLO

TUTE SERVARE MUNIFICE DONARE • 1816



Fondazione Cariplo
Via Daniele Manin, 23
20121 Milano
www.fondazionecariplo.it
ISBN: 979-12-80051-17-2