

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

QUADERNI FONDAZIONE CARIPLLO ■ Approfondimenti

48

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. 48 ▪ 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



Foto del Progetto RitrovaMenti

EXECUTIVE SUMMARY	5
1. NEUROSVILUPPO, SALUTE MENTALE E BENESSERE PSICOLOGICO DEI MINORI	11
1.1. Introduzione	11
1.2. Neurosviluppo e salute mentale	12
1.3. L'andamento epidemiologico pre-pandemico	13
1.4. Impatto della pandemia da Covid-19	14
2. ACCESSI AL SSR PER I DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO (2015-2022)	17
2.1. Andamento generale	18

2.2. Prevalenza in base al genere	20
2.3. Prevalenza nei preadolescenti e adolescenti	24
2.4. Prevalenza nei bambini 0-11 anni	27
2.5. Continuità di cura	31
2.6. Comportamenti autolesivi e suicidari	33
2.7. Prevalenze nei diversi territori regionali	38
3. CONCLUSIONI	43
BIBLIOGRAFIA	53

Abstract

Il Quaderno ha lo scopo di descrivere, attraverso l'analisi degli accessi degli utenti ai servizi sanitari in Lombardia avvenuti prima, durante e dopo la pandemia, le caratteristiche e l'andamento nel tempo dei disturbi neuropsichici (neurologici e psichiatrici) che hanno coinvolto bambini e adolescenti ed in particolar modo l'andamento della continuità di cura tra diversi servizi e nei comportamenti suicidari. È stato osservato un incremento degli utenti in tutti i servizi analizzati (ambulatoriale, ricovero, pronto soccorso – PS, farmaceutica, residenzialità terapeutica), iniziato molto prima della pandemia, così come un progressivo aumento della complessità delle situazioni trattate, evidenziato ad esempio dall'incremento degli accessi al PS di casi gravi, dall'aumento delle giornate di degenza ospedaliera e degli utenti con percorsi psicofarmacologici o residenziali terapeutici. Nonostante tutta la sanità sia stata meno accessibile nel 2020 per la gestione Covid, la riduzione degli accessi di utenti con disturbi neuropsichici è stata meno marcata dell'atteso grazie ad alcuni interventi mirati, mentre in epoca post pandemica si è osservato un marcato aumento degli accessi per il genere femminile, in preadolescenza e adolescenza e per i disturbi psichiatrici con il contemporaneo aumento della complessità delle situazioni trattate. Gravando su un sistema già sofferente e in saturazione, tale aumento ha determinato lo 'spostamento' in contesti di minore appropriatezza o fuori dal sistema sanitario pubblico di una parte della popolazione. In particolare, sono diminuite le risposte per le persone di genere maschile, nei primi anni di vita e con disturbi più lievi, neurologici o del linguaggio e apprendimento, con possibili conseguenze sulla precocità delle diagnosi e degli interventi e conseguentemente sulla prognosi nel lungo periodo. Si sono evidenziate inoltre importanti criticità nella continuità di cura tra ospedale e territorio, perfino per situazioni a rischio di vita quali i comportamenti autolesivi e suicidari, e rilevanti disomogeneità nel territorio regionale.

EXECUTIVE SUMMARY



Foto da Freepik

L'aumento dei disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza è ampiamente segnalato da tempo in tutto il mondo, così come la scarsa attenzione dedicata alla salute mentale e la conseguente insufficiente risposta che utenti e famiglie ricevono dai servizi sanitari, sociali ed educativi. I confronti con altri paesi sono difficili, perché i modelli organizzativi di questi servizi possono essere molto diversi. Seppur tra mille difficoltà, l'Italia è ancora un paese con un servizio sanitario universale,

il paese della Riforma Basaglia, dell'inclusione scolastica per gli studenti con disabilità, dei pediatri di libera scelta. È inoltre l'unico paese che vede la presenza di Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), che affrontano in modo integrato e unitario le patologie neurologiche e psichiatriche dell'età evolutiva da 0 a 18 anni in un modello di cura che ha al centro non solo il soggetto, ma anche la famiglia e i contesti di vita, a ponte tra ospedale e territorio.

Ciononostante, si rilevano forti criticità nelle risposte ai bisogni di cura degli utenti con disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza e delle loro famiglie ed è segnalata una notevole disomogeneità nell'offerta di servizi di NPIA tra le singole regioni. Nei 10 anni che hanno preceduto la pandemia, si è osservato il raddoppio degli utenti seguiti nei servizi di NPIA, ma solo 1 utente su 3 riusciva ad accedere a un percorso diagnostico nel servizio sanitario pubblico, solo 1 su 6 riusciva ad avere risposte terapeutico-riabilitative di intensità appropriata, e solo 1 su 5 di coloro che necessitavano di un ricovero riusciva ad accedere a un reparto di NPIA. Inoltre, le prevalenze di accesso ai servizi (SINPIA, 2021) variavano nelle diverse regioni dal 4% al 9% a fronte di una prevalenza attesa di accesso ai servizi del 15% e una prevalenza attesa nella popolazione intorno al 20%¹.

La pandemia e le misure messe in atto per contenerla hanno determinato cambiamenti sostanziali negli ambienti di vita, nelle routine quotidiane e nelle reti relazionali, educative e sociali di bambini e adolescenti e poca attenzione ai bisogni specifici dei soggetti in età evolutiva, con numerose segnalazioni di un crescente malessere emotivo e psicologico espresso da bambini e ragazzi in forme e intensità tra loro molto diverse, un aumento di accessi ai servizi per disturbi psichiatrici in adolescenza e un'insufficienza

delle risposte in tutti i paesi del mondo a tali bisogni emergenti.

In questo scenario, l'analisi dei flussi amministrativi correnti consente di raccogliere indirettamente informazioni sullo stato di salute della popolazione a partire dalla valutazione approfondita degli accessi per le diverse tipologie di disturbi nell'ambito dei servizi sanitari e sociosanitari. Tali flussi raccolgono un'innomerevole quantità di informazioni anonimizzate sui beneficiari del Servizio Sanitario Regionale – SSR, che possono essere interconnesse per analizzare gli utenti in contatto con i servizi e i percorsi di cura effettivamente erogati e consentire un confronto con quanto atteso, nonché di monitorare l'andamento nel tempo e i cambiamenti nelle risposte dei servizi (elemento particolarmente rilevante in epoca pandemica), consentire un confronto con i dati attesi e monitorare i cambiamenti nell'offerta dei servizi. Si tratta di una fotografia parziale, poiché limitata a chi ha già un disturbo e riesce ad accedere ai servizi, fotografia dalla quale si possono cogliere alcuni aspetti della domanda e delle risposte ma non tutti. Mancano ad esempio, informazioni sulle liste d'attesa, su chi resta sulla soglia, su chi è "fuori dai radar" per diverse ragioni. Può quindi descrivere solo la punta di un iceberg, ma può fornire informazioni importanti e utili per la programmazione sanitaria, sociosanitaria, educativa e sociale.

La Lombardia è stata la prima regione colpita dalla pandemia, in modo drammatico. È anche una delle regioni italiane in cui le risposte ai minorenni con disturbi neuropsichici e alle loro famiglie, seppur critiche, sono tra le più estese e strutturate del paese per dotazione di servizi e investimento in interventi ambulatoriali, territoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero ordinario nonché per spesa media pro capite, la prima ad avere introdotto la telemedicina per i servizi di NPIA, fin dal mese di marzo 2020, e una delle poche ad avere considerato essenziali i servizi di NPIA che hanno quindi potuto garantire le attività alla popolazione anche nei momenti più difficili della pandemia.

Ma quale era l'andamento pre pandemico dei minorenni con disturbi neuropsichici residenti in Lombar-

1 La prevalenza misura quante persone in una popolazione presentano una determinata condizione in un periodo di tempo definito e viene espressa come percentuale della popolazione totale, nel nostro caso la popolazione minorenni residente in Lombardia, complessiva o per sesso o per classe di età. La prevalenza *generale* nella popolazione si riferisce alla percentuale di persone che presenta la condizione oggetto di studio, indipendentemente dal loro accesso ai servizi, e per poter essere calcolata richiede studi di popolazione *ad hoc*; la prevalenza *trattata* si riferisce alla percentuale di utenti che effettivamente è entrata in contatto con i servizi pubblici di riferimento, evidenziabile tramite l'analisi dei flussi amministrativi considerati. Per tutti i disturbi e le condizioni, la prevalenza attesa di accesso ai servizi è minore della prevalenza attesa generale, poiché è sempre presente una quota di utenti con disturbi lievi che hanno trovato strategie di compenso spontanee, o che hanno percorsi assicurativi per i quali non accedono al servizio sanitario pubblico, o che rifiutano di rivolgersi al servizio pubblico.

dia, e cosa è avvenuto in epoca pandemica e post pandemica²?

L'analisi dei principali flussi³ evidenzia come l'incremento degli utenti in contatto con il SSR per disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza fosse evidente già in epoca pre-pandemica, in tutti i flussi analizzati e nella maggior parte delle classi di età, sia in valore assoluto, con 143.000 utenti con almeno un contatto nel 2019 contro 135.509 nel 2016, sia soprattutto come prevalenza (82,65 per mille nel 2019 contro 76,63 nel 2016), in rapporto quindi alla numerosità della popolazione di riferimento. Negli anni analizzati, l'impatto della denatalità è stato infatti rilevante e ha portato a una diminuzione complessiva della popolazione lombarda minorenni del 5%, ma ha agito soprattutto sulle classi di età più giovani, con un decremento fino al 20%, mentre le classi 11-13 anni e 14-18 anni hanno visto un incremento della popolazione di riferimento sia in epoca pre-pandemica che post-pandemica. Un aumento in valore assoluto degli accessi in preadolescenza e adolescenza senza un incremento nella prevalenza avrebbe quindi potuto essere solo correlato all'andamento più generale della popolazione, e analogamente per una diminuzione solo in valore assoluto nelle classi di età più giovani.

Già in epoca pre-pandemica, l'incremento della prevalenza è particolarmente evidente e trasversale per i disturbi psichiatrici e in adolescenza. Gli utenti con disturbi neurologici e la classe di età 0-2 presentano invece una flessione nella prevalenza di accesso, segnalando la saturazione del sistema, evidenziata anche dalle elevate percentuali di ricoveri inappropriati in reparti non di NPIA e in particolare in psichiatria adulti (12,5%), con possibili conseguenze sulla

2 Nell'analisi, è considerato pre-pandemico l'andamento tra il 2016 e il 2019 e post-pandemico l'andamento tra il 2019 e il 2022, per consentire un confronto adeguato tra periodi tramite le variazioni percentuali. È considerato invece pandemico l'andamento del solo 2020 rispetto al 2019 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. Si veda l'Appendice A per ulteriori dettagli.

3 Ambulatoriale di NPIA, farmaceutica territoriale, ambulatoriale di psichiatria, pronto soccorso, ricovero ordinario, residenzialità terapeutica (si veda appendice A).

precocità delle diagnosi e degli interventi e conseguentemente sulla prognosi nel lungo periodo.

Si osserva inoltre un generale peggioramento dei quadri clinici, sia per i disturbi psichiatrici (incremento del 14% degli utenti con prescrizioni psicofarmacologiche; incremento del 21% del numero di giornate di degenza di ricovero ordinario; incremento del 38% degli accessi in PS con codici triage⁴ gialli/arancioni e rossi; incremento del 72% degli utenti inseriti in strutture residenziali terapeutiche) sia per i disturbi neurologici (incremento del 17% degli accessi in PS con codici triage gialli/arancioni e rossi) e criticità molto rilevanti nella intensità della presa in carico e nella continuità di cura tra ospedale e territorio, con il 26,5% degli utenti con prescrizioni psicofarmacologiche, il 36% degli utenti con ricovero ordinario e l'80% degli utenti con accesso in PS senza nessuna prestazione ambulatoriale nello stesso anno. Le criticità appaiono rilevanti anche per situazioni a rischio di vita quali i comportamenti autolesivi e suicidari.

Infine, la disomogeneità tra i territori delle diverse ATS risulta particolarmente marcata, con prevalenze che possono variare dal 59 al 93 per mille per l'ambulatoriale, dal 4,3 al 20 per mille per gli accessi al PS di utenti con disturbi psichiatrici e dallo 0,02 al 0,36 per mille per la residenzialità terapeutica, nonché disomogeneità tra le prevalenze nei diversi flussi anche all'interno dello stesso territorio. È possibile che tali differenze siano legate a diversi fattori, meritevoli di ulteriori approfondimenti, tra cui specificità territoriali (l'impatto delle distanze per ATS Montagna, quello della grande metropoli per ATS Milano), fattori socio-economici locali ma anche rilevanti differenze nelle scelte programmatiche.

Nell'anno della pandemia, nonostante tutta la sanità sia stata meno accessibile per la gestione Covid, il numero totale di utenti con disturbi neuropsichici in contatto con almeno uno dei flussi considerati diminu-

4 Il termine "triage" si riferisce a un processo utilizzato per assegnare priorità di trattamento in situazioni in cui le risorse sono limitate e c'è la necessità di fornire cure mediche in modo efficiente ed efficace. I codici rossi e gialli/arancioni indicano le situazioni di maggiore gravità e urgenza, che richiedono valutazione e intervento immediato.

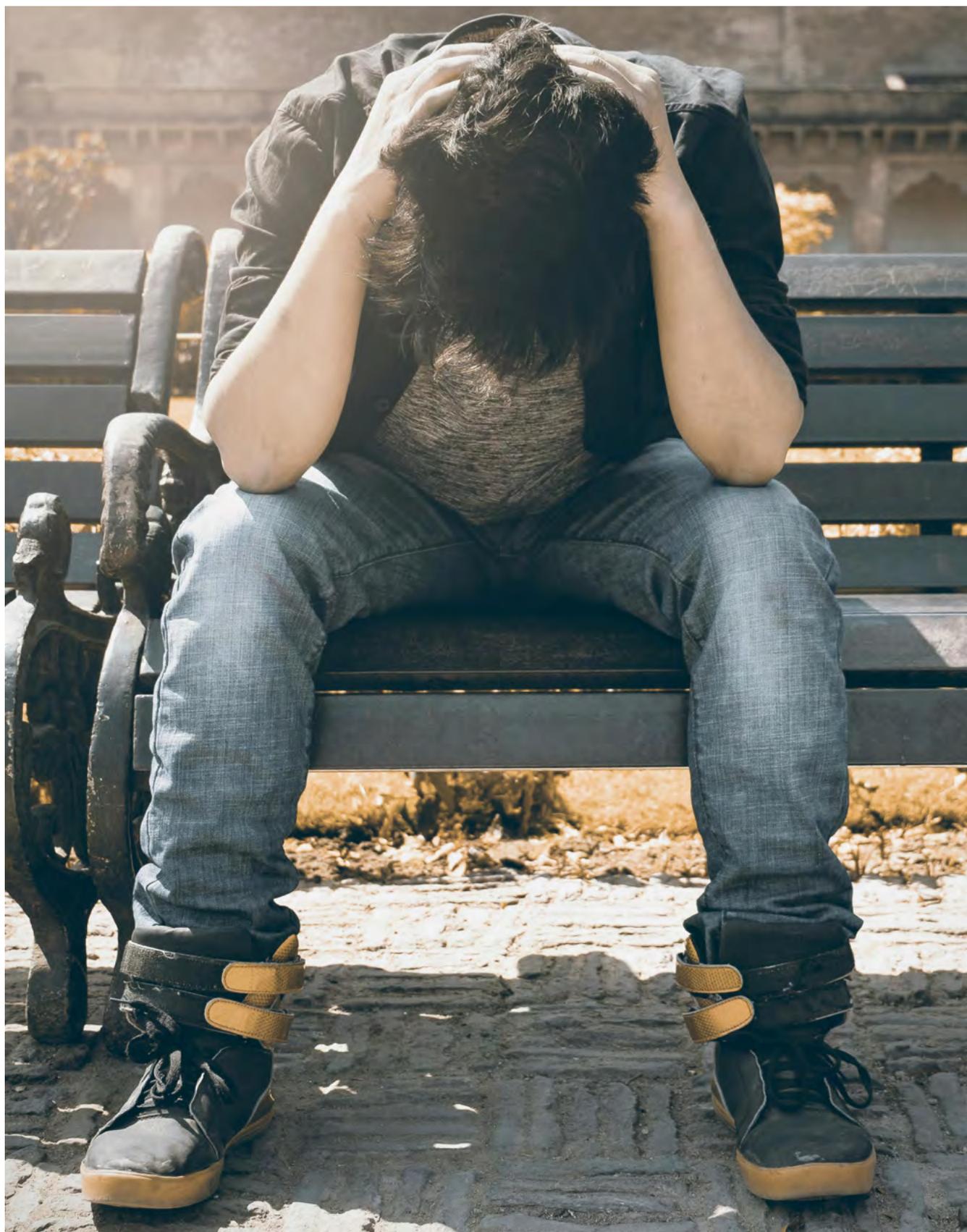


Foto di Inzmam Khan su Pexels

isce solo del 20%, percentuale assai inferiore a quelle descritte per altre discipline o in altre regioni per la stessa NPIA. Il decremento appare però molto variabile a seconda dei flussi considerati (è minimo per gli accessi ambulatoriali, -15%, rilevante per i ricoveri, -32%, massimo per gli accessi in Pronto Soccorso, -46%), delle età (è massimo per le classi di età più basse, mentre è minore per adolescenti e preadolescenti), della complessità clinica, della disciplina (la diminuzione dei ricoveri è minima in NPIA e pediatria e massima in psichiatria e in altri reparti) e dei territori (la diminuzione della prevalenza ambulatoriale è massima in Valpadana e a Pavia e minima nell'Insubria, a Bergamo e nella Montagna). Tali oscillazioni sono solo in parte correlabili all'impatto pandemico, e riflettono anche specificità organizzative o scelte locali⁵.

In epoca post-pandemica, gli accessi complessivi di utenti con disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza nel SSR non hanno ancora raggiunto i livelli del 2019 né in valore assoluto (137.444) né come prevalenza (81,43 per mille), in nessun flusso tranne nella farmaceutica (17.176) e nella residenzialità terapeutica (531), fenomeno che a fronte di una precedente tendenza all'incremento più che decennale e a una sostanziale stabilità del numero di prestazioni ambulatoriali annue (circa 1.100.000) appare preoccupante perché indicativo di una sempre maggiore saturazione del sistema. Se si analizzano in modo differenziato classi di età, genere e livello di complessità, in tutte le tipologie di flussi si evidenzia un incremento post pandemico degli utenti di genere femminile e nella classe di età 14-18, in particolare per i disturbi psichiatrici. L'incremento post pandemico degli utenti di genere femminile supera la prevalenza del 2019 in tutti i flussi tranne nell'ambulatoriale, negli accessi al PS nei disturbi psichiatrici e nei disturbi neurologici, ed è particolarmente marcato nelle utenti con almeno una prestazione psicofarmacologica (+52%), in quelle inserite in struttura residenziale terapeutica (+64%) e nei ricoveri ordinari (+16%). Analogo andamento presenta la classe di età 14-18 per maschi e femmine, che supera, sia in

⁵ Ad esempio, le indicazioni regionali sulla telemedicina e sul mantenimento delle attività ambulatoriali non sono state applicate in modo omogeneo in tutti i territori e in tutti i servizi.

valore assoluto sia in prevalenza, i livelli del 2019 in tutti i flussi (+10% ambulatoriale, +37% psicofarmaci, +15% ricoveri, +27% residenziale) tranne negli accessi al PS per disturbi psichiatrici (pur presentando il massimo recupero tra tutte le classi di età) e nei ricoveri per disturbi neurologici. In alcuni flussi, tale fenomeno è evidente anche nella classe di età 11-13, sebbene in genere meno marcato.

L'aumento della complessità delle situazioni cliniche già segnalato in epoca pre-pandemica si evidenzia anche in epoca post-pandemica, in particolare per quanto riguarda gli utenti con prescrizioni psicofarmacologiche (+27%), l'incremento degli accessi in PS per disturbi psichiatrici con codici gialli/arancioni e rossi (+17%, sebbene meno marcato rispetto all'epoca pre-pandemica) e di accessi ripetuti, l'incremento del numero di giornate di degenza per disturbi psichiatrici (+16%), l'incremento degli inserimenti in strutture residenziali terapeutiche (+30%) e soprattutto l'incremento marcato dei comportamenti autolesivi e suicidari, che non vedono alcuna flessione nel 2020 e che in epoca post-pandemica aumentano di più di tre volte, quasi esclusivamente a carico delle femmine e della classe di età 14-18.

Nonostante un miglioramento rispetto all'epoca pre-pandemica, permangono rilevanti criticità nella continuità di cura per gli utenti che accedono in Pronto Soccorso, a ricovero ordinario o a trattamenti psicofarmacologici, che in percentuali elevate (rispettivamente 74%, 31% e 28%) non hanno alcun contatto ambulatoriale nello stesso anno, e aumentano i segnali di saturazione del sistema. Peggiora ulteriormente la risposta ai disturbi neurologici e alla classe di età 0-2, si evidenziano criticità anche per la classe di età 6-10 e parzialmente per la classe 3-5, si assiste a un ulteriore aumento dei ricoveri e delle giornate di degenza in ambiti inappropriati quali pediatria (32% per i disturbi psichiatrici e 62% per i disturbi neurologici) e psichiatria (15,6%) e compare una percentuale rilevante di ricoveri in altri reparti.

L'andamento delle risposte per gli utenti con comportamenti autolesivi e suicidari evidenzia ancora maggiormente il livello di saturazione del sistema. Sebbene raddoppi la percentuale di coloro che erano

già in contatto con il livello ambulatoriale nei 2 anni precedenti al primo comportamento suicidario, raggiungendo il 60% e, sebbene più del 90% resti in contatto nell'anno successivo, evidenziando un enorme sforzo in atto per garantire risposte, rimane basso il numero di prestazioni ricevute e molto elevata la percentuale di coloro che effettuano nuovi accessi in PS e in ricovero.

Permangono inoltre le rilevanti disomogeneità tra i territori delle diverse ATS, sebbene lievemente meno marcate rispetto all'epoca pre-pandemica, disomogeneità che impattano in modo rilevante sull'andamento degli accessi ai servizi e sulla intensità e continuità di cura. Una prima analisi di tali differenze evidenzia come l'impatto della pandemia sia stato maggiore nei territori più poveri di servizi e con una minore prevalenza di accessi ambulatoriali, che hanno visto un maggiore incremento degli accessi al Pronto Soccorso, in particolare per i disturbi psichiatrici, e come a una maggiore prevalenza di utenti seguiti a livello

ambulatoriale corrisponda una minore prevalenza di accesso al Pronto Soccorso e viceversa. Gli andamenti delle prevalenze di utenti con inserimento residenziale terapeutico e di utenti con ricoveri ordinari per disturbi psichiatrici appaiono ancora molto correlati rispettivamente alla presenza di strutture residenziali terapeutiche e di reparti di NPIA nel territorio dell'ATS, fenomeno già segnalato in passato.

La ricerca risulta unica nel suo genere, per la numerosità della popolazione interessata, per la quantità di flussi amministrativi considerati, perché include tutto l'ambito dei disturbi del neurosviluppo per quasi un decennio (consentendo di analizzare gli andamenti pre pandemici, pandemici e post pandemici), nonché per la ricchezza di vertici osservativi presenti nel gruppo di lavoro multidisciplinare, e ha consentito di sviluppare e validare un modello di *datalinkage* per i disturbi NPIA e di identificare possibili linee di ulteriore approfondimento nonché di ottenere indicazioni utili per la programmazione sanitaria, sociale ed educativa.

1. NEUROSVILUPPO, SALUTE MENTALE E BENESSERE PSICOLOGICO DEI MINORI



Foto di Max Fischer su Pexels

1.1. Introduzione

La letteratura scientifica internazionale relativa agli effetti della pandemia sul neurosviluppo, sulla salute mentale e sul benessere psico-fisico dei bambini e degli adolescenti è sempre più consistente. Ciononostante non è ancora disponibile un quadro esaustivo del fenomeno, soprattutto per l'assenza di studi longitudinali ben disegnati (Moreno *et al.*, 2020) che siano in grado di tenere conto anche della crescita degli accessi ai ser-

vizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, in corso da almeno 10 anni e ampiamente segnalata sia dalla letteratura internazionale, sia dai documenti nazionali (Atladottir *et al.*, 2015; Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, 2019). Occorrono quindi dati affidabili, longitudinali, sistematici e aggiornati per sviluppare indicatori utili e poter mettere in atto riflessioni quantitative e qualitative sugli effetti della pandemia

sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei minori e impostare una adeguata programmazione delle risposte a livello istituzionale.

In questo scenario, l'analisi dei dati ricavati dai flussi amministrativi correnti consente di raccogliere indirettamente informazioni sullo stato di salute della popolazione a partire dall'analisi degli accessi ai servizi sanitari e sociosanitari disponibili (Schneeweiss, 2014). I flussi amministrativi producono un'enorme quantità di informazioni sui beneficiari del Servizio Sanitario Regionale: sociodemografici; diagnostici (cartelle cliniche, visite specialistiche, esami), accessi al pronto soccorso, prescrizioni di farmaci. Questi dati individuali possono essere interconnessi grazie alla loro pseudonimizzazione che assegna un codice di identificazione personale univoco per ciascun beneficiario del Sistema Sanitario Nazionale (automaticamente reso anonimo per preservare la privacy).

Sebbene raccolti a scopo amministrativo-gestionale, tali dati, se gestiti con metodologie corrette, consentono di svolgere analisi molto dettagliate sui beneficiari, sulle sintomatologie, sulle cure erogate e sui loro esiti (Corrao, 2019).

L'utilizzo di questi dati permette infatti di tracciare gli utenti in contatto con i servizi e i percorsi di cura effettivamente erogati e di confrontarli con quanto atteso, nonché di monitorare l'andamento nel tempo e i cambiamenti nelle risposte dei servizi (elemento particolarmente rilevante in epoca pandemica e per la programmazione sanitaria e sociosanitaria).

Alla luce di tali considerazioni, l'obiettivo generale del presente progetto è descrivere il neurosviluppo e la salute mentale di bambini e adolescenti attraverso l'analisi degli accessi ai servizi sanitari e sociosanitari della Regione Lombardia avvenuti prima, durante e dopo la pandemia, negli anni dal 2015 al 2022.

1.2. Neurosviluppo e salute mentale

La diffusione pandemica del nuovo ceppo di Coronavirus SARS-CoV-2 ha determinato un drammatico allarme per le condizioni di salute generali di una larga parte della popolazione, con rischio per la sopravvivenza e la necessità di cure ospedaliere anche inten-

sive. A fronte dell'importante impegno per combattere la diffusione dell'infezione messo in atto su tutto il territorio nazionale e alla sua grande risonanza mediatica, relativamente poca attenzione è stata dedicata ai rischi per il neurosviluppo e per la salute mentale correlati al fenomeno pandemico.

Bambini e adolescenti sono stati particolarmente colpiti dalla pandemia, in quanto soggetti fisiologicamente più a rischio. Infatti, in età evolutiva la maturazione del sistema nervoso centrale è modellata da fenomeni che non hanno corrispettivi nelle successive fasi della vita e attraversa periodi nei quali è massimo l'impatto dei fattori ambientali sullo sviluppo di funzioni e competenze, le *finestre evolutive*, nell'ambito di un processo che oggi viene definito *neurosviluppo*.

Con il termine *neurosviluppo*, concetto relativamente recente, si descrive il complesso percorso attraverso il quale il sistema nervoso centrale e le funzioni adattive (sensoriali, motorie, cognitive, comunicative, emotivo-relazionali e sociali) maturano dal concepimento, nei primi 1.000 giorni e poi fino alla giovane età adulta, in un intreccio continuo tra numerosi fattori di rischio e protettivi di natura genetica, epigenetica, neurobiologica e ambientale (Thapar, 2017).

Qualora il processo di neurosviluppo venga alterato, con conseguente compromissione delle reti neurali che sottendono alla maturazione delle funzioni adattive, si parla di *disturbi del neurosviluppo*¹. Tali disturbi sono molto diversi tra loro per tipologia, decorso e prognosi; alcuni evidenti fin dai primi anni di vita come i disturbi dello spettro autistico, del linguaggio e dell'apprendimento, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, malattie neurologiche come le paralisi cerebrali infantili e l'epilessia, altri più tardivamente, in adolescenza, con disturbi psichiatrici come i disturbi della condotta alimentare, la schizofrenia e i disturbi dell'umore (Owen *et al.*, 2011; Owen, O'Donovan, 2017; Parenti *et al.*, 2020).

1 In questo testo, "disturbi del neurosviluppo", "disturbi neuropsichici", "disturbi del neurosviluppo, neurologici e di salute mentale" o altre analoghe diciture verranno utilizzati in modo intercambiabile, secondo l'accezione più recente, qui descritta, e che ricomprende nei disturbi del neurosviluppo tutti i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza.

Inoltre, la salvaguardia del neurosviluppo risulta cruciale nel determinare una buona salute mentale, fondamentale per la valutazione dell'impatto della pandemia sui più giovani. La *salute mentale* è definita come stato di benessere emotivo e psicologico grazie al quale una persona può sfruttare al meglio le proprie capacità cognitive ed emozionali, stabilire relazioni soddisfacenti con gli altri e partecipare in modo costruttivo ai mutamenti dell'ambiente (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2019).

La definizione stessa di salute generale, non è l'assenza di malattia, ma uno stato di benessere psico-fisico. Da ciò deriva che non può esistere benessere fisico senza benessere mentale (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2019; Prince *et al.*, 2007).

In quanto diritto tutelato dalla Convenzione Onu sull'Infanzia e l'Adolescenza, la salute mentale è da considerarsi un bene che va curato e garantito dal concepimento all'intero arco della crescita della persona (AGIA, 2022).

1.3. L'andamento epidemiologico pre-pandemico

I disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza sono molto frequenti, colpiscono circa il 20% della popolazione dei minori di età, ovvero circa 332.000 bambini e ragazzi in Lombardia e circa 2 milioni di bambini e adolescenti in Italia. Sebbene in molti casi una diagnosi precoce e interventi tempestivi modifichino in modo significativo la prognosi, possono anche avere esiti invalidanti e proseguire in età adulta. Già in epoca pre-pandemica tali disturbi mostravano un Global Burden of Disease² (GBD) sempre più rilevante, tale da divenire la prima causa di Years Lived with Disability³ (YLD) (Patel *et al.*, 2016). In particolare, in Italia, nel 2013 l'impatto dei disturbi neuropsichici (misurato come disability-adjusted

life years⁴) risultava pari all'11% nella fascia 1-4 anni, al 24% nella fascia 5-9 anni, al 36% nella fascia 10-14 per aumentare ancora fino al 40% nella fase adolescenziale⁵ (Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, 2019).

Di fronte a questi numeri in aumento, i servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (NPIA) faticavano, soprattutto a causa di risorse insufficienti, a rispondere alla drammatica richiesta (McCartney, 2017; Bonati, 2018). Nel panorama italiano, negli ultimi 10 anni si è osservato il raddoppio degli utenti seguiti nei servizi di NPIA, di cui solo 60 su 200 riescono ad accedere a un servizio territoriale di NPIA, solo 30 su 200 riescono ad avere risposte terapeutico-riabilitative appropriate, solo 1 su 5 riesce ad essere ricoverato in un reparto di NPIA (Costantino A. Lettera del Presidente della Società di Neuropsichiatria Infantile, 2021).

Cercando di descrivere l'epidemiologia dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza in epoca pre-pandemica, gli studi su popolazioni italiane sono troppo piccoli per essere sufficientemente rappresentativi, ma evidenziano sostanzialmente livelli di prevalenza analoghi a quelli di altri studi internazionali, con alcune differenze minime legate alle specificità linguistiche e culturali (Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, 2019). Per quanto riguarda i disturbi psichiatrici, due studi condotti rispettivamente a livello nazionale e a livello regionale, forniscono dati interessanti. Il primo, lo studio PrISMA (Progetto Italiano Salute Mentale Adolescenti), stima una prevalenza di 8,2% (CI 4.2-12.3%) tra i ragazzi di 10-14 anni per almeno uno dei maggiori disturbi psichiatrici (Frigerio *et al.*, 2009). Il secondo, condotto in Friuli-Venezia Giulia, documentava un'incidenza di 90 per 100.000 adolescenti nella fascia di età 11-18 anni, considerando gli accessi in pronto soccorso in un biennio

2 Global Burden of Disease (GBD): fornisce ogni anno una valutazione dello stato di salute della popolazione mondiale, considerando circa 300 malattie e condizioni di salute. Il burden of disease, letteralmente "fardello di malattia", viene valutato ricorrendo ai DALY (Disability-Adjusted Life Years).

3 Years Lived with Disability (YLD): si tratta di un indicatore che rappresenta gli anni vissuti in condizioni di salute non ideali. Vengono incluse sia situazioni che possono durare solo alcuni giorni, come l'influenza, sia patologie che possono perdurare per tutta la vita come l'epilessia.

4 Disability-adjusted life years (DALY): gli anni di vita corretti per disabilità rappresentano il "carico" di una malattia, espressa come il numero di anni persi a causa della cattiva salute, della disabilità o di un decesso precoce.

5 L'impatto è particolarmente elevato a causa della complessità dei sintomi e della gestione, e del possibile accesso limitato ai servizi di supporto.

per atti autolesivi e tentativi di suicidio (Zanus *et al.*, 2017). Esiste un unico studio italiano che ha cercato di valutare gli incroci tra flussi amministrativi (ricovero ordinario, psicofarmaci, attività ambulatoriale), effettuato sugli accessi del 2008 in Regione Lombardia (Clavenna *et al.*, 2013). Lo studio condotto dal gruppo di Maurizio Bonati dell'IRCCS Negri ha evidenziato una prevalenza di utenti con accessi ambulatoriali del 37,1 per 1.000 e ha registrato una quota pari al 57% di utenti in trattamento psicofarmacologico o con ricovero ordinario che non hanno avuto alcun contatto con i servizi ambulatoriali nel medesimo anno.

1.4. Impatto della pandemia da Covid-19

A causa della pandemia e delle misure messe in atto per contenerla, i bambini e gli adolescenti hanno sperimentato cambiamenti sostanziali negli ambienti

di vita, nelle routine quotidiane e nelle reti relazionali, educative e sociali che normalmente favoriscono il neurosviluppo e promuovono la salute mentale e la resilienza agli eventi traumatici. Inoltre, la necessità di attivare con urgenza interventi sanitari diretti prevalentemente agli adulti ha interferito con la possibilità di affrontare i bisogni specifici dei soggetti in età evolutiva e di valutare e modulare l'impatto dei diversi fattori di rischio sulla salute mentale.

Non vi è da stupirsi, quindi, che durante la pandemia sia stato segnalato con forte allarme un crescente malessere emotivo e psicologico espresso da bambini e ragazzi in forme e intensità tra loro molto diverse. Si stima che il benessere psichico dei minori sia diminuito di oltre il 10% a livello mondiale. Durante tale periodo si sono registrati il raddoppio dei bambini sotto la soglia di disagio e un aumento di rabbia, noia, difficoltà



Foto di Olia Danilevich su Pexels

di concentrazione, senso di solitudine e impotenza, stress, disturbi del sonno oltre che disturbi del neurosviluppo, del comportamento alimentare, dell'umore e dell'autolesionismo (Farooq *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2022; Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza- Gruppo Emergenza Covid-19., 2021; Segre *et al.*, 2021; Sideli *et al.*, 2021; Vicari, Pontillo, 2021; AGIA 2022). Considerando che il 50% di tutti i disturbi mentali emerge entro i primi 16 anni di vita (Kessler *et al.*, 2007) e che le esperienze stressanti vissute durante l'infanzia e l'adolescenza aumentano il rischio di disturbi mentali più avanti nella vita (Gee, 2022; Kessler *et al.*, 2010; Miskowiak *et al.*, 2023; Van Nierop *et al.*, 2015), si può ipotizzare che le conseguenze della pandemia sul neurosviluppo e sulla salute mentale emergeranno sempre di più nei prossimi anni (ISS Rapporto Covid-19 n.43/2020).

Numerosi studi scientifici forniscono, a questo proposito, evidenze dell'impatto che l'emergenza sanitaria ha avuto sulla popolazione generale nei paesi più colpiti, in particolare in soggetti in età evolutiva con disturbi del neurosviluppo, disabilità e con altre patologie neurologiche e psichiatriche (Fiorillo, Gorwood, 2020; Rossi *et al.*, 2020; Fazzi e Galli, 2020). Molteplici studi sottolineano come la pandemia abbia agito da catalizzatore per l'insorgenza di disturbi del neurosviluppo e peggiorando gli outcome delle patologie della sfera neuropsichica. La pandemia da Covid-19 ha rappresentato di per sé una fonte di stress e preoccupazione nei bambini e negli adolescenti che hanno dovuto anche affrontare cambiamenti sostanziali di vita conseguenti alle misure messe in atto per contenerla: l'isolamento, la riduzione delle relazioni sociali, l'interruzione della routine, l'aumento delle richieste esterne e dello stress familiare percepito, l'instabilità delle condizioni socioeconomiche.

L'interruzione della routine quotidiana ha incluso i sostegni e il lavoro riabilitativo, determinando conseguenze ancora maggiori per i piccoli pazienti già affetti da disturbi del neurosviluppo; per esempio, si è osservata una regressione del comportamento e la perdita di conquiste ottenute nei bambini affetti da disordine dello spettro autistico, ADHD e disabilità intellettiva (Colizzi *et al.*, 2020; Dessain *et al.*, 2024).

Infatti, la popolazione pediatrica e adolescente con patologie neuropsichiche preesistenti, che già si trovava in

una condizione di vulnerabilità allo stress bio-psico-sociale, ha dovuto integrare le difficoltà già presenti con un ambiente divenuto ulteriormente sfavorevole a causa della pandemia. Oltre alla slatentizzazione e all'aggravamento di situazioni croniche, vi è stato un generale peggioramento delle condizioni di salute mentale di bambini e ragazzi, con nuovi esordi e incremento delle richieste di aiuto. In Italia, vi sono state segnalazioni di un aumento degli accessi al pronto soccorso e nei reparti pediatrici per patologie neuropsichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza, rispettivamente dell'83,1% e del 39,5% durante la pandemia Covid-19. In particolare, la Lombardia è stata segnalata come una delle regioni con i più alti numeri di accessi rispetto al periodo pre-pandemico (+100%) (Bozzola *et al.*, 2022), sebbene in un'indagine campionaria che non coinvolgeva l'intera regione.

Una delle fasce di popolazione maggiormente colpita dalla pandemia è quella degli adolescenti; un rapporto ISTAT (2022) sul benessere psicologico condotto sulla fascia di popolazione 14-19 anni ha registrato che gli adolescenti insoddisfatti della propria vita e in cattive condizioni di salute mentale sono passati dal 3,2% del totale nel 2019, al 6,2% nel 2021, per un totale di 220.000 ragazzi (rapporto ISTAT, 2021).

A sostegno di ciò, uno studio condotto alla fine del primo lockdown ha mostrato la presenza di sintomi da stress in ben l'80% dei ragazzi intervistati, seppur nella maggior parte dei casi sottosoglia per una franca diagnosi clinica di disturbo post traumatico (Mensi *et al.*, 2021). In particolare, il terzo lockdown ha visto emergere un ventaglio ancora più ampio di problematiche rispetto alla salute mentale degli adolescenti; uno studio condotto in Italia in tale periodo ha mostrato dati allarmanti: il 41% degli intervistati si è sentito più stressato rispetto alla prima chiusura; l'1,85% ha mostrato sintomi sopra-soglia di disturbo post-traumatico da stress e il 21% ha manifestato sintomi isolati di stress acuto o post-traumatico a causa della pandemia. Inoltre, sono stati riscontrati sintomi psicotici (16%), panico (25% sopra-soglia), ansia (46,8% sopra-soglia), depressione (18,7% sopra-soglia), sintomi legati all'alimentazione (51%), difficoltà a dormire (57%), tendenza al ritiro sociale dopo la pandemia (15%), ideazione suicidaria (30%) e comportamenti autolesionistici (9%) (Mensi *et*

al., 2022). Dai molteplici studi post-pandemia, si evidenzia come le esperienze pandemiche siano state associate a un aumento dei sintomi psichiatrici su tutti i domini. In generale sembrerebbero aver registrato un maggior incremento nel corso della pandemia i disturbi riconducibili alla sfera dell'umore, i disturbi del comportamento alimentare, l'ideazione suicidaria (tentato suicidio e suicidio), gli episodi di autolesionismo, le alterazioni del ritmo sonno-veglia e il ritiro sociale (AGIA, 2022).

Se è vero che gli adolescenti sembrano aver sofferto maggiormente gli effetti, diretti e indiretti, della pandemia, diversi studi italiani sottolineano l'emergente disagio anche nelle fasce di età ancora più giovani. Da uno

studio su soggetti con presa in carico specialistica per patologia neuropsichiatrica emerge l'aumento di disturbi d'ansia e sintomi somatici nei bambini di età prescolare (Conti *et al.*, 2020). Un altro studio italiano ha analizzato l'insorgenza di difficoltà emotivo-comportamentali durante la pandemia nella popolazione generale: anche in questo caso si riscontrava un aumento di disturbi nel 65% dei bambini sotto i 6 anni di età, in particolare: aumento di irritabilità, disturbi del sonno, irrequietezza e difficoltà di separazione dal caregiver. Inoltre, è emersa una forte correlazione tra il livello di gravità del comportamento disfunzionale del bambino e il grado di malessere riportato dal genitore (Uccella *et al.*, 2021).

2. ACCESSI AL SSR PER I DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO (2015-2022)



Foto di Kirill Averianov su Pixabay

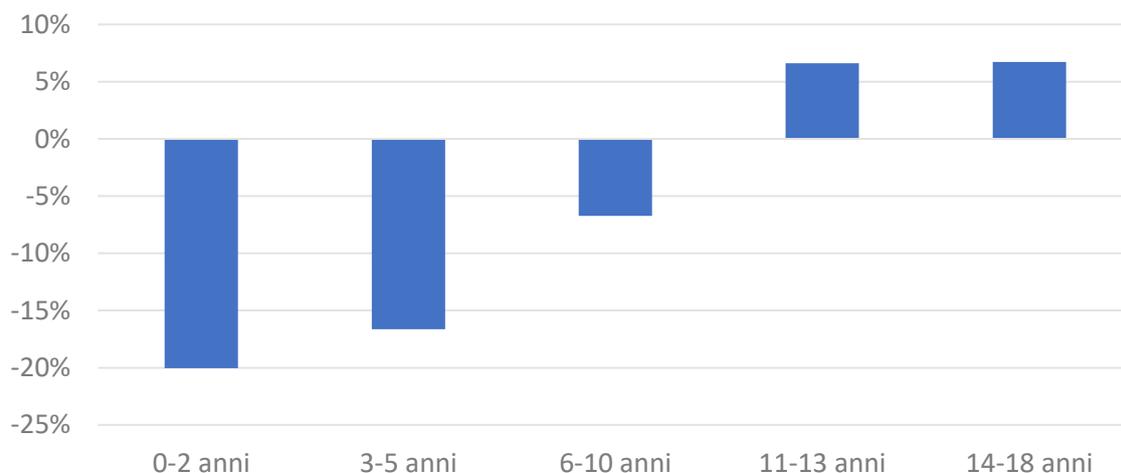
L'analisi svolta in questo capitolo approfondisce innanzitutto gli andamenti della prevalenza¹ nei diversi flussi considerati², per poter tenere in adeguata con-

1 La prevalenza descritta è la prevalenza *trattata*, cioè la prevalenza che è stata seguita nei servizi pubblici di riferimento, evidenziabile tramite l'analisi dei flussi amministrativi considerati, non la prevalenza generale nella popolazione, che richiede studi di popolazione *ad hoc*

2 Ambulatoriale di NPIA, Pronto Soccorso, Ricovero Ordi-

siderazione anche l'impatto della denatalità, rapportando quindi il valore assoluto degli utenti residenti in Lombardia con accessi in ciascun flusso alla numerosità della popolazione di età compresa tra 0 e 18 anni di ciascun anno e descrivendo in particolare gli andamenti nei due sessi e nei preadolescenti e adolescenti.

nario, Psicofarmaci, residenzialità terapeutica. Si veda appendice A per descrizione dettagliata.

Figura 2.1 – Variazione percentuale della popolazione residente in Lombardia, 2022 vs 2015

Fonte: elaborazioni degli autori su dati Istat

L'impatto della denatalità in Lombardia ha infatti agito soprattutto sulle classi di età più giovani, mentre le classi 11-13 anni e 14-18 anni hanno visto un incremento della popolazione di riferimento sia in epoca pre-pandemica che post-pandemica (figura 2.1); un aumento in valore assoluto degli accessi in queste classi di età senza un incremento nella prevalenza avrebbe quindi potuto essere solo un epifenomeno dell'andamento più generale della popolazione.

Nella seconda parte del capitolo, i dati dei flussi saranno utilizzati per affrontare il tema della continuità di cura tra i diversi livelli assistenziali e per approfondire una coorte particolare di pazienti, quelli con comportamenti autolesivi o suicidari, analizzandone i contatti con il servizio sanitario nei due anni precedenti l'evento indice e nell'anno successivo.

Infine, nella terza parte verranno confrontati gli andamenti delle prevalenze nei diversi territori regionali a partire dalle ATS di residenza degli utenti, andamenti che meglio consentono di riflettere sul reciproco impatto delle diverse tipologie di attività.

In Appendice A sarà invece possibile trovare una descrizione dettagliata dei singoli flussi e della metodologia utilizzata, in Appendice B un'analisi approfondita di ciascun singolo flusso, sia in valore assoluto sia in prevalenza, numero medio di contatti e scostamenti percen-

tuali in epoca pre-pandemica, pandemica e post-pandemica, tra cui anche gli accessi di minorenni ai servizi di psichiatria dell'adulto, l'andamento dei codici colore in PS e gli andamenti delle singole classi psicofarmacologiche.

2.1. Andamento generale

Complessivamente, il numero dei minorenni con disturbi del neurosviluppo e di salute mentale che sono stati in contatto con almeno uno dei principali flussi analizzati evidenzia un progressivo incremento della domanda in epoca pre-pandemica³, da circa 135.000 utenti/anno nel 2015 a 143.500 utenti/anno nel 2019.

Sebbene l'incremento in singoli flussi fosse già stato ampiamente descritto in precedenza in altre analisi di singole regioni (Regione Piemonte, 2017; Regione Toscana, 2012; Regione Emilia Romagna 2014), in

³ Nell'analisi, è considerato pre-pandemico l'andamento tra il 2016 e il 2019 e post-pandemico l'andamento tra il 2019 e il 2022, per consentire un confronto adeguato tra periodi tramite le variazioni percentuali. È considerato invece pandemico l'andamento del solo 2020 rispetto al 2019 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. Si veda l'Appendice A per ulteriori dettagli.

documenti interni regionali (Regione Lombardia, 2017) e nell'articolo già citato di Clavenna *et al.* (2013), per la prima volta si considera il numero totale di utenti con almeno un contatto con tutti i principali flussi come indicatore degli utenti in contatto con il sistema. Con questa modalità, non solo è possibile evidenziare che il numero complessivo di utenti è superiore di circa il 25% rispetto al numero di utenti del solo flusso ambulatoriale – e pertanto si avvicina maggiormente ai 253.000⁴ effettivamente attesi in base agli studi di popolazione presenti nella letteratura scientifica e nei documenti di indirizzo nazionali (Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, 2019) – ma, come vedremo più avanti, è possibile anche cominciare a effettuare alcune riflessioni sul tema della continuità di cura.

È inoltre possibile analizzare con maggior dettaglio l'impatto della pandemia sulle risposte dei servizi, la variabilità generata sui singoli flussi e in base alle scelte di programmazione effettuate nelle diverse regioni e nei singoli contesti territoriali.

In epoca pandemica, il numero totale di utenti in contatto con almeno uno dei flussi considerati diminuisce di solo 30.000 soggetti nel 2020 (-20%), percentuale molto minore di quelle descritte per altre discipline o in altre regioni per la stessa NPIA ed in genere comprese tra -30 e -50%. Si presume che tale decremento sia stato limitato, nonostante l'elevato impatto della pandemia in Lombardia, grazie anche alla importante scelta regionale di considerare la NPIA tra i servizi essenziali e di attivare immediatamente le attività di telemedicina a favore degli utenti dei servizi di NPIA.

In epoca post-pandemica, il numero totale di utenti in contatto con almeno uno dei flussi considerati si assesta su valori inferiori, 137.444 utenti nel 2022, ovvero 5.000 soggetti/anno in meno (-3,4%) tra 2019 e 2022. La maggior parte di tale riduzione è a carico

degli utenti con accessi in Pronto Soccorso (-45%, soprattutto codici verdi o bianchi) o con ricoveri ordinari (-32%), mentre la diminuzione degli utenti ambulatoriali appare limitata (-2%). Tali diminuzioni non sono omogenee in tutto il territorio regionale né sono analoghe per i disturbi psichiatrici e per quelli neurologici, e sembrerebbero correlate, oltre all'atteso impatto della pandemia sulle attività dei servizi, anche ai diversi mix di attività presenti nei territori delle singole ATS e al loro possibile effetto sulla continuità di cura nonché all'impatto, su un sistema a risorse limitate e ormai a saturazione, di un aumento generale della complessità della casistica.

Si assiste infatti, già in epoca pre-pandemica, a un progressivo aumento della complessità dell'utenza che entra in contatto con i servizi, evidenziato dall'incremento dei codici gialli/arancioni e rossi in PS, che nel 2022 raggiunge i 5.000 accessi tra disturbi neurologici e disturbi psichiatrici (+29% tra 2016 e 2019; +12% tra 2019 e 2022), a un incremento costante del numero di giornate di degenza (che passano da circa 70.000 all'anno nel 2015 a 76.000 nel 2019 a 77.000 nel 2022) e delle degenze medie nonché a un incremento degli utenti con prescrizioni psicofarmacologiche (17.176 utenti nel 2022; +16% tra 2016 e 2019; +27% tra 2019 e 2022) e/o con inserimenti residenziali terapeutici (513 utenti nel 2022; +75% tra 2016 e 2019; +30% tra 2019 e 2022). Soprattutto in epoca post-pandemica, gli incrementi sono prevalentemente a carico dei pazienti con disturbi psichiatrici, di genere femminile e nelle classi di età 11-13 e 14-18.

Si evidenzia inoltre un decremento della percentuale di utenti che riescono ad essere ricoverati in reparto NPIA, percentuale che nel 2019, grazie all'apertura, l'anno precedente, dei nuovi reparti di Milano e Varese, aveva raggiunto il 39,3% per i ricoveri ordinari per disturbi psichiatrici e al 14,4% per quelli neurologici, e che negli anni successivi diminuisce nuovamente fino ad arrivare al 33,3% e al 12,7% del totale dei ricoveri ordinari nel 2022, nonostante il numero di giornate di degenza in NPIA si mantenga ai livelli del 2019. Specularmente si assiste a un nuovo incremento della percentuale di ricoveri ordinari per i disturbi psichiatrici che avvengono in psichiatria adulti e in pedia-

4 253.000 è il 75% di 332.000 segnalati più sopra, in quanto in nessun disturbo è ipotizzabile che la necessità di accesso ai servizi possa riguardare effettivamente il 100% della popolazione attesa, è sempre presente una quota di utenti con disturbi lievi che hanno trovato strategie di compenso spontanee, o che hanno percorsi assicurativi, o che rifiuta di rivolgersi al servizio pubblico.

tria (nel 2019 erano scesi rispettivamente al 12,5 e al 23,7% del totale; risalgono rispettivamente al 15,6% e al 32,2% nel 2022; l'aumento del numero di giornate di degenza è prevalentemente a carico della pediatria, dove raddoppiano tra il 2019 e il 2022, mentre le giornate di degenza in psichiatria sono in linea con quelle del 2019) e dei ricoveri neurologici che avvengono in reparti non pediatrici (erano il 14,6% nel 2019; risalgono al 16,1% nel 2022, benché le giornate di degenza diminuiscano trasversalmente in tutti i reparti e in particolare in pediatria, -19%).

Si assiste inoltre a una progressiva inversione della percentuale relativa di utenti con ricoveri ordinari per disturbi psichiatrici e di utenti con ricoveri ordinari per disturbi neurologici, con la prevalenza di utenti con ricovero ordinario per disturbi psichiatrici che passa dal 27% del totale nel 2015 al 32% nel 2019 e al 36% nel 2022.

In tutti i flussi, l'aumento dei soggetti di sesso femminile e di alcune classi di età o gravità avviene a scapito dei soggetti di sesso maschile o di altre classi di età o gravità, evidenziando come l'incremento attuale, avvenendo nell'ambito di un sistema a risorse limitate e già a saturazione in epoca pre-pandemica, stia "spostando" fuori dal sistema una parte della popolazione, in particolare quella affetta da disturbi neurologici o da disturbi di minore complessità e gravità, di sesso maschile, e nelle classi di età 0-2 e 6-10 anni. Tale spostamento è particolarmente grave, poiché interferisce con la possibilità di intervenire in modo mirato e precoce sulle traiettorie evolutive dei diversi utenti e disturbi, con l'obiettivo di evitare la comparsa di ulteriori comorbidità, di scompensi acuti e cronicizzazioni.

Si evidenziano inoltre rilevanti criticità nella continuità di cura per gli utenti che accedono al Pronto Soccorso, al ricovero ordinario o a trattamenti psicofarmacologici, che in percentuali elevate (75% per il PS, 32% per i ricoveri ordinari e 28% per i trattamenti psicofarmacologici) non hanno alcun contatto ambulatoriale nelle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UONPIA) nello stesso anno, e rilevanti disomogeneità nei diversi territori regionali. Di particolare importanza evidenziare come l'incremento post-pandemico degli accessi di utenti con disturbi psichiatrici in Pronto Soccorso appaia più marcato

nei territori di ATS nelle quali la prevalenza di attività territoriali è più bassa.

2.2. Prevalenza in base al genere

L'andamento della prevalenza in base al genere evidenzia cambiamenti marcati tra epoca pre e post-pandemica in tutti i flussi analizzati, con un'inversione tra genere maschile e femminile. Si assiste infatti a un incremento marcato degli utenti di genere femminile in epoca post-pandemica, più evidente in alcuni flussi e, come vedremo successivamente, in alcune classi di età. È verosimile che tale incremento possa essere correlato a diversi fattori, sia a un diverso impatto della pandemia sul genere femminile rispetto al maschile, sia a un'aumentata capacità di riconoscimento di disturbi che mutano caratteristiche in base al genere (si pensi ai disturbi dell'attenzione o ai disturbi dello spettro autistico), sia a una maggiore legittimazione dell'accesso per tutti i soggetti (e in particolare per i soggetti di sesso femminile) avvenuta in epoca pandemica, sia infine al segnalato aumento di disturbi tipicamente a maggiore prevalenza femminile, quali i disturbi dell'alimentazione o la depressione.

Nelle attività ambulatoriali di NPIA, che avvengono sia nei Poli territoriali di NPIA sia negli ambulatori in ambito ospedaliero e includono utenti minorenni con qualunque disturbo del neurosviluppo, neurologico o di salute mentale⁵, se da un lato si conferma l'andamento complessivo in costante aumento negli anni e la caduta limitata nel 2020 (-15%) grazie alla tempestiva introduzione della telemedicina, si evidenzia anche come tale incremento in epoca pre-pandemica sia stato maggiore nei maschi rispetto alle femmine, mentre in epoca post-pandemica divenga maggiore per le femmine rispetto ai maschi, con una prevalenza nelle femmine che supera quella del 2019

5 I flussi ambulatoriali riportano la codifica diagnostica solo in una parte dei record e per un solo codice, non consentendo pertanto di separare gli utenti con disturbi neurologici da quelli con disturbi psichiatrici né di stratificare adeguatamente l'utenza. D'altro canto, come evidenziato in premessa, gli utenti con disturbi del neurosviluppo spesso presentano più diagnosi contemporaneamente presenti e la separazione presenta comunque ampi margini di sovrapposizione.

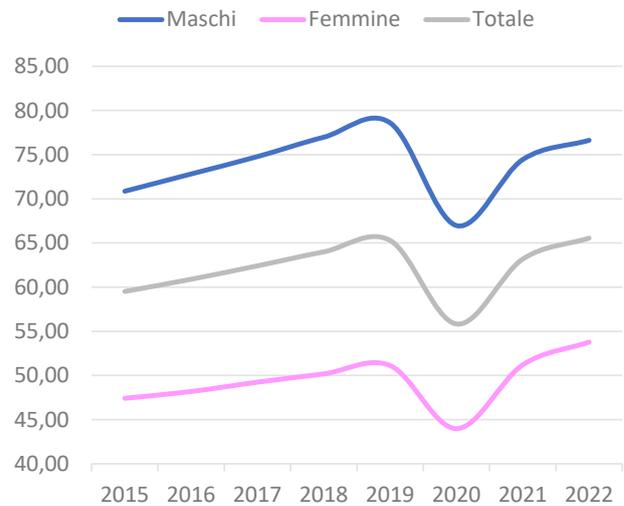
(53,78 per 1.000 nel 2022, era 51,12 per 1.000 nel 2019), mentre quella dei maschi (76,72 per 1.000 nel 2022), seppure in aumento, resta al di sotto di quella pre-pandemica (78,60 per 1.000). La prevalenza complessiva di utenti con almeno un contatto ambulatoriale di NPIA nel 2022 raggiunge il 65,55 per 1.000, praticamente sovrapponibile a quella del 2019 e corrispondente, stante la diminuzione della popolazione di riferimento, a circa 110.000 soggetti nell'anno (figura 2.2).

Il numero medio di prestazioni ambulatoriali per utente mostra modificazioni rilevanti, in particolare nelle femmine, con una tendenza in aumento già presente in epoca pre-pandemica e che prosegue e si amplifica nel 2020, per poi stabilizzarsi su valori più elevati nel 2021 e 2022 (10 prestazioni medie/anno) e analoghi a quelli dei maschi, che sono invece stabili nel tempo.

Dieci prestazioni medie all'anno corrispondono a circa una prestazione al mese per utente, numero molto limitato per la tipologia di utenti seguiti nei servizi di NPIA. A titolo di esempio, per un percorso diagnostico sono necessarie tra le 8 e le 12 prestazioni, per un percorso terapeutico per un bambino con disabilità complessa sono necessarie circa 150 prestazioni annue (con oscillazioni rilevanti in base al quadro e alla fascia di età), per un utente con un disturbo psichiatrico circa 75, mentre ne sono sufficienti mediamente un numero più limitato per i disturbi neurologici e per i disturbi specifici, in modo variabile a seconda delle singole situazioni. È inoltre verosimile che una percentuale molto elevata di utenti abbia solo 1 o 2 prestazioni/anno, assolutamente insufficienti per garantire la presa in carico di base. La distribuzione del numero di prestazioni ambulatoriali per utente appare certamente meritevole di un approfondimento ulteriore.

Per quanto riguarda i **soggetti minorenni con diagnosi di disturbi psichiatrici**⁶, l'incremento post-pandemico degli utenti di genere femminile si conferma in tutti i flussi ed è particolarmente marcato negli utenti con almeno una prestazione psicofarmacologica, in

Figura 2.2 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno una prestazione ambulatoriale in NPIA



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

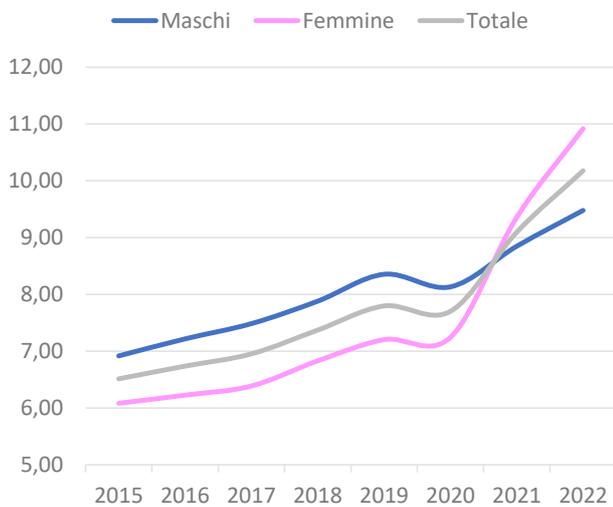
quelli inseriti in struttura residenziale terapeutica e nei ricoveri ordinari, mentre è presente ma meno marcato negli accessi al PS.

La prevalenza di soggetti con almeno una prescrizione psicofarmacologica era in aumento già in epoca pre-pandemica (+16%), ha un lieve rallentamento in epoca pandemica (-1%) e presenta un incremento più marcato in epoca post-pandemica (+31%), in modo particolare nel sesso femminile (+16 % tra 2016 e 2019; +52% tra 2019 e 2022), che dal 2021 supera ampiamente il sesso maschile. Nel 2022, la prevalenza di utenti con almeno una prescrizione psicofarmacologica (inclusi gli antiepilettici) è del 9,48 per 1.000 nei maschi e del 10,92 per 1.000 nelle femmine. L'aumento è soprattutto a carico della prescrizione di antidepressivi e antipsicotici e la prevalenza complessiva di utenti con almeno una prescrizione psicofarmacologica nel 2022 raggiunge il 10,18 per 1.000, corrispondente a circa 17.000 soggetti nell'anno (figura 2.3).

Per quanto riguarda i soggetti con almeno un accesso in PS per disturbi psichiatrici, si evidenzia un costante aumento della prevalenza tra il 2016 e il 2019 (+18%), un crollo nel 2020 (-46%) e una ripresa solo parziale nel

⁶ In Appendice A è descritta la metodologia utilizzata per la differenziazione.

Figura 2.3 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno una prescrizione farmaceutica

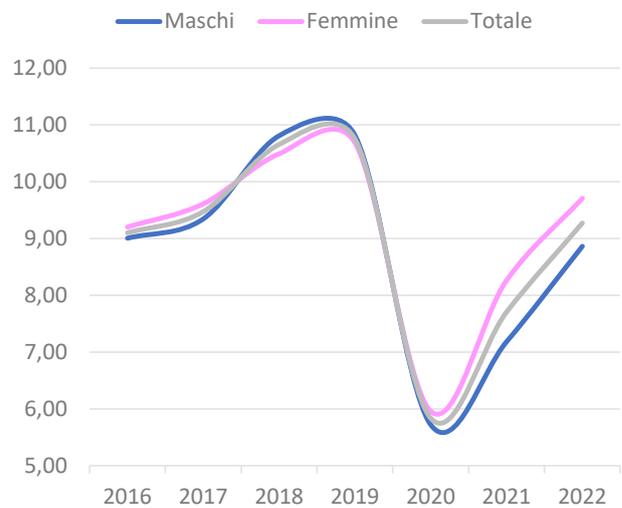


Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

2022 (-14% rispetto al 2019, con una prevalenza del 9,27 per 1.000). Anche in questo caso, l'aumento della prevalenza appare più marcato per le femmine (9,71 per 1.000 nel 2022), che supera in modo evidente la prevalenza dei maschi (8,86 per 1.000), senza ancora tornare ai livelli pre-pandemici (figura 2.4). L'analisi dei codici colore al triage evidenzia come la maggior parte della diminuzione sia a carico dei codici che identificano gli accessi non urgenti (bianchi e verdi) mentre è presente un progressivo aumento degli accessi più complessi e urgenti (gialli/arancioni e rossi, che nel 2022 sono stati 3.116).

La prevalenza di soggetti minorenni che hanno avuto almeno un ricovero ordinario per disturbi psichiatrici nel periodo 2015-2022 conferma l'andamento in crescita nel periodo pre-pandemico (+20%), con valori lievemente più elevati nel sesso maschile fino al 2019. Nel 2020 si assiste a una riduzione della prevalenza trattata (-29%), più evidente nei maschi (-35%), per i quali scende decisamente anche al di sotto della prevalenza osservata nel 2015; la riduzione è 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

Figura 2.4 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un accesso in PS per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze

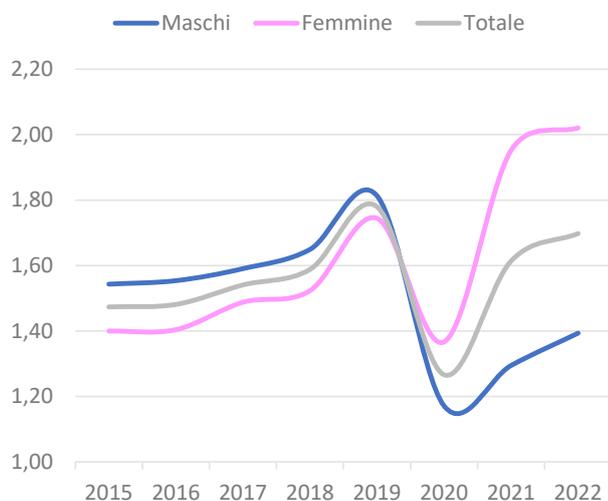


Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

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 incremento decisamente differente rispetto a quello storico. Complessivamente però la prevalenza dei ricoveri ordinari di minorenni per disturbi psichiatrici si assesta a -5% nel 2022 rispetto al 2019, con una prevalenza dell'1,7 per 1.000 (corrispondente a 2.397 utenti nell'anno), una prevalenza nei maschi dell'1,39 per 1.000 e nelle femmine del 2,02 per 1.000 (figura 2.5).

Infine, la prevalenza di minorenni con un percorso in residenzialità terapeutica, sebbene l'ordine di grandezza sia limitato, evidenzia un costante incremento sia pre che post-pandemico con solo due rallentamenti, uno nel 2018 e uno nel 2020. Tale incremento, che in epoca pre-pandemica aveva riguardato sia maschi (+67%) che femmine (+83%), a partire dagli anni post-pandemici appare riguardare quasi esclusivamente le femmine, che superano ampiamente in numerosità e prevalenza 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) e si assestano sulla prevalenza del 2019

Figura 2.5 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un ricovero ordinario per disturbi psichiatrici e abuso di sostanze



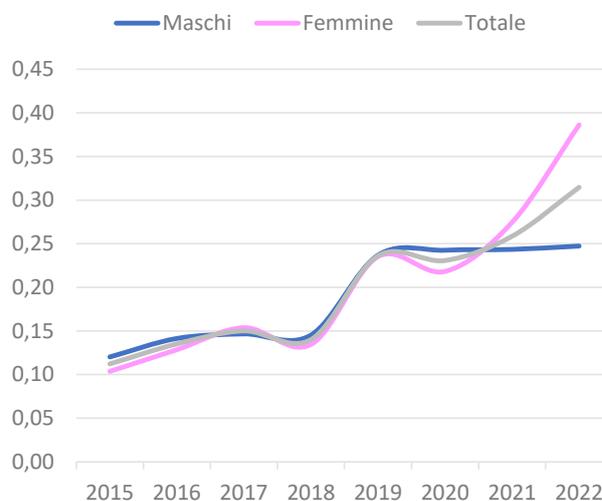
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

(intorno allo 0,24 per 1.000), mentre le femmine raggiungono lo 0,39 per 1.000 (+64%). La prevalenza complessiva nel 2022 è 0,31 per 1.000, corrispondente a 531 utenti nell'anno (figura 2.6).

Per quanto riguarda i **soggetti minorenni con diagnosi di disturbi neurologici**, non si rilevano particolari modificazioni in relazione al genere.

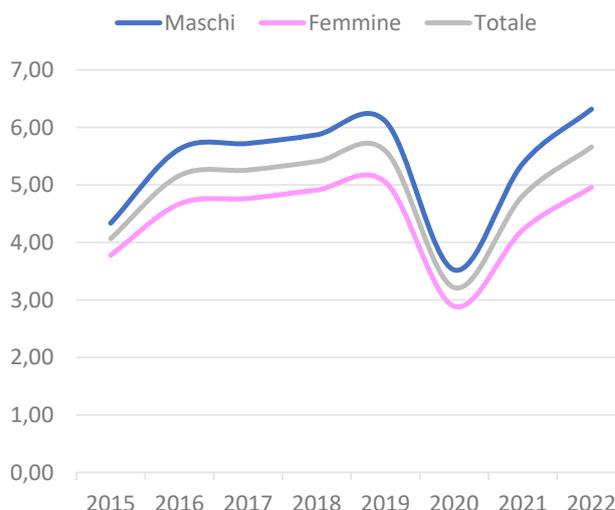
L'andamento delle prevalenze di soggetti minorenni con almeno un accesso in PS per disturbi neurologici appare in lieve aumento negli anni tra il 2016 e il 2019, passando dal 5,16 al 5,59 per 1.000, presenta poi una caduta del 43% nel 2020, lievemente meno marcata di quella degli utenti con disturbi psichiatrici, e un progressivo recupero nel 2021 per tornare a raggiungere nel 2022 i livelli del 2019, con una prevalenza del 5,66 per 1.000, pari a circa il 60% della prevalenza di accessi per disturbi psichiatrici. Complessivamente, riguarda circa 10.000 soggetti all'anno. Non vi sono cambiamenti di rilievo rispetto alle prevalenze relative di maschi e femmine. Anche per i disturbi neurologici, l'analisi dei codici colore al triage evidenzia come la maggior parte della diminuzione sia a carico dei codici che identificano gli accessi non urgenti (bianchi e verdi) mentre è presente un progressivo aumento degli accessi più com-

Figura 2.6 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un percorso di residenzialità terapeutica

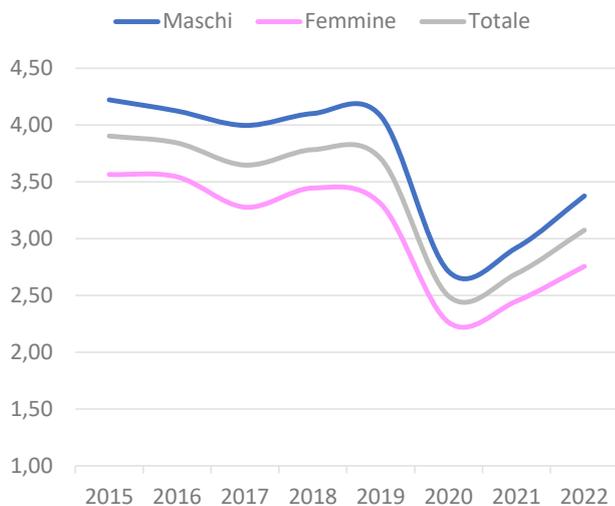


Fonte: elaborazioni degli autori su banche-dati ARIA SpA

Figura 2.7 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un accesso in PS per disturbi neurologici



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura 2.8 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un ricovero ordinario per disturbi neurologici

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

plexi e urgenti (gialli/arancioni e rossi), che nel 2022 raggiungono i 1.927 accessi nell'anno (figura 2.7).

L'andamento delle prevalenze dei minorenni lombardi con almeno un ricovero per disturbo neurologico evidenzia un andamento in lieve diminuzione in epoca pre-pandemica (-4%), un calo netto in epoca pandemica (-33% tra 2019 e 2020) e un aumento parziale in epoca post-pandemica, che si assesta al di sotto della prevalenza del 2019 (-17%) con una prevalenza nel 2022 del 3,07 per 1.000, corrispondente al 180% della prevalenza di ricoveri ordinari per disturbi psichiatrici (nel 2015 era il 265%, e nel 2019 il 207%) e a 4.341 utenti nell'anno. Anche in questo caso, si conferma la tendenza storica tra maschi e femmine, che vede una prevalenza nei primi (3,38 per 1.000) lievemente superiore alle seconde (2,76 per 1.000) (figura 2.8). Va ricordato che non sono inclusi i ricoveri di utenti residenti extraregione, che nei centri di terzo livello (es IRCCS Besta, IRCCS Mondino) raggiungono percentuali comprese tra il 29 e il 33% del totale dei ricoveri, in particolar modo per i disturbi neurologici.

È possibile che la diminuzione dei ricoveri per disturbi neurologici sia correlata a una maggiore saturazione

dei letti per altre tipologie di disturbi, in particolare psichiatrici (come evidenziato dall'andamento inverso delle due prevalenze nel tempo), 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 altre modalità di gestione e cura nell'ambito di MAC, pacchetti ambulatoriali, attività ambulatoriale standard etc.

2.3. Prevalenza nei preadolescenti e adolescenti

Gli utenti preadolescenti e adolescenti richiedono un approfondimento mirato, trattandosi di classi di età in cui progressivamente diminuisce il contatto con i servizi delle situazioni lievi, ma aumenta l'accesso per i disturbi psichiatrici, già noti o di nuova intercettazione. L'andamento delle prevalenze mostra un incremento in tutti i flussi per la classe 14-18 anni 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 a partire dal 2010 con i progetti regionali di NPJA), una discesa nel 2020 e un aumento nel 2022 che raggiunge e supera i livelli del 2019 collocandosi al di sopra dei livelli attesi in base al trend 2015-2019. È invece più variabile per gli 11-13 anni, con prevalenze che raggiungono e superano l'andamento pre-pandemico solo in alcuni flussi.

In ambito ambulatoriale, il 46% degli utenti seguiti nel 2022 è di età compresa tra 11 e 18 anni, era il 40% nel 2015, andamento che appare in linea con le modificazioni della numerosità della popolazione nelle diverse classi di età nel tempo.

La classe 14-18 anni è quella che evidenzia il maggiore aumento nel flusso ambulatoriale, sia nella numerosità sia nella prevalenza, passando dal 45,86 per 1.000 nel 2016 al 53,24 per 1.000 nel 2019 (+16%) al 58,64 per 1.000 nel 2022 (+10% con 28.457 utenti nell'anno), e la minore diminuzione della prevalenza in epoca pandemica (-12%). La classe 11-13 anni è seconda per prevalenza tra tutte le classi di età, con un andamento complessivo che evidenzia un lieve aumento in epoca pre-pandemica (+1%), dal 78,83 per 1.000 nel 2016 al

79,42 per 1.000 nel 2019, una diminuzione maggiore della media nel 2020 (-16%) e un nuovo aumento in epoca post-pandemica con una prevalenza nel 2022 del 75,92 per 1.000, che non raggiunge però i valori del 2019 (-4%) e si assesta a 22.519 utenti nell'anno (figura 2.9).

Per quanto riguarda i **soggetti preadolescenti e adolescenti con diagnosi di disturbi psichiatrici**, l'incremento delle prevalenze per la classe 14-18 anni si conferma in tutti i flussi, è più marcato in epoca post-pandemica e negli utenti con almeno una prestazione psicofarmacologica, in quelli inseriti in struttura residenziale terapeutica e nei ricoveri ordinari, mentre è presente ma meno marcato negli accessi al PS.

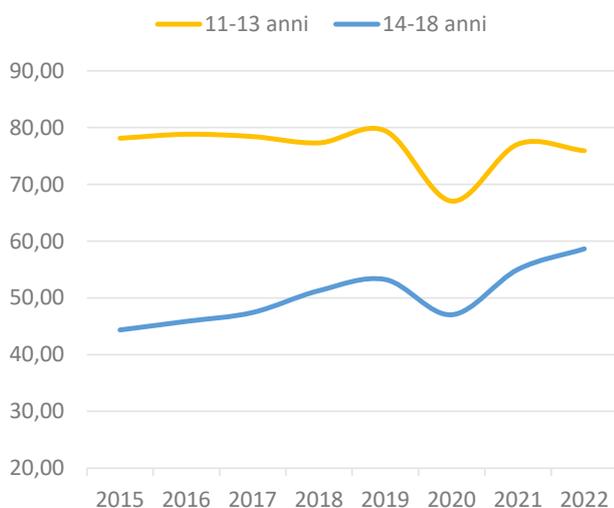
L'andamento della prevalenza di soggetti con almeno una prescrizione farmacologica per classi di età evidenzia le prevalenze più elevate nelle fasce 14-18 (21,91 per 1.000 nel 2022) e 11-13 (9,28 per 1.000 nel 2022), con un incremento rilevante già in epoca pre-pandemica sia nei 14-18 anni (+18 %) sia negli 11-13 anni (+12%) e un ulteriore incremento in epoca post-pandemica soprattutto per i 14-18 anni (+37%, 10.630 utenti complessivi nell'anno 2022) mentre gli 11-13 anni mantengono un trend analogo a quello pre-pandemico

(+12%, 2.753 utenti complessivi nell'anno 2022) (figura 2.10). È importante evidenziare come, in questo caso, non solo la flessione nel 2020 sia stata minima, ma il successivo aumento sia andato molto oltre la tendenza attesa in base agli anni pre-pandemici.

La classe di età 14-18 mostra un incremento pre-pandemico della prevalenza di accessi in PS (+12%), meno marcato delle altre classi di età, mentre mostra la minore diminuzione nel 2020 (-38%) e un maggiore recupero tra 2020 e 2022, fino ad arrivare quasi alla prevalenza pre-pandemica (-4% rispetto al 2019, con una prevalenza del 12,87% nel 2022 e 6.245 utenti nell'anno). I soggetti di 11-13 anni mostrano invece un maggiore incremento della prevalenza in epoca pre-pandemica (+22%) ma un minor recupero post-pandemico, con una prevalenza nel 2022 del 7,39 per 1.000 (-16% della prevalenza 2019) e 2.164 utenti nell'anno (figura 2.11).

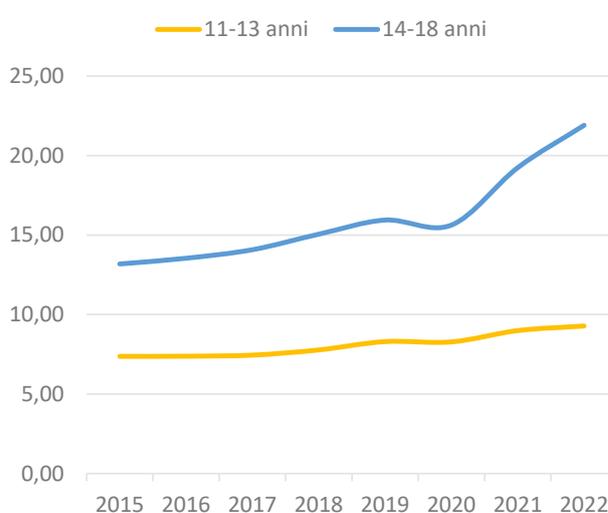
Per quanto riguarda i ricoveri ordinari per disturbi psichiatrici, la classe 14-18 anni mostra un incremento della prevalenza già in epoca pre-pandemica (+26%), la minore diminuzione nel 2020 (-18%) e il maggiore aumento in epoca post-pandemica (+15%) arrivando a essere la classe di età con la maggiore prevalenza

Figura 2.9 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno una prestazione ambulatoriale in NPIA



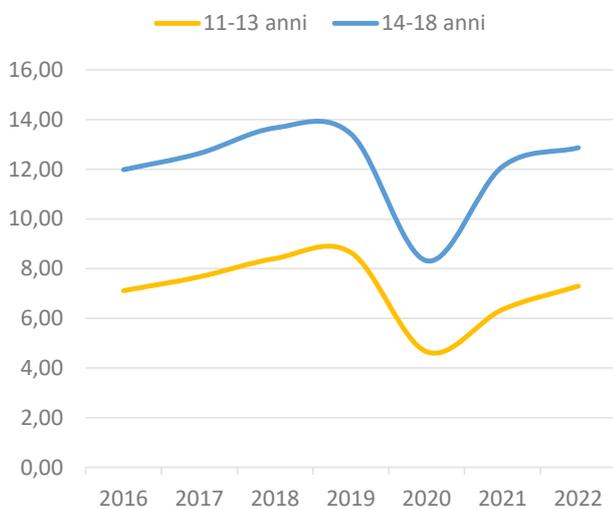
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura 2.10 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno una prescrizione psicofarmacologica



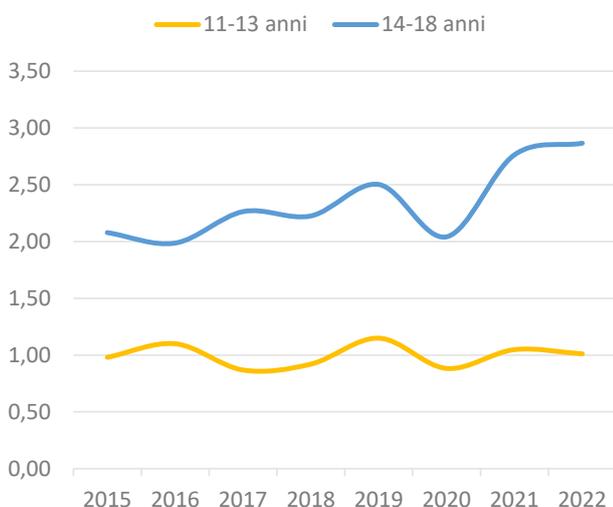
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura 2.11 – 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

Figura 2.12 – 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

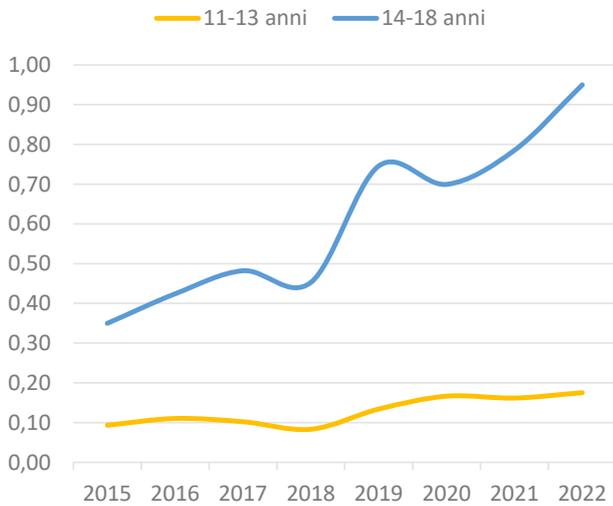
di utenti con ricoveri ordinari per disturbi psichiatrici o abuso di sostanze (2,87 per 1.000 nel 2022, 1.222 utenti nell'anno) nonché l'unica classe di età che raggiunge e supera i livelli del 2019. La classe 11-13 mostra un minore aumento pre-pandemico (+4%), una maggiore diminuzione nel 2020 (-23%) e un minor recupero in epoca post-pandemica (-12% rispetto al 2019), con una prevalenza del 1,01 per 1.000 nel 2022 e 256 utenti nell'anno (figura 2.12).

Infine, l'incremento dei soggetti con almeno un percorso in residenzialità terapeutica è quasi integralmente a carico della classe di età 14-18 (461 ragazzi nel 2022, erano 159 nel 2015), sebbene sia evidente un aumento anche nella classe 11-13 (52 ragazzi nel 2022, erano 26 nel 2015), che comunque presenta una numerosità complessiva decisamente più limitata. L'andamento delle prevalenze mostra un incremento pre-pandemico particolarmente marcato per la classe di età 14-18, che passa da 0,42 a 0,75 per 1.000 (+80%) mentre la classe 11-13 anni passa da 0,11 per 1.000 a 0,13 per 1.000 (+21%). L'aumento prosegue in epoca post-pandemica, raggiungendo una prevalenza dello 0,95 per 1.000 (+27%) per i 14-18 anni e del 0,18 per 1.000 (+31%) per gli 11-13 anni (figura 2.13). Per quanto riguarda i soggetti preadolescenti e adolescenti con diagnosi di disturbi neurologici, gli andamenti sono abbastanza differenti per gli accessi al PS e per i ricoveri ordinari.

La classe d'età 14-18 anni è quella con la maggiore prevalenza di accesso in PS nel 2022 per disturbi neurologici (superiore all'8 per 1.000, con 4.021 utenti nell'anno), seguita dalla classe 11-13 (6 per 1.000, con 1.827 utenti nell'anno). Entrambe le prevalenze sono più basse di quelle per disturbi psichiatrici (-40% per 14-18 anni; -18% per 11-13 anni). È presente un aumento pre-pandemico sia per i 14-18 anni (+11%) sia per gli 11-13 anni (+9%), meno marcato di quello dei disturbi psichiatrici, una diminuzione nel 2020 e un maggiore recupero in epoca post-pandemica, che per la classe 14-18 supera i valori del 2019 (+7%), seppur con un andamento meno marcato di quello pre-pandemico (figura 2.14).

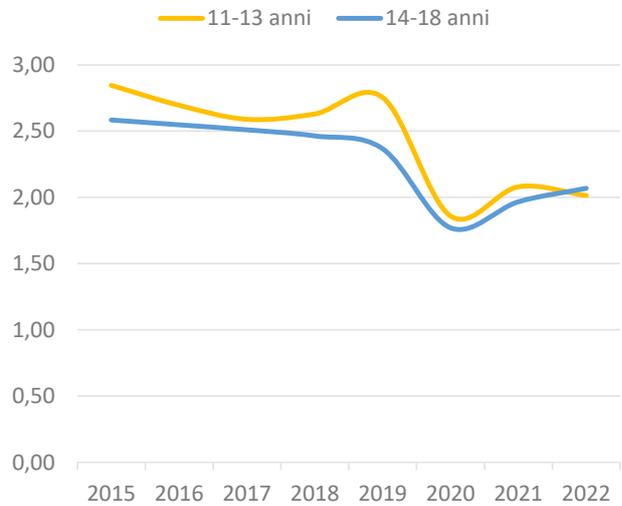
In ricovero ordinario, entrambe le classi di età presentano un andamento stabile o in parziale diminuzione in epoca pre-pandemica, una diminuzione in epoca pandemica e si assestano poi poco sopra le prevalenze di

Figura 2.13 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un percorso di residenzialità terapeutica



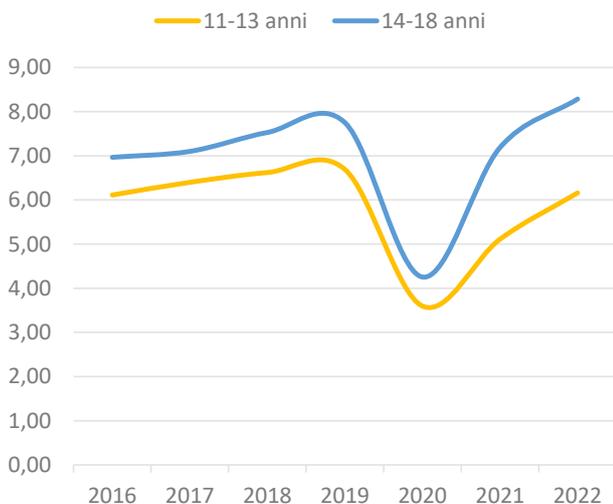
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura 2.15 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un ricovero ordinario per disturbi neurologici



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura 2.14 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un accesso in PS per disturbi neurologici



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

ricovero pandemiche, con una prevalenza del 2,07 per 1.000 per i 14-18 anni nel 2022 (corrispondente a 882 utenti nell'anno) e del 2,01 per 1.000 per gli 11-13 anni (corrispondente a 510 utenti nell'anno) (figura 2.15).

2.4. Prevalenza nei bambini 0-11 anni

L'andamento delle prevalenze di utenti delle altre classi di età (0-2; 3-5; 6-10) è di estrema importanza per evidenziare se la pressione sui servizi conseguente all'aumento degli accessi di utenti preadolescenti e soprattutto adolescenti stia avendo conseguenze negative sull'accesso ai servizi stessi dei bambini delle classi di età più basse, che sono di particolare rilievo per la prevenzione e l'intervento precoce.

In ambito ambulatoriale, la classe 3-5 anni (molto rilevante per le attività di diagnosi e intervento pre-

coce) mostra un andamento in costante aumento, più consistente in epoca pre-pandemica (quando passa dal 52,37 per 1.000 del 2015 al 62,66 per 1.000 del 2019), mostra poi una caduta nel 2020 e un recupero in epoca post-pandemica, con una prevalenza del 62,81 per 1.000 nel 2022 (corrispondente a 15.160 utenti nell'anno), di poco superiore a quella del 2019. L'andamento della curva appare abbastanza simile a quello pre-pandemico, ma spostato verso il basso (figura 2.16).

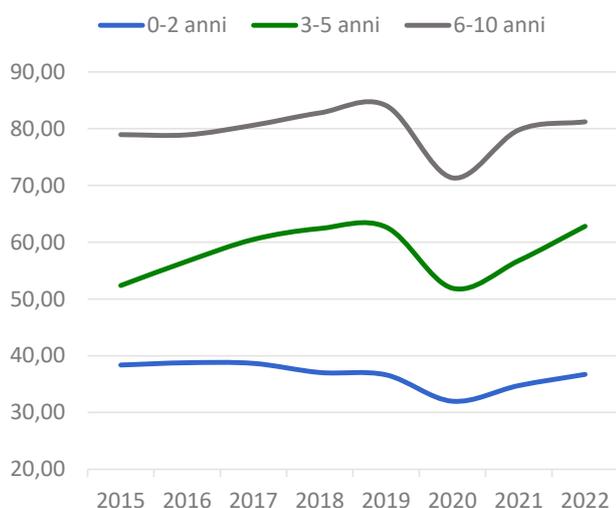
La classe 0-2 anni raggiunge nel 2022 una prevalenza del 36,72 per 1.000 (corrispondente a 7.819 utenti nell'anno), di poco superiore a quella del 2019 ma decisamente più bassa della prevalenza del 2015 (38,37 per 1.000) (figura 2.16). Si tratta della classe di età con la minore prevalenza, in cui entrano in contatto con i servizi soprattutto i bambini con disturbi più complessi e gravi o quelli coinvolti in attività di prevenzione e intercettazione precoce. Una ulteriore diminuzione della prevalenza sia in epoca pre-pandemica che post-pandemica rappresenta un campanello d'allarme importante, se interpretata come minor disponibilità di accesso in servizi soprassaturi chiamati a rispondere prevalentemente alle emergenze e sempre meno in

grado di investire in attività di intercettazione precoce, con ricadute negative sulla prognosi a distanza.

Infine, è la classe 6-10 anni che evidenzia le maggiori criticità, nonostante sia quella con la maggiore prevalenza tra tutte le classi di età, scendendo nel 2022 all'81,22 per 1.000 rispetto all'84,07 per 1.000 del 2019 (era il 78,95 per 1.000 nel 2015) (figura 2.16).

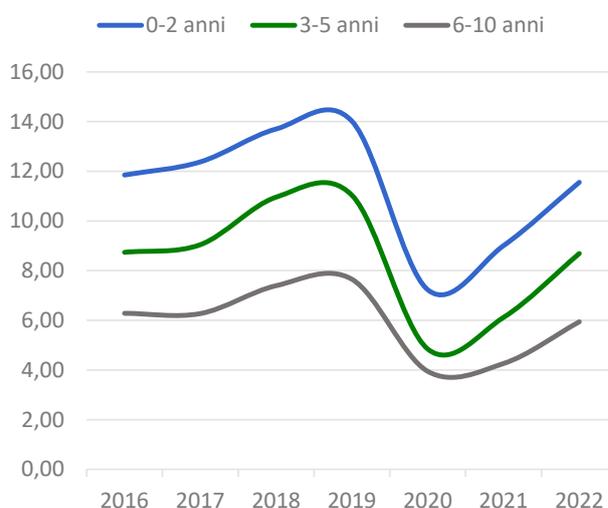
Si tratta della classe di età più rilevante per la continuità della presa in carico di disturbi intercettati nelle età precedenti, ma anche per la diagnosi e l'intervento precoce di tutti quei disturbi psichiatrici che impatteranno poi su preadolescenza e adolescenza se non adeguatamente trattati per tempo, come la disregolazione emotiva, i disturbi di attenzione, i disturbi della condotta e molti altri. È infine la classe di età in cui è maggiormente presente tutto l'ampio gruppo dei disturbi specifici (ad esempio dislessia, discalculia, disortografia etc.), che sempre più rischia di non trovare spazio nel servizio sanitario pubblico e in quasi i 2/3 dei casi finisce per rivolgersi alle equipe private. Anche in questo caso, la diminuzione post-pandemica e soprattutto l'effetto plateau evidente nella curva è un campanello d'allarme importante. Complessivamente, quindi, gli andamenti delle preva-

Figura 2.16 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno una prestazione ambulatoriale in NPJA



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura 2.17 – 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

lenze nel tempo evidenziano purtroppo come l'aumento dell'accesso ai servizi della classe di età adolescenziale avvenga a scapito dell'accesso di altre classi di età e della conseguente possibilità di intercettazione precoce e di trattamento dei disturbi fin dalle prime epoche di vita.

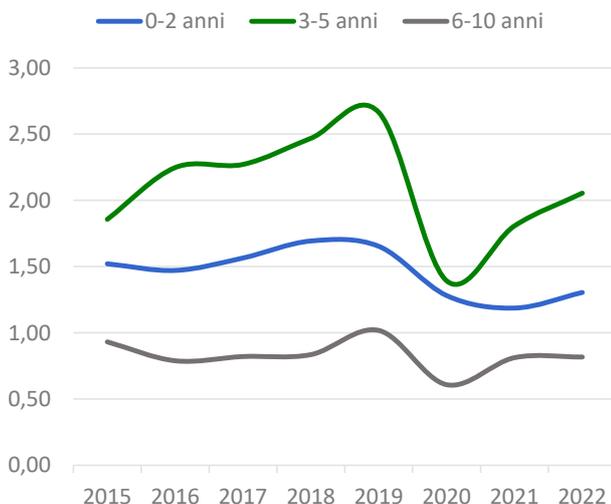
Per quanto riguarda i **soggetti delle classi di età 0-10 anni con diagnosi di disturbi psichiatrici**, vediamo una diminuzione trasversale della prevalenza di utenti con accesso al PS, con prevalenze che erano in aumento in epoca pre-pandemica (+ 20% circa) e che, invece, in epoca post-pandemica non hanno ancora recuperato la diminuzione del 2020 (-50%), assestandosi su una diminuzione del 20% circa rispetto al 2019 e 7.200 accessi all'anno nel 2022 (figura 2.17).

In ricovero ordinario, è la classe 3-5 anni che presenta un aumento in epoca pre-pandemica, la maggiore diminuzione nel 2020 e una ripresa solo parziale rispetto alle altre classi di età in epoca post-pandemica, raggiungendo nel 2022 una prevalenza del 2,05 per 1.000 (corrispondente a 395 utenti nell'anno), inferiore rispetto al 2019 (-23%) e sostanzialmente in linea con la prevalenza del 2015. Le altre classi di età mostrano un andamento più stabile, senza particolari aumenti in epoca pre-pandemica,

demica, con una modesta diminuzione nel 2020 e un assestamento nel 2022 su valori lievemente più bassi del 2019 (1,30 per 1.000 per 0-2 anni e 0,82 per 1.000 per 6-10 anni, corrispondenti rispettivamente a 221 e 303 utenti nell'anno) (figura 2.18).

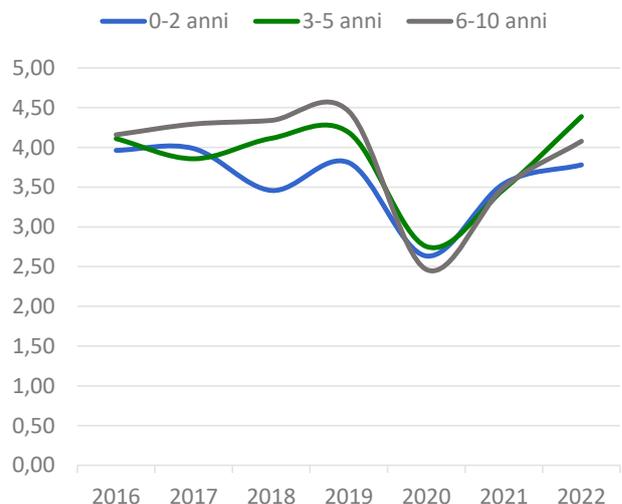
Il dato evidenzia ulteriormente la diminuita disponibilità di risposte per gli utenti delle classi di età comprese tra 0 e 10 anni, sebbene sia verosimile che il decremento evidenziato negli utenti con accesso in PS sia relativo soprattutto a codici verdi e bianchi, e che una parte dei ricoveri fossero da attribuire ad approfondimenti diagnostici per disturbi del neurosviluppo. Unito al già segnalato decremento delle risposte ambulatoriali per queste classi d'età, conferma il rischio di una diminuita possibilità di intercettazione precoce e di trattamento dei disturbi fin dalle prime epoche di vita, con conseguenze sulla prognosi a distanza. Per quanto riguarda i soggetti delle classi di età 0-10 anni con diagnosi di disturbi neurologici, le prevalenze di accesso in PS sono assai minori rispetto a quelle per disturbi psichiatrici, sono simili per le tre classi di età e abbastanza stabili nel tempo, collocandosi intorno al 4 per 1.000 per ciascuna classe d'età

Figura 2.18 – 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

Figura 2.19 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un accesso in PS per disturbi neurologici



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA



Foto di Mikhail Nilov su Pexels

nel 2022, con 3.705 utenti/anno complessivi, salvo la diminuzione del 2020 (figura 2.19).

Le prevalenze di utenti con ricovero ordinario sono invece abbastanza diverse per le tre classi di età, benché stabili in epoca pre-pandemica, con una prevalenza intorno all'8,7 per 1.000 per la classe 0-2 anni, intorno al 4,6 per 1.000 per la classe 3-5 anni e intorno al 2,6 per 1.000 per la classe 6-10 anni. È soprattutto la classe 0-2 anni a presentare una diminuzione marcata nel 2020 e una prevalenza decisamente inferiore nel 2022 (7,9 per 1.000, corrispondente a 1.345 utenti nell'anno) rispetto al 2019. Le altre due classi di età mostrano una minore caduta nel 2020 e si stabilizzano su prevalenze di poco inferiori rispetto al 2019, intorno al 4,21 per 1.000 per la classe 3-5 anni (corrispondente a 810 utenti nell'anno) e intorno al 2,14 per 1.000 per la classe 6-10 anni (corrispondente a 794 utenti nell'anno) (figura 2.20).

Anche in questo caso, il dato evidenzia la diminuita disponibilità di risposte per gli utenti con disturbi neurologici delle classi di età comprese tra 0 e 10 anni e in particolare per la classe 0-2.

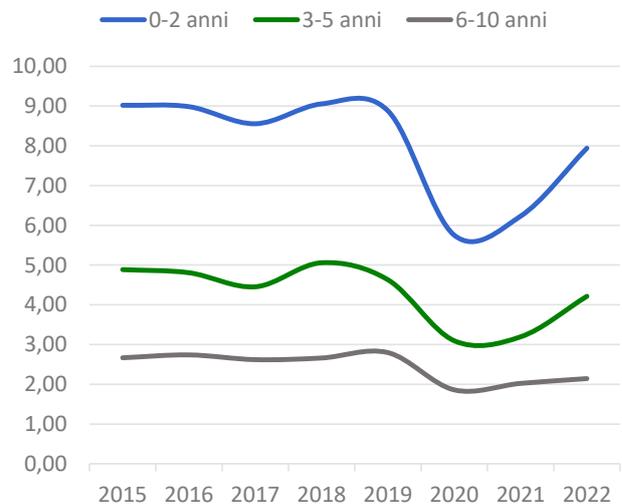
2.5. Continuità di cura

Il tema della continuità di cura è di estrema importanza nelle patologie croniche, e ancora di più nell'ambito dei bambini e ragazzi con disturbi del neurosviluppo o di salute mentale. La continuità all'interno dello stesso servizio, ma soprattutto tra diverse tipologie di servizi, risulta fondamentale in quei bambini e adolescenti con disturbi complessi e comorbidità, che richiedono percorsi di cura la cui tipologia e intensità deve adattarsi ai bisogni assistenziali che cambiano nel tempo.

Un primo grossolano livello di analisi, che tuttavia già consente di identificare criticità e possibili linee di intervento, può essere ottenuto incrociando i diversi flussi amministrativi per monitorare la percentuale di soggetti con disturbi del neurosviluppo i cui percorsi si sono limitati a un'unica tipologia di interventi.

A seconda dei flussi considerati, si possono evidenziare criticità nella continuità dei percorsi di cura o, al contrario, evidenziare il buon funzionamento dei percorsi stessi, ovvero ancora evidenziare un possibile

Figura 2.20 – Prevalenza (per 1.000) di soggetti con almeno un ricovero ordinario per disturbi neurologici



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

aumento nel tempo della complessità delle popolazioni seguite. Ad esempio, il riscontro di una percentuale elevata di utenti che hanno solo prestazioni ambulatoriali è indice di una buona capacità di intercettazione da parte dei servizi territoriali, assumendo che questi ultimi riescano a evitare che i pazienti giungano a situazioni critiche che richiedono il ricovero ordinario o l'accesso al Pronto Soccorso (assunto questo che comunque richiede la verifica attraverso analisi più dettagliate). Viceversa, il riscontro di una percentuale elevata di utenti che hanno solo ricoveri ordinari o solo accessi in PS è verosimilmente un indicatore di criticità nella continuità del percorso di cura e delle risposte territoriali perché si presume che alla dimissione, o dopo un passaggio in PS, l'utente abbia necessità di una prosecuzione del suo percorso di cura o quantomeno di ricevere attività di follow-up nei servizi territoriali. Ciò è ancora più rilevante nel caso delle prestazioni residenziali terapeutiche, che rappresentano la tipologia di interventi a maggiore intensità assistenziale, che richiede l'integrazione territoriale non solo per l'invio ma anche per costruire il rientro nel territorio di residenza. Per quanto riguarda le prescrizioni psicofarmacologiche, una percentuale rilevante di utenti che non presentano altre tipologie

di intervento può evidenziare non solo un deficit di presa in carico nei servizi territoriali, ma anche rappresentare un indicatore indiretto di ricorso al privato o di terapie prescritte in autonomia da pediatri di libera scelta o medici di medicina generale.

Prestazioni territoriali. La percentuale di utenti con almeno una prestazione territoriale sul totale degli utenti aumenta progressivamente in epoca pre-pandemica, passando dal 75,5% del 2015 al 79% del 2019, aumenta in modo ancor più rilevante nel 2020 salendo all'84%, per poi diminuire progressivamente negli anni successivi fino a raggiungere l'80% nel 2022 (figura 2.21). Ciò suggerisce: i) un progressivo miglioramento della continuità di cura con il territorio in epoca pre-pandemica, avendo registrato nel quinquennio 2015-19 complessivamente circa 4.000 pazienti in più seguiti anche sul territorio; ii) il persistere di rilevanti criticità poiché nel 2022 26.815 utenti, corrispondenti al 19,5% del totale, non hanno ricevuto alcuna attività territoriale.⁷

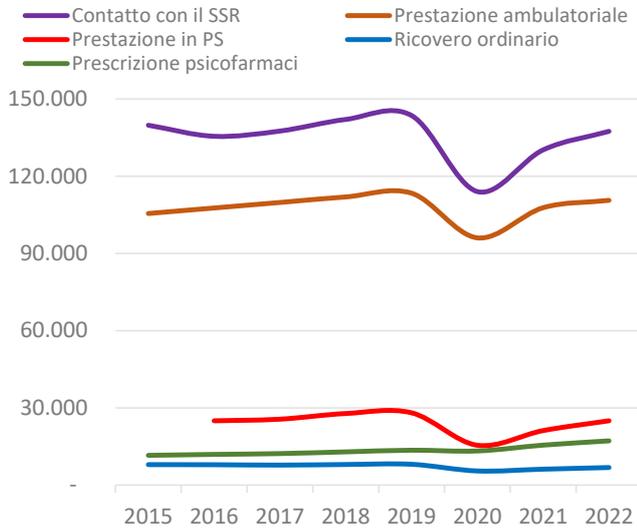
Contestualmente, la percentuale di utenti che riceve solo una prestazione territoriale sul totale degli utenti mostra una costante riduzione, passando dall'88,4% del 2015 all'87,1% del 2019 all'85,1% del 2022 (figura 2.22). Ciò conferma il progressivo miglioramento della continuità di cura, ma evidenzia allo stesso tempo l'incremento della complessità degli utenti, poiché aumenta il numero di utenti che hanno necessità anche di altri livelli assistenziali, oltre a quello territoriale.

Pronto soccorso. La percentuale di utenti con almeno un accesso al PS è abbastanza stabile in epoca pre-pandemica, oscillando tra il 18,6% e il 19,6% del totale degli utenti con almeno un contatto in qualunque flusso considerato, diminuisce in modo rilevante nel 2020 scendendo al 13% (soprattutto per l'impatto del decremento dei codici verdi e bianchi) e risale progressivamente negli anni successivi fino a raggiungere il

18,2% nel 2022 (figura 2.21). Anche la quota di utenti con solo un accesso al PS senza accessi in alcun altro flusso è abbastanza stabile in epoca pre-pandemica (tra 79,7 % e 79,9%), mentre mostra una marcata riduzione nel 2020 (73,9%) assestandosi al 74,5% nel 2022 (figura 2.22). Benché si evidenzino un incremento dei pazienti con almeno un accesso al PS che sperimentano almeno un ulteriore contatto con altri servizi (circa 1.300 pazienti in più nel periodo considerato), e sebbene sia possibile ipotizzare che alcuni accessi con codici verdi e bianchi potrebbero avere necessità di cura presso consultori, servizi di psicologia o altre tipologie di servizi (qui non considerati), nel 2022 ben 18.605 utenti su 24.984 sono tracciati dal solo flusso del PS, suggerendo il forte potenziale di criticità nella continuità delle cure territoriali dei pazienti visti solo in PS. È plausibile che la presenza di rilevanti criticità nella continuità di cura per utenti con accesso in PS possa contribuire almeno in parte al progressivo aumento di accessi in PS con codice giallo e rosso e all'incremento del numero medio di accessi in PS per utente descritto in allegato B, anche se da verificare empiricamente. In ogni caso, ci si aspetta che interventi in grado di garantire continuità assistenziale possano evitare il peggioramento clinico e il ritorno al PS stesso.

Ricoveri ordinari. Il numero degli utenti con almeno un ricovero ordinario aumenta progressivamente in epoca pre-pandemica, in parallelo all'aumento di tutti gli utenti, come evidenziato dalla sostanziale stabilità della percentuale di utenti con un ricovero ordinario sul totale degli utenti, che permane intorno al 5,6%. Nel 2020, diminuiscono in modo rilevante sia il numero di utenti con ricovero ordinario sia la loro percentuale sul totale degli utenti, che scende al 4,8% e risale progressivamente negli anni successivi fino a raggiungere il 5 % del totale degli utenti nel 2022 (figura 2.21). La percentuale di utenti che non hanno avuto altre prestazioni oltre al ricovero ordinario sul totale degli utenti con almeno un ricovero ordinario mostra una marcata riduzione in epoca pre-pandemica (dal 43,6% del 2015 al 36,4% del 2019), diminuisce ulteriormente nel 2020 (32,6%) e si assesta al 31,6% nel 2022 (figura 2.22). La presenza di quasi un terzo di utenti in cui il ricovero resta l'unico intervento è un indicatore particolarmente significativo

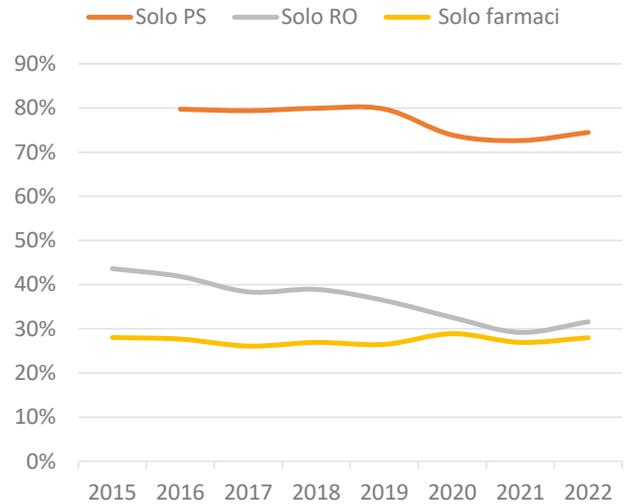
⁷ Come già evidenziato, la criticità deriva dal fatto che ci si attende che: i) tutti gli utenti con RO, prescrizioni psicofarmacologiche e percorsi residenziali debbano avere anche una presa in carico territoriale e che ii) la maggior parte degli utenti con accesso in pronto soccorso debba avere una presa in carico o almeno un follow-up territoriale, eccettuate forse le situazioni più lievi.

Figura 2.21 – Numero di utenti che hanno avuto almeno un contatto con ciascun flusso analizzato

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

della necessità di introdurre strategie migliorative, nonostante i consistenti cambiamenti già avvenuti dal 2015 che hanno visto quasi il 10% di pazienti in più in contatto con almeno un altro servizio.

Prescrizione di farmaci. Il numero di utenti con almeno una prescrizione psicofarmacologica è in netto aumento (da 11.547 nel 2015 a 17.176 nel 2022), ma percentualmente sul totale degli utenti si osserva solo un lieve incremento in epoca pre-pandemica (dall'8% al 9%), con un aumento rilevante nel 2020 (12%) che si mantiene stabile negli anni successivi (figura 2.21). La percentuale di utenti che hanno solo prescrizioni psicofarmacologiche sul totale degli utenti che hanno prescrizioni psicofarmacologiche mostra una riduzione in epoca pre-pandemica (dal 28,0% nel 2015 al 26,5% nel 2019), ma risale al 28% nel 2022, e soprattutto mostra un aumento costante nei valori assoluti, passando da 3.235 utenti con solo prescrizioni psicofarmacologiche nel 2015 a 4.805 nel 2022 (figura 2.22). L'incremento complessivo delle prestazioni psicofarmacologiche, in valore assoluto come in percentuale sul totale degli utenti potrebbe essere un ulteriore indicatore di un aumento di complessità clinica della casistica, mentre l'aumento in valore

Figura 2.22 – Percentuale di utenti con almeno un ricovero ospedaliero (RO), accesso in PS o una prescrizione di psicofarmaci senza prestazione in altri flussi

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

assoluto e percentuale di utenti con solo prestazioni psicofarmacologiche conferma la presenza di significativa criticità nella continuità di cura nel SSN anche per i minorenni con trattamenti psicofarmacologici.

Percorso residenziale terapeutico. La percentuale di utenti con un percorso residenziale terapeutico sul totale degli utenti è in aumento in epoca pre-pandemica (dall'1,4 per 1.000 utenti nel 2015 al 2,9 per 1.000 nel 2019 rispettivamente corrispondenti a un numero assoluto di 199 e 410 utenti), e aumenta ulteriormente in epoca pandemica e post-pandemica, raggiungendo il 3,5 per 1.000 nel 2020 e il 3,9 per 1.000 nel 2022, con 531 utenti. Fino al 2018 tutti gli utenti con un percorso residenziale terapeutico hanno anche contatti in altri livelli assistenziali di NPIA, mentre dal 2019 e in epoca post-pandemica una piccola parte degli utenti, compresa tra il 2,2% e l'1,1%, non ha contatti con altri flussi nello stesso anno, evidenziando un peggioramento della continuità di cura verosimilmente correlato al maggior livello di saturazione dei servizi, peggioramento che in questa tipologia di utenti è da monitorare con particolare attenzione e richiede l'introduzione tempestiva di interventi migliorativi.

2.6. Comportamenti autolesivi e suicidari

La coorte dei pazienti con comportamenti suicidari o autolesivi è stata scelta come prima coorte di pazienti da analizzare per la rilevanza del problema di salute, per le numerose segnalazioni di un aumento in epoca post-pandemica, per la gravità delle conseguenze del mancato o inappropriato trattamento (incluso il rischio per la sopravvivenza), per l'impatto su familiari e contesto di vita, per l'intreccio con altri disturbi neuropsichici precedenti, contemporanei e/o successivi. Inoltre, presenta una limitata numerosità, che si aggira intorno ai 300 pazienti all'anno e permette una migliore possibilità di intercettazione di possibili bias e una ottimale messa a punto della metodologia di analisi e degli algoritmi.

L'identificazione nei flussi amministrativi standard degli utenti con comportamenti autolesivi o suicidari non è però semplice per diversi motivi. Innanzitutto, dal punto di vista della codifica diagnostica, il comportamento autolesivo o suicidario non è considerato una diagnosi a sé stante, ma una condizione transdiagnostica che influenza l'accesso ai servizi sanitari. Una causa di lesioni, pertanto raramente compare in prima diagnosi e per poterla intercettare vanno ricercati in modo mirato in tutti i campi diagnostici i diversi codici che potrebbero essere utilizzati.

In secondo luogo, fino a un recente passato, vi è stata la tendenza dei clinici a essere molto conservativi con la codifica, evitando di attribuirle, nelle situazioni nelle quali era presente il sospetto, ma non la certezza, soprattutto in ambiti non strettamente specialistici.

Per tali motivi, ideazione suicidaria e comportamenti autolesivi possono risultare fortemente sottostimati nei flussi amministrativi standard, ed è difficile valutare con certezza quanta parte degli aumenti che vengono registrati in anni recenti siano legati all'emersione di un sommerso che già esisteva e quanta invece a un aumento effettivo di tale sintomatologia, ma proprio per questo è di particolare importanza poter analizzare per la prima volta i dati esistenti e iniziare a riflettere su di essi.

Come evento indice, è stata utilizzata la prima volta in cui compare l'ideazione suicidaria o il tentato suicidio in un paziente (Ideazione suicidaria V 62.84 o Suicidio, tentato suicidio o lesioni autoinflitte E950-E959) nel flusso

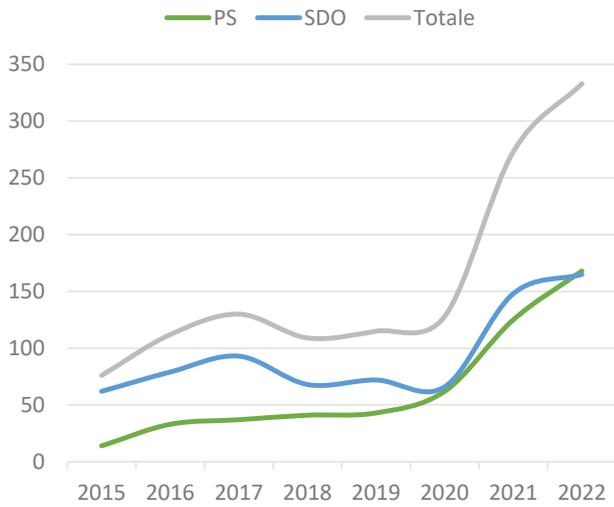
di pronto soccorso o nel flusso dei ricoveri ospedalieri ordinari (dove esiste ed è stato utilizzato anche il codice 5 = Autolesione o tentativo di suicidio nel campo Trauma).

A partire da quell'evento, sono state estratte per ciascun paziente minorenne tutte le prestazioni e gli interventi avvenuti nei due anni precedenti e nell'anno successivo in qualunque flusso e sono stati analizzati per coorti successive in base all'anno dell'evento indice. È necessario considerare che, per la natura intrinseca della coorte di individui che hanno sperimentato l'evento indice nel corso del 2022, i contatti con il Sistema Sanitario Regionale nell'anno successivo potrebbero risultare sottostimati. Ciò è dovuto al fatto che, al momento dell'analisi, la copertura del periodo di 365,25 giorni non fosse garantita per tutti i soggetti inclusi nella coorte. Per esempio, nel caso di un individuo che ha avuto l'evento indice il 31 dicembre 2022, non sarebbe stato possibile acquisire informazioni aggiuntive sui contatti avvenuti nell'anno successivo. Sono state analizzate le caratteristiche degli interventi che hanno preceduto l'evento indice e quelle degli interventi che lo hanno seguito, tra cui l'intensità e tipologia di interventi del percorso di cura pre e post evento indice, il livello di assistenza utilizzato (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, day-hospital, degenza ordinaria, pronto soccorso), la tipologia di prescrizioni farmacologiche, le eventuali altre diagnosi associate etc.

Gli utenti che presentano per la prima volta un accesso per ideazione suicidaria o comportamento autolesivo/suicidario identificati dall'incrocio dei due flussi principali (ricoveri ordinari e pronto soccorso) passano da 76 nel 2015 a 115 nel 2019 (+51% nei 4 anni, con il massimo aumento tra 2015 e 2016) a 333 nel 2022 (+189%), con un aumento più marcato nelle femmine, che passano da 49 nel 2015 a 96 nel 2019 (+96%) a 277 nel 2022 (+189%) rispetto ai maschi, che nel periodo pre-pandemico diminuiscono, passando da 27 a 19 (-29%), per poi aumentare nel periodo post-pandemico arrivando a 56 (+195%) (Figure 2.23 e 2.24). I valori assoluti sono limitati e certamente sottostimati, e a maggior ragione confermano quindi la presenza di un aumento progressivo sia pre sia post-pandemico, senza alcuna flessione nel 2020.

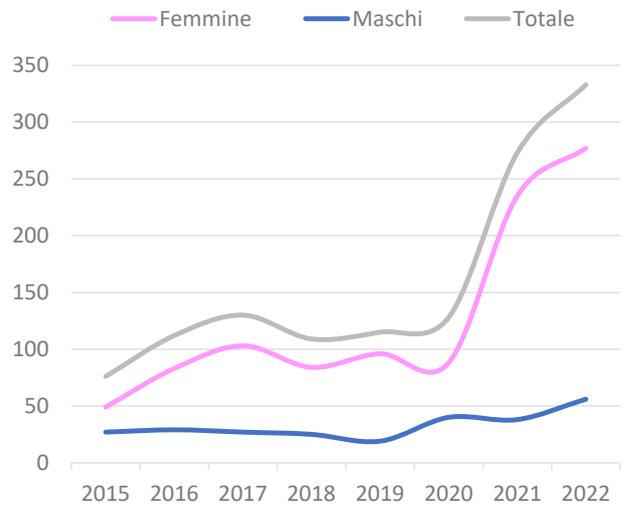
Sebbene le maggiori numerosità si confermino nella classe 14-18 anni, anche i soggetti di 12 e 13 anni

Figura 2.23 – Numero di soggetti con diagnosi di tentato suicidio e azione suicidaria



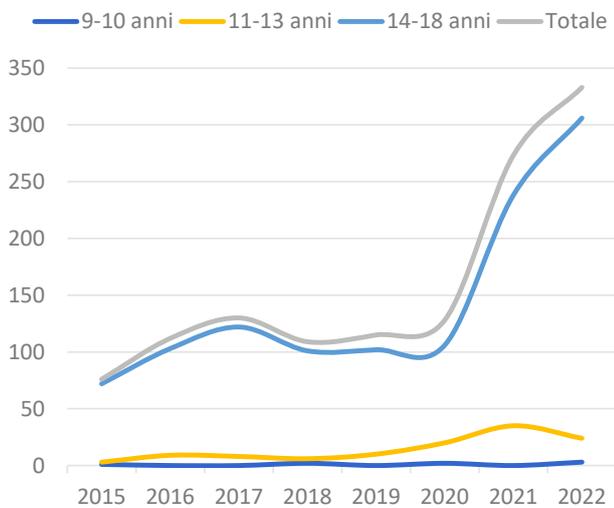
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura 2.24 – Numero di soggetti con diagnosi di tentato suicidio e azione suicidaria



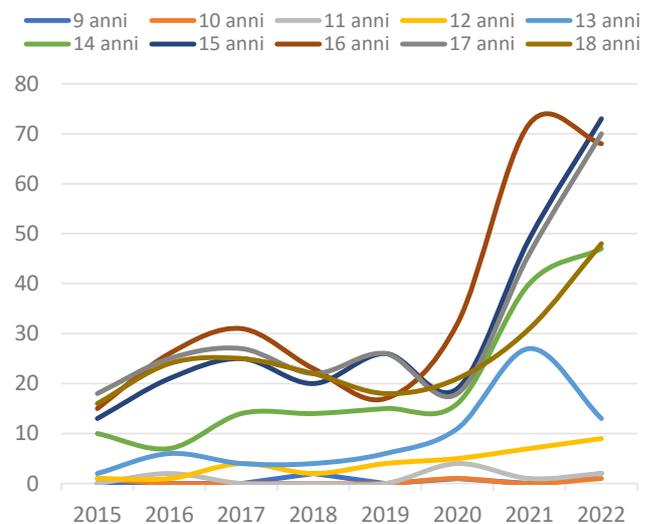
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura 2.25 – Numero di soggetti con diagnosi di tentato suicidio e azione suicidaria



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura 2.26 – Numero di soggetti con diagnosi di tentato suicidio e azione suicidaria



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

mostrano aumenti percentuali particolarmente rilevanti, data la numerosità molto bassa dei valori di partenza, passando da 1 a 9 soggetti nel primo caso e nel secondo caso da 2 a 27 soggetti nel 2021, per poi però scendere a 13 soggetti nel 2022 (Figure 2.25 e 2.26).

Dal punto di vista diagnostico, i quadri clinici più frequenti al momento dell'accesso in PS rientrano nell'ambito dei disturbi dell'umore, di condotta o di personalità, dei disturbi d'ansia o non specificati e in un piccolo numero di casi nell'ambito dei disturbi dell'alimentazione. Le diagnosi maggiormente codificate in ricovero ordinario sono le stesse del PS, con una presenza dei disturbi della condotta e di personalità leggermente maggiore, seguita dai disturbi dell'umore e da un maggior numero di disturbi dell'alimentazione rispetto al PS.

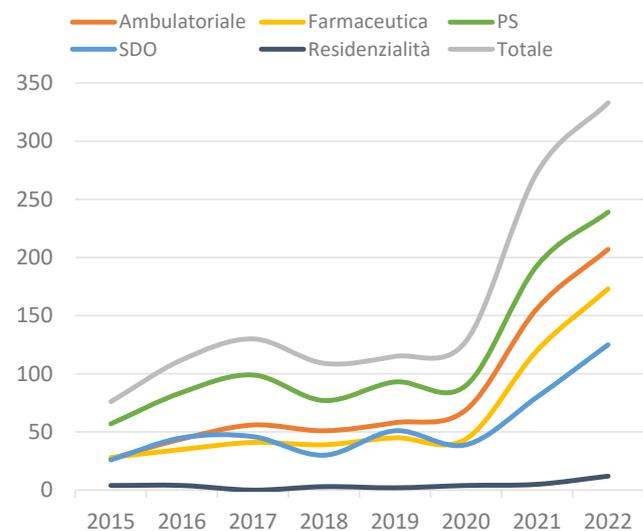
È particolarmente interessante analizzare il numero di utenti che hanno avuto già contatti con i servizi nei due anni che precedono l'evento indice e confrontarlo poi con quanto avviene nell'anno successivo, e osservare come quel dato si modifica in epoca pre-pandemica e post-pandemica (figure 2.27 e 2.28).

Nel 2015, nei due anni precedenti l'evento indice, il 36% degli utenti aveva già avuto un contatto con i servizi ambulatoriali di NPIA, il 37% aveva ricevuto un trattamento farmacologico, il 75% aveva già avuto un accesso in PS per un disturbo psichiatrico, il 34% aveva già effettuato un ricovero ordinario e il 5% aveva già avuto un inserimento in percorso residenziale terapeutico.

Nel 2019, nei due anni precedenti l'evento indice, il 50% degli utenti aveva già avuto un contatto con i servizi ambulatoriali di NPIA, il 39% aveva ricevuto un trattamento farmacologico, l'81% aveva già avuto un accesso in PS per un disturbo psichiatrico, il 44% aveva già effettuato un ricovero ordinario e il 2% aveva già avuto un inserimento in percorso residenziale terapeutico.

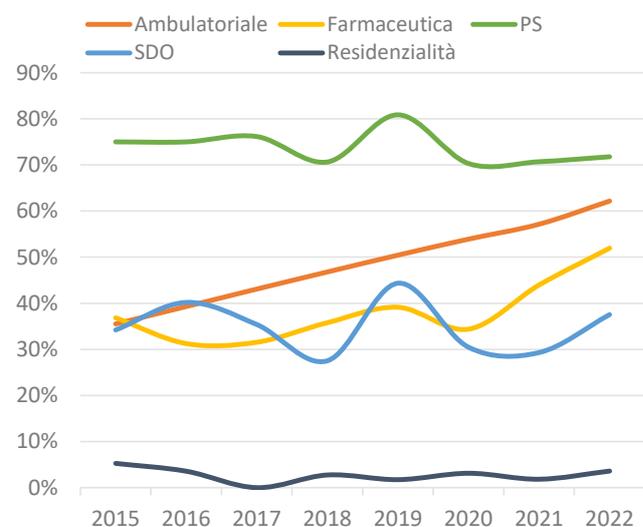
Nel 2022, nei due anni precedenti l'evento indice, il 62% degli utenti aveva già avuto un contatto con i servizi ambulatoriali di NPIA, il 52% aveva ricevuto un trattamento farmacologico, il 72% aveva già avuto un accesso in PS per un disturbo psichiatrico, il 37% aveva già effettuato un ricovero ordinario e il 4% aveva già avuto un inserimento in percorso residenziale terapeutico.

Figura 2.27 – Numero di soggetti con almeno un contatto con il SSR nei due anni precedenti alla diagnosi di tentato suicidio e azione suicidaria



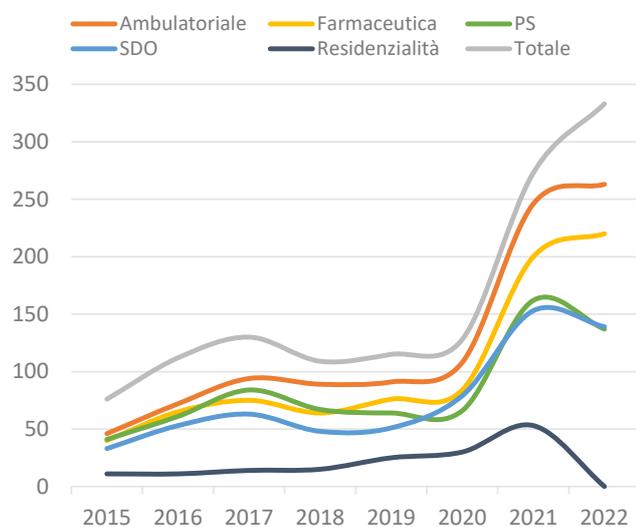
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura 2.28 – Percentuale di soggetti con almeno un contatto con il SSR nei due anni precedenti alla diagnosi di tentato suicidio e azione suicidaria



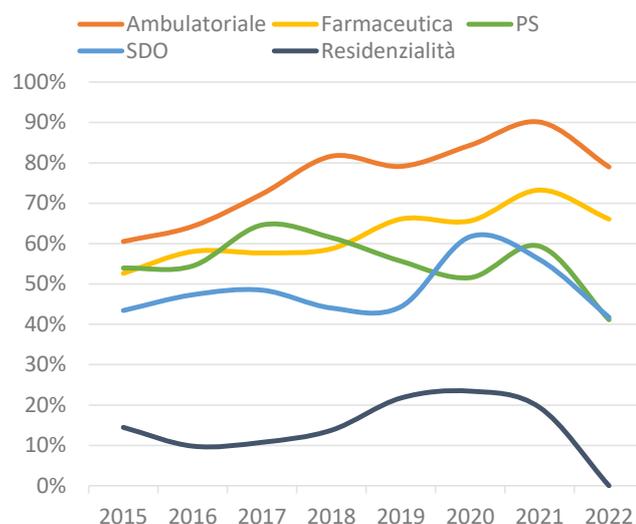
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura 2.29 – Numero di soggetti con almeno un contatto con il SSR nell'anno successivo alla diagnosi di tentato suicidio e azione suicidaria



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura 2.30 – Percentuale di soggetti con almeno un contatto con il SSR nell'anno successivo alla diagnosi di tentato suicidio e azione suicidaria



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Infine, la percentuale di utenti che avevano avuto almeno un contatto con il SSR per disturbi psichiatrici nei due anni precedenti l'evento indice era l'83% nel 2015, l'89% nel 2019 e l'85% nel 2022 (figura 2.32).

Nell'anno successivo all'evento indice occorso nel 2015, il 60,5% dei pazienti ha avuto almeno un contatto con i servizi ambulatoriali di NPIA, il 53% ha ricevuto un trattamento farmacologico, il 54% ha effettuato un accesso in PS per un disturbo psichiatrico, il 43% un ricovero ordinario e il 14% un inserimento in percorso residenziale terapeutico (figura 2.29 e 2.30).

Nell'anno successivo all'evento indice occorso nel 2019, il 79% degli utenti ha avuto almeno un contatto con i servizi ambulatoriali di NPIA, il 66% ha ricevuto un trattamento farmacologico, il 56% un accesso in PS per un disturbo psichiatrico, il 44% ha effettuato un ricovero ordinario e il 22% un inserimento in percorso residenziale terapeutico.

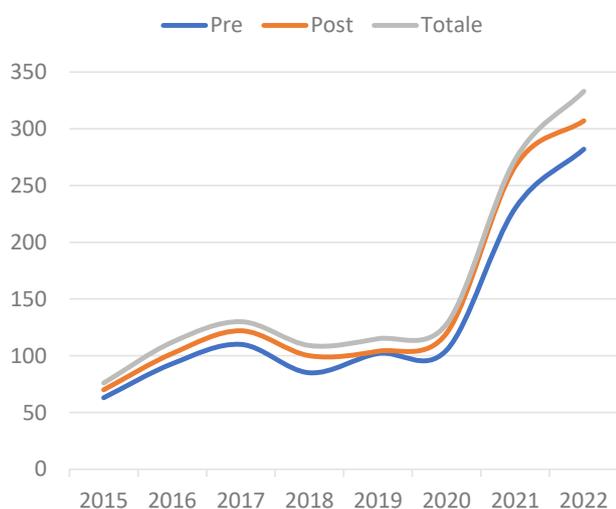
Nell'anno successivo all'evento indice occorso nel 2021⁸, il 90% degli utenti ha avuto un contatto con i servizi ambulatoriali di NPIA, il 73,3% ha ricevuto un trattamento farmacologico, il 59% un accesso in PS per un disturbo psichiatrico, il 56% ha effettuato un ricovero ordinario e il 19,4% un inserimento in percorso residenziale terapeutico.

Infine, la percentuale di utenti che hanno avuto almeno un contatto con il SSR per disturbi psichiatrici nell'anno successivo all'evento indice era pari al 92% nel 2015, al 90% nel 2019 e al 97,8% nel 2021 (figure 2.31 e 2.32).

L'andamento della coorte di soggetti con almeno un contatto per comportamenti suicidari/autolesivi in PS o ricovero ordinario include tutte le criticità incontrate nelle altre analisi dei flussi effettuate e le rende ancora più evidenti. Benché l'intercettazione territoriale dei disturbi sia presente e in miglioramento (aumentano infatti di quasi due volte tra il 2015 e il 2022 gli utenti che nei 2 anni precedenti all'evento indice erano già in contatto con il livello ambulatoriale di NPIA), essa riguarda ancora una percentuale limitata del totale degli utenti (62%), nella quale verosi-

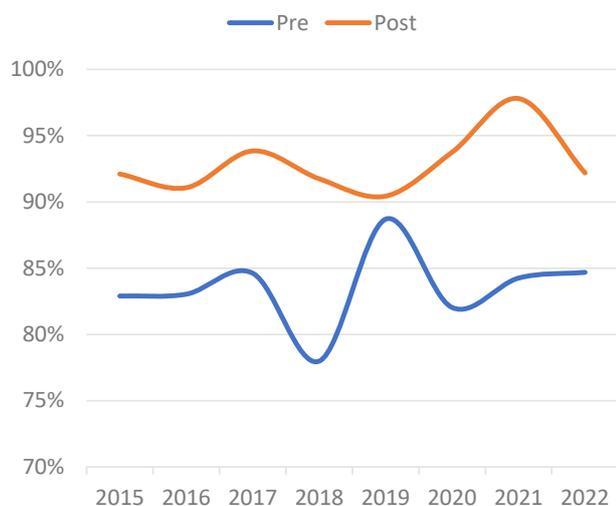
⁸ Per il confronto, non è possibile considerare l'evento indice avvenuto nel 2022, poiché non sono disponibili i dati dei 365 giorni successivi per tutti gli utenti

Figura 2.31 – Numero di soggetti con almeno un contatto con il SSR nei due anni precedenti e nell’anno successivo alla diagnosi di tentato suicidio e azione suicidaria



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

Figura 2.32 – Percentuale di soggetti con almeno un contatto con il SSR nei due anni precedenti e nell’anno successivo alla diagnosi di tentato suicidio e azione suicidaria



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ARIA SpA

milmente la presa in carico non riesce a raggiungere un’intensità appropriata e in grado di prevenire eventi critici, stante l’elevata percentuale di soggetti che già prima dell’evento indice hanno avuto accessi in PS (intorno al 70%) e in ricovero ordinario (quasi il 40%). La situazione nell’anno successivo all’evento indice appare ancora più critica, benché progressivamente si giunga a un 97,8% degli utenti in contatto con almeno uno dei flussi analizzati e, in particolare, gli utenti in contatto con il livello ambulatoriale presentino un incremento dal 60% del 2015 al 90% del 2021. Il numero di interventi effettuati resta molto limitato, il 10% del totale degli utenti non ha nessun contatto con il servizio ambulatoriale nello stesso anno, ma soprattutto ben il 59% presenta un nuovo accesso al PS e il 56% presenta un nuovo ricovero, confermando le gravi criticità esistenti nel poter mettere in campo interventi appropriati e di intensità sufficiente e nel garantire la continuità di cura perfino in situazioni di estrema gravità per la salute mentale e fisica quali i comportamenti suicidari e autolesivi.

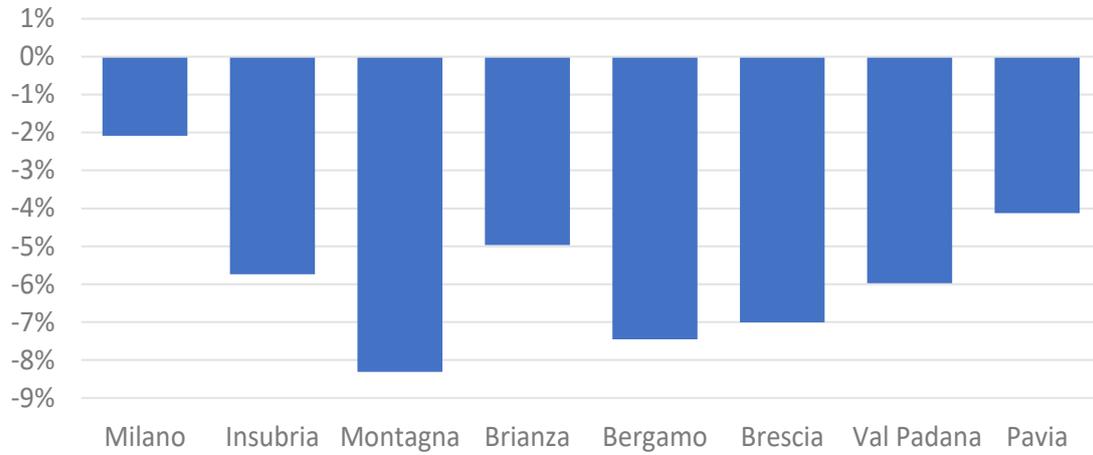
2.7. Prevalenze nei diversi territori regionali

Per poter analizzare in maggior dettaglio gli andamenti dei diversi territori regionali, sono state utilizzate come riferimento le 8 Agenzie di Tutela della Salute (ATS) che hanno funzioni di programmazione e controllo in ambito sanitario e sociosanitario regionale. I raggruppamenti territoriali di riferimento di ciascuna ATS sono costituiti su base geografica e rappresentano zone abbastanza omogenee al proprio interno (metropolitane, industriali, montane, agricole), sebbene con estensioni territoriali e di popolazione molto variabili.

Anche le 8 ATS hanno presentato un andamento disomogeneo della denatalità, massimo in ATS Montagna e minimo in ATS Milano (figura 2.33).

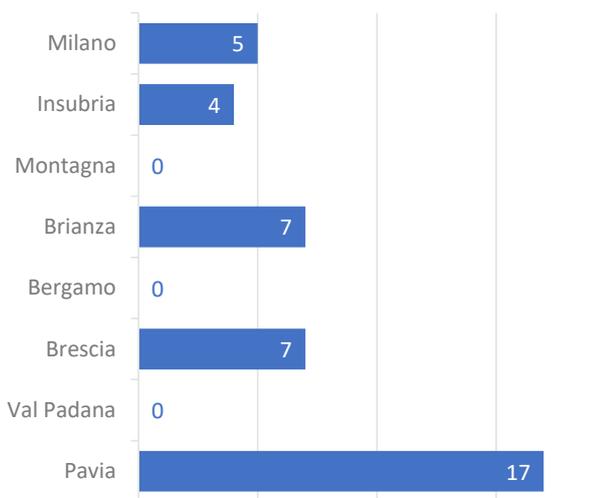
Presentano inoltre una rilevante disomogeneità dei tassi di posti letto di ricovero ordinario di NPIA, che variano da nessun posto letto di NPIA in 3 ATS a 17 posti letto per 100.000 abitanti in una ATS, e dei tassi di posti in residenzialità terapeutica, che variano da 0 a 52 per 100.000 abitanti (figura 2.34 e figura 2.35).

Figura 2.33 – Variazione percentuale della popolazione residente in Lombardia per ATS, 2022 vs 2015



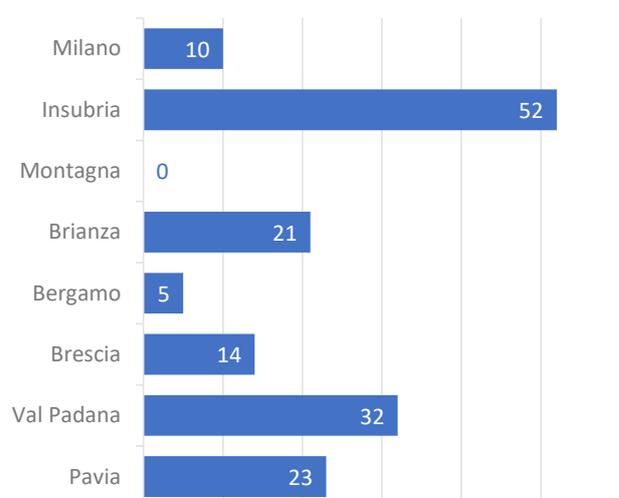
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ISTAT

Figura 2.34 – Tasso (per 100.000 abitanti) di posti letto di NPJA per ricoveri ordinari nel 2022, per ATS, corretto per le attività a valenza nazionale



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

Figura 2.35 – Tasso (per 100.000 abitanti) di posti in SRT nel 2022, per ATS



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

In generale, si evidenzia una disomogeneità marcata anche tra le attività erogate nei territori delle diverse ATS, con prevalenze che, a seconda dei flussi, possono variare di 3-6 volte tra ATS. In epoca post-pandemica, la disomogeneità tende lievemente a diminuire, se si eccettua la residenzialità terapeutica, che invece aumenta ulteriormente e nel 2022 presenta una differenza di più di 6 volte tra la prevalenza di utenti dell'ATS della Montagna (0,08 per 1.000) e quella di ATS Insubria (0,59 per 1.000).

Nessuna ATS presenta prevalenze stabilmente superiori o inferiori alle altre in tutti i flussi, ma gli andamenti mostrano alcune caratteristiche meritevoli di riflessione, in particolare relativamente all'impatto che possono avere basse prevalenze di utenti con accessi ambulatoriali sugli accessi in PS degli utenti con disturbi psichiatrici. Come intuibile, si nota come in presenza di basse prevalenze di utenti con accessi ambulatoriali, le prevalenze di accessi in PS per disturbi psichiatrici siano più elevate, in particolare nelle ATS che maggiormente hanno subito l'impatto pandemico, benché il dato sia meritevole di ulteriori approfondimenti.

Un fenomeno analogo è osservabile per gli utenti con accessi al PS per disturbi neurologici, che appaiono più elevati in quelle ATS che presentano basse prevalenze di utenti con ricoveri ordinari per disturbi neurologici, indicatore indiretto della presenza di attività mirate per i disturbi neurologici.

Infine, l'andamento delle prevalenze di utenti con inserimento residenziale terapeutico e di utenti con ricoveri ordinari per disturbi psichiatrici appaiono ancora molto correlati alla presenza di strutture residenziali terapeutiche e di reparti di NPIA nel territorio dell'ATS, fenomeno già segnalato in passato.

ATS Milano si colloca nel gruppo a minore prevalenza di accesso ai servizi ambulatoriali di NPIA, con prevalenze intorno a 60 per 1.000 nel 2022 e presenta la più elevata prevalenza di accesso in PS per disturbi psichiatrici (15,75 per 1.000 contro una media regionale del 9,27 per 1.000, nonché quasi 5 volte superiore alla ATS con prevalenza più bassa nello stesso anno), e seconda per prevalenza di ricoveri ordinari (1,98 per 1.000 nel 2022, con uno degli incrementi regionali più

elevati sia pre che post-pandemici; è una ATS con presenza di reparti NPIA, sebbene in parte a proiezione extraregionale per i ricoveri neurologici), mentre si colloca lievemente al di sotto della media per le prescrizioni psicofarmacologiche (9,75 per 1.000) e per gli inserimenti residenziali terapeutici (0,21 per 1.000; anche in questo caso è una ATS con strutture residenziali terapeutiche sul proprio territorio). È interessante evidenziare come presenti invece una prevalenza di accessi al PS per disturbi neurologici tra le più basse della regione (4,03 per 1.000), verosimilmente correlata alla presenza di attività sia ambulatoriali sia di ricovero mirate (IRCCS Besta, Buzzi e altre attività dedicate), e una delle prevalenze più elevate per i ricoveri ordinari nei disturbi neurologici di minorenni residenti in Lombardia nel 2022 (3,67 per 1.000), con la minore caduta in epoca post-pandemica.

ATS Bergamo presenta la più bassa prevalenza di utenti con accessi ambulatoriali (57,77 per 1.000 nel 2022), solo in lieve aumento sia in epoca pre che post-pandemica, vede un netto aumento della prevalenza post-pandemica di accessi in PS per disturbi psichiatrici, passando da circa il 5 per 1.000 del 2019 a circa l'8 per 1.000 del 2022, verosimilmente per il doppio impatto della carenza di risposte territoriali e della pandemia. È l'ATS con la più bassa prevalenza di utenti con prestazioni psicofarmacologiche (9,03 per 1.000), e una di quelle con minori prevalenze di ricoveri ordinari per disturbi psichiatrici (1,17 per 1.000; non ha degenza NPIA nel proprio territorio) con un andamento sostanzialmente analogo in epoca pre e post-pandemica, che visto l'aumento di accessi in PS e l'impatto pandemico fanno pensare a una estrema difficoltà nella risposta dei servizi ai bisogni emergenti, forse una delle più critiche a livello regionale. Anche nell'ambito della residenzialità, la prevalenza è una delle più basse (0,17 per 1.000, è presente una struttura residenziale terapeutica, sottodimensionata rispetto ai bisogni del territorio) sebbene con un aumento marcato sia in epoca pre che post-pandemica.

ATS Val Padana mostra prevalenze di utenti con prestazioni ambulatoriali di NPIA sempre nettamente superiori alle altre ATS sia in epoca pre-pandemica (93,45 per 1.000 nel 2019, +60% rispetto alla media

regionale) sia in epoca post-pandemica (83,27 per 1.000 nel 2022, +27% rispetto alla media regionale), nonostante sia l'ATS con la maggiore caduta nel 2020 (-21%) e il minor recupero post-pandemico, ed è tra le ATS con minore prevalenza nel 2022 di accessi al PS sia per disturbi neurologici (4,73 per 1.000) che psichiatrici (4,47 per 1.000) e per ricoveri ordinari neurologici (2,76 per 1.000) e psichiatrici (1,26 per 1.000; non aveva degenza NPIA nel proprio territorio all'epoca dello studio), mentre è lievemente inferiore alla media come utenti con prescrizioni farmacologiche (9,83 per 1.000). Presenta un'elevata prevalenza di utenti inseriti in residenzialità terapeutica (0,40 per 1.000 nel 2022), ed è una delle ATS con il maggior tasso di posti residenziali terapeutici.

ATS Brescia presenta nel 2015 prevalenze di utenti con prestazioni ambulatoriali di NPIA nella fascia bassa (51,24 per 1.000) con un aumento rilevante soprattutto in epoca pre-pandemica (+18%) che la porta nel 2022 a collocarsi nella fascia intermedia (62,82 per 1.000). Nonostante sia stato uno dei territori più duramente colpiti dalla pandemia, mantiene prevalenze di utenti con accesso al PS per disturbi psichiatrici tra le più basse della Lombardia (3,43 per 1.000), con un incremento limitato e che è avvenuto soprattutto in epoca pre-pandemica. Le prevalenze di utenti con ricoveri ordinari sono tra le più basse in regione, sia per i disturbi psichiatrici (1 per 1.000 nel 2022) sia per i disturbi neurologici (2,16 per 1.000 nel 2022), in diminuzione rispetto all'epoca pre-pandemica per i neurologici e in aumento per quelli psichiatrici (è presente degenza di NPIA). La prevalenza di utenti con accessi al PS per disturbi neurologici nel 2022 è elevata (6,52 per 1.000), e una delle poche in aumento rispetto all'epoca pre-pandemica (3,82 per 1.000 nel 2019), forse per la diminuzione di possibilità di ricovero per i pazienti neurologici sotto la pressione dei ricoveri psichiatrici, nonostante Brescia sia un'ATS con elevate attività rivolte ai disturbi neurologici. Brescia si colloca infine nella fascia intermedia per quanto riguarda le prevalenze di utenti con prescrizioni psicofarmacologiche (9,77 per 1.000) o con inserimento in residenzialità terapeutica (0,25 per 1.000), e presenta strutture residenziali terapeutiche nel proprio territorio.

ATS Brianza si colloca nella fascia intermedia di prevalenza di utenti con accessi ambulatoriali, sia in epoca pre sia post-pandemica (66,98 per 1.000 nel 2022), ed è l'ATS con minore incremento dell'attività ambulatoriale di NPIA tra il 2015 e il 2022. Per quanto riguarda gli utenti con disturbi psichiatrici, si colloca nella fascia intermedia per quanto riguarda gli accessi al PS (5,41 per 1.000 nel 2022, con un aumento del 13% dal 2015, avvenuto per la maggior parte in epoca pre-pandemica) e per gli inserimenti residenziali (0,23 per 1.000 nel 2022) mentre è la terza ATS con maggiore prevalenza di utenti con ricovero ordinario per disturbi psichiatrici (1,75 per 1.000 nel 2022, è presente una degenza NPIA) dopo Pavia e Milano (era la prima nel 2015), e la terza con maggiore prevalenza di utenti con prescrizioni psicofarmacologiche (10,35 per 1.000 nel 2022, con il maggiore aumento regionale dal 2015, +64%). Nel suo territorio sono presenti sia un reparto di degenza NPIA sia strutture residenziali terapeutiche.

ATS Pavia si colloca nella fascia intermedia di prevalenza di utenti con accessi ambulatoriali, sia in epoca pre sia post-pandemica (68,74 per 1.000 nel 2022, poco sopra la media regionale), con un incremento dell'attività ambulatoriale di NPIA tra il 2015 e il 2022 del 20%, prevalentemente pre-pandemico. Per quanto riguarda gli utenti con disturbi psichiatrici, è una delle ATS con bassa prevalenza di accessi al PS (5,06 per 1.000 nel 2022) e addirittura con la massima diminuzione tra il 2015 e il 2022 (-41%), mentre presenta la maggiore prevalenza regionale di ricoveri ordinari (3,28 per 1.000 nel 2022, è presente una degenza NPIA, in struttura privata accreditata) e il maggiore aumento tra il 2015 e il 2022 (+56%), anche in questo caso avvenuto soprattutto in epoca pre-pandemica. Le prevalenze di utenti con prescrizioni psicofarmacologiche sono in linea con la media regionale (10,17 per 1.000 nel 2022), mentre quelle di utenti con percorsi residenziali sono lievemente inferiori alla media regionale (0,25 per 1.000 nel 2022; sono presenti strutture residenziali terapeutiche). Per quanto riguarda gli utenti con disturbi neurologici, è presente una prevalenza di accesso al PS tra le più basse della regione (4,03 per 1.000), verosimilmente correlata alla pre-

senza di attività sia ambulatoriali sia di ricovero mirate (IRCCS Mondino), mentre la prevalenza di utenti con ricoveri ordinari nel 2022 si colloca nella fascia intermedia (2,93 per 1.000, lievemente inferiore alla media regionale), con una marcata diminuzione in epoca pandemica che si è mantenuta in epoca post-pandemica, verosimilmente per l'impatto dell'incremento dei ricoveri di utenti con disturbi psichiatrici.

ATS Insubria presenta una bassa prevalenza di utenti con accessi ambulatoriali (60,68 per 1.000, solo ATS Bergamo ha valori inferiori), con un aumento del 15% tra il 2015 e il 2022, avvenuto anche in questo caso soprattutto in epoca pre-pandemica. Per quanto riguarda gli utenti con disturbi psichiatrici, è da sempre l'ATS con la maggiore prevalenza di inserimenti residenziali terapeutici (raggiungendo lo 0,59 per 1.000 nel 2022; al momento dello studio è l'ATS con il maggior tasso di posti residenziali terapeutici), la seconda per utenti con prescrizioni di psicofarmaci (10,80 per 1.000 nel 2022) e la terza per prevalenza di utenti con accessi al PS (6,72 per 1.000 nel 2022). Si colloca nella fascia intermedia di prevalenza per i ricoveri ordinari (1,52 per 1.000 nel 2022, dal 2018 è presente una degenza NPIA) con la maggiore diminuzione post-pandemica in regione (-20% tra 2019 e 2022), forse anche correlata alle difficoltà di dimissione di casi complessi. Per quanto riguarda gli utenti con disturbi neurologici, è presente la prevalenza di accesso al PS più elevata della regione (9,85 per 1.000 nel 2022, quasi il doppio della media regionale),

mentre la prevalenza di utenti con ricoveri ordinari per disturbi neurologici nel 2022 si colloca nella fascia intermedia (2,85 per 1.000, lievemente inferiore alla media regionale), con una diminuzione del 30% dal 2015, già marcata in epoca pre-pandemica che si è mantenuta in epoca post-pandemica.

ATS della Montagna mostra la maggiore prevalenza regionale di utenti con prestazioni ambulatoriali di NPIA nel 2022 (89,24 per 1.000, +36% rispetto alla media regionale), con il maggiore incremento sia pre (+10%) che post-pandemico (+23%). Per quanto riguarda gli utenti con disturbi psichiatrici, è una delle ATS con minore prevalenza di utenti con accessi al PS (4,49 per 1.000 nel 2022), con un decremento in epoca pre-pandemica e un incremento in epoca post-pandemica, e con una delle più basse prevalenze di ricoveri ordinari (1,06 per 1.000 nel 2022; non ha reparto NPIA) e di inserimenti residenziali terapeutici (0,8 per 1.000 nel 2022; non ha strutture residenziali terapeutiche). Presenta invece la prevalenza più elevata di utenti con prescrizioni psicofarmacologiche già nel 2015, che aumenta ulteriormente nel 2022 raggiungendo l'11,88 per 1.000 (+17% rispetto alla media regionale). Per quanto riguarda i disturbi neurologici, è l'ATS con le prevalenze più elevate di tutta la Lombardia di utenti con ricovero ordinario (4,21 per 1.000 nel 2022, +37% rispetto alla media regionale), forse anche a causa delle specificità geografiche, ed è terza per prevalenza di utenti con accessi al PS per disturbi neurologici (6,78 per 1.000 nel 2022).

3. CONCLUSIONI



Foto di Shlomaster su Pixabay

Questa ricerca risulta unica nel suo genere per diverse ragioni: la numerosità della popolazione interessata; la quantità di flussi di dati amministrativi considerati; perché include tutto l'ambito dei disturbi del neurosviluppo per quasi un decennio (consentendo di analizzare gli andamenti pre pandemici, pandemici e post pandemici); per la ricchezza del gruppo di lavoro multidisciplinare (biostatistici ed epidemiologi, neuropsichiatri infantili territoriali e ospedalieri, universitari e

di IRCCS). Prima di questo lavoro, è stato effettuato un solo studio che – per un unico anno – ha incrociato i flussi amministrativi per la NPIA in Lombardia, considerando solo 3 tipologie di flussi (Clavenna *et al*, 2013). Esistono inoltre altri interessanti lavori in corso sull'utilizzo di algoritmi di *datalinkage* complessi e longitudinali per il solo disturbo dello spettro autistico, a Milano e in Lombardia (Tunesi *et al*, 2019; Bonati *et al* 2022; Clavenna *et al* 2022; Zucchi *et al*, 2022 dati

non pubblicati), e uno studio in Emilia Romagna sulla continuità di cura tra NPIA e psichiatria dell'adulto (Stagi *et al*, 2015), limitato a 4 anni e 3 tipologie di flussi. Tutti gli altri studi effettuati in singoli servizi o regioni si sono limitati ad analisi separate di singoli flussi. La Lombardia inoltre è la regione più popolosa e tra quelle che, nel disomogeneo panorama interregionale, offrono la maggiore quantità e varietà di servizi di NPIA; è anche la regione che ha subito un impatto della pandemia particolarmente rilevante.

In epoca pre pandemica, l'incremento progressivo dei minorenni in contatto con il SSR per disturbi del neurosviluppo¹ è già ampiamente evidente in tutti i flussi analizzati e nella maggior parte delle classi di età, sia in valore assoluto sia soprattutto come prevalenza, in rapporto quindi alla numerosità della popolazione di riferimento. L'impatto della denatalità in Lombardia ha infatti agito soprattutto sulle classi di età più giovani, mentre le classi 11-13 anni e 14-18 anni hanno visto un incremento della popolazione di riferimento sia in epoca pre pandemica che post pandemica.

L'incremento della prevalenza è marcato e trasversale per i disturbi psichiatrici e in adolescenza. Per questa classe di età, il rilevante aumento anche in valore assoluto è un utile indicatore del maggiore impatto sul carico di lavoro dei servizi.

Gli utenti con disturbi neurologici e la classe di età 0-2 anni presentano invece una flessione nella prevalenza di accesso, segnalando la saturazione del sistema già in epoca pre pandemica, con possibili conseguenze sulla precocità delle diagnosi e degli interventi e sulla prognosi nel lungo periodo. È inoltre presente una percentuale rilevante di ricoveri in reparti inappropriati (psichiatria e pediatria anziché neuropsichiatria infantile), anch'essa segnale di saturazione del sistema, e una forte disomogeneità dell'offerta e delle risposte nei diversi territori sub-regionali.

Si osserva inoltre una progressiva maggiore complessità dei quadri clinici presentati, sia per i disturbi psichiatrici che per quelli neurologici. Per i disturbi psichiatrici si osservano diversi incrementi: degli utenti con prescrizioni psicofarmacologiche, in particolare con antidepressivi e antipsicotici; degli accessi in PS con codici triage² gialli/arancioni e rossi; degli inserimenti in strutture residenziali terapeutiche; del numero di giornate di degenza. Per i disturbi neurologici si osserva l'incremento degli accessi in PS con codici gialli/arancioni e rossi. Oltre a ciò, si notano e criticità molto rilevanti nel garantire adeguata intensità della presa in carico (evidenziata anche dal basso numero medio di prestazioni ambulatoriali per utente) e nella continuità di cura tra ospedale e territorio, perfino per situazioni a rischio di vita quali i comportamenti suicidari.

Nell'anno della pandemia, il numero totale di utenti registrati in almeno uno dei flussi di dati considerati nell'analisi diminuisce solo del 20%, percentuale assai inferiore a quelle descritte per altre discipline o in altre regioni per la stessa NPIA nonostante l'elevato impatto della pandemia in Lombardia e i vincoli introdotti per limitare il contagio, più marcati per i ricoveri. Si presume ciò sia avvenuto anche grazie alla importante scelta regionale di considerare la NPIA come servizio essenziale e di attivare immediatamente attività di telemedicina per tutti gli utenti dei servizi di NPIA, nonché alla costante rete di coordinamento e raccordo sviluppata dalle UONPIA regionali. Il periodo pandemico ha rappresentato anche una sorta di "esperimento naturale" rispetto a cosa accade nel momento in cui l'offerta si contrae in modo rilevante con limitata possibilità di correttivi. Si evidenzia infatti come il decremento sia stato massimo per gli accessi in Pronto Soccorso, per i ricoveri (tranne in neuropsichiatria e in pediatria) e per le classi di età più basse, mentre è stato minore per adolescenti e preadoles-

1 Ricordiamo che nel report, "disturbi del neurosviluppo", "disturbi del neurosviluppo e di salute mentale", "disturbi neuropsichici", "disturbi neurologici e psichiatrici" etc. sono utilizzati in modo intercambiabile, secondo l'accezione più recente, descritta nel capitolo 1, e che comprende nei disturbi del neurosviluppo tutti i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza.

2 Il termine "trriage" ha origini militari e si riferisce a un processo utilizzato per assegnare priorità di trattamento in situazioni in cui le risorse sono limitate e c'è la necessità di fornire cure mediche in modo efficiente ed efficace. I codici rossi e gialli indicano le situazioni di maggiore gravità e urgenza, che richiedono valutazione e intervento immediato.

scenti e per i quadri a maggiore complessità e negli ambiti in cui è stato possibile attuare strategie mirate di risposta, come nei servizi territoriali e ambulatoriali di NPIA. Permane e si accentua una rilevante disomogeneità tra i territori delle diverse ATS, non attribuibile solo alle differenze dell’impatto pandemico.

In epoca post pandemica, gli accessi di utenti con disturbi del neurosviluppo non hanno ancora raggiunto i livelli del 2019 né in valore assoluto né come prevalenza in nessun flusso, tranne nella farmaceutica e nella residenzialità terapeutica. Se si analizzano però in modo differenziato classi di età, genere e livello di complessità, in tutte le tipologie di flussi di dati analizzati si evidenzia un incremento post pandemico degli utenti di genere femminile e nella classe di età 14-18, in particolare per i disturbi psichiatrici che, nel 2022, supera sia in valore assoluto sia in prevalenza i livelli del 2019. In alcuni flussi, tale fenomeno è evidente anche nella classe di età 11-13, sebbene in genere meno marcato.

L’aumento della complessità delle situazioni cliniche già segnalato in epoca pre pandemica si evidenzia anche in epoca post pandemica, in particolare per quanto riguarda gli utenti con disturbi psichiatrici per i quali si osservano l’incremento delle prescrizioni psicofarmacologiche, degli accessi in PS con codici gialli/arancioni e rossi, degli accessi ripetuti in PS, del numero di giornate di degenza, degli utenti inseriti in strutture residenziali terapeutiche e degli utenti con comportamenti autolesivi e suicidari. In aumento anche gli accessi in PS con codici gialli/arancioni e rossi per disturbi neurologici.

Nonostante un miglioramento nella continuità di cura tra i diversi servizi rispetto all’epoca pre pandemica, in questo ambito permangono rilevanti criticità e aumentano i segnali di saturazione del sistema. Peggiora infatti ulteriormente la risposta ai disturbi neurologici e alla classe di età 0-2, si evidenziano criticità di accesso anche per la classe di età 6-10 e parzialmente per la classe 3-5, con ricadute rilevanti sui tempi di attesa; si assiste inoltre ad aumenti dei ricoveri e delle giornate di degenza in contesti inappropriati (pediatria e psichiatria, ma anche ricoveri e giornate di degenza in reparti non specifici).

Sebbene la risposta del sistema sanitario e sociosanitario lombardo ai minorenni con disturbi del neurosviluppo e alle loro famiglie si confermi come una tra le più estese e strutturate del Paese – per dotazione di servizi e investimento in interventi ambulatoriali, territoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero ordinario nonché per spesa media pro capite – gli interventi ambulatoriali erogati non appaiono di intensità sufficiente, vi sono criticità nella continuità di cura e nella tipologia di interventi disponibili e rilevanti disomogeneità tra i territori delle diverse ATS regionali, disomogeneità che impattano in modo rilevante sull’accesso ai servizi, sui tempi di attesa e sullo stato di salute della popolazione.

Una prima analisi di tali differenze evidenzia come l’impatto della pandemia sia stato maggiore nei territori più poveri di servizi e con una minore prevalenza di accessi ambulatoriali, che hanno visto un maggiore incremento degli accessi al Pronto Soccorso, in particolare per i disturbi psichiatrici; inoltre osserviamo come, a una maggiore prevalenza di utenti seguiti a livello ambulatoriale corrisponda una minore prevalenza di accesso al Pronto Soccorso e viceversa, mentre gli andamenti delle prevalenze di utenti con inserimento residenziale terapeutico e di utenti con ricoveri ordinari per disturbi psichiatrici appaiono ancora molto influenzati, rispettivamente, dalla presenza di strutture residenziali terapeutiche e di reparti di NPIA nel territorio dell’ATS, fenomeno già segnalato in passato³. Nel territorio di ATS Milano, la prevalenza di accessi in PS per disturbi psichiatrici e il numero di utenti con comportamenti autolesivi e suicidari appaiono particolarmente elevati e meritevoli di ulteriori approfondimenti mirati. È inoltre evidente come, in tutti i flussi, l’aumento di utenti di genere femminile e di età adolescenziale, in particolare con disturbi psichiatrici, avvenga a scapito di altre tipologie di utenza, soprattutto in epoca post pandemica. In un sistema a risorse limitate e già a saturazione in epoca pre pandemica, tale incremento ha infatti “spostato” in contesti di minore appropriatezza o fuori dal sistema sanitario pubblico una parte della popolazione,

³ *“Bisogni, risposte e linee di miglioramento possibili nell’ambito dei disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza in Lombardia”*, Documento conclusivo del GAT NPIA della DG Welfare di Regione Lombardia, ottobre 2017.



Foto di Cottonbro Studio su Pexels

in particolare quella affetta da disturbi neurologici o da disturbi di minore complessità e gravità, di sesso maschile e nelle classi di età 0-2 anni (fondamentale per la prevenzione e la diagnosi precoce) e 6-10 anni. Particolarmente critica appare la continuità di cura e l'intensità e appropriatezza della risposta in generale, criticità presente perfino per le situazioni più complesse e di maggiore gravità, quali ad esempio i comportamenti autolesivi o suicidari.

L'analisi dei dati effettuata, benché limitata agli accessi nel SSR per i disturbi del neurosviluppo, consente di desumere informazioni indirette sullo stato di salute mentale e sul benessere psicologico della popolazione infantile e adolescenziale che, unite a quanto già ampiamente pubblicato nella letteratura scientifica internazionale, mettono a disposizione **informazioni importanti per la programmazione sanitaria e per la definizione di linee strategiche di prevenzione e**

intervento dei diversi attori del territorio, dal terzo settore al mondo educativo ai servizi degli enti pubblici territoriali, fino agli enti filantropici impegnati a favore della popolazione giovanile.

Le proposte di intervento che seguono sono quindi in parte derivate direttamente dall'analisi dei dati della ricerca, e in parte dalla necessità, emersa dalla ricerca stessa oltre che dalla letteratura scientifica, di ampliare e migliorare gli interventi di promozione del neurosviluppo, della salute mentale e del benessere psicologico. Il rilevante aumento dei bisogni nell'ambito dei disturbi del neurosviluppo, le criticità emerse nelle risposte e i cambiamenti nelle caratteristiche dell'utenza richiedono infatti interventi trasversali a tutti i livelli.

Nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, appare importante innanzitutto potenziare strategie che facilitino il coordinamento tra le diverse tipologie di servizi coinvolti nei percorsi degli utenti con disturbi

del neurosviluppo e agire in modo mirato e trasversale per assicurare la continuità di cura. I servizi ambulatoriali (Poli territoriali e ambulatori ospedalieri di NPIA), appaiono conseguentemente l'ambito prioritario in cui implementare le risorse e le risposte, dato l'impatto che una elevata prevalenza d'accesso ambulatoriale determina sugli altri livelli assistenziali, potenziando interventi terapeutici e riabilitativi mirati e con appropriata intensità di cura, sia per i disturbi psichiatrici nell'infanzia e nell'adolescenza, sia per gli altri disturbi del neurosviluppo e in particolare per gli ambiti diagnostici (ad esempio Neurologia, ma verosimilmente anche disturbi specifici di linguaggio e apprendimento e disabilità complessa) e per le classi di età (0-2 anni e 6-10 anni) per i quali si sono evidenziati maggiori rischi per l'accesso e per la prognosi a distanza. Interventi differenziati e specifici per le diverse tipologie di disturbi e classi di età, da modulare secondo criteri di priorità attenti alle traiettorie evolutive, a partire dalle ATS con minore prevalenza di accesso (Bergamo, Milano, Insubria e Brescia) e dalle tipologie di personale che è meno difficoltoso reperire in questo momento storico⁴.

In un sistema a risorse scarse, vi è un rischio molto elevato di erogare a tutti lo stesso servizio in base a ciò che è a disposizione e non in base agli effettivi bisogni, rischio che va controbilanciato attivamente. Inoltre, sebbene sia molto difficile da misurare in modo approfondito a partire dai flussi disponibili in questo momento, il livello di saturazione del sistema sta determinando un aumento rilevante dei tempi d'attesa; pertanto, appare strategico, secondo quanto indicato anche dalla DGR 1827/2024, l'implementazione in tutta la regione di adeguati sistemi di triage territoriale⁵, che consentano di modulare le risposte in

4 In questo momento ed ancora per qualche anno vi saranno forti difficoltà nel reperire un numero sufficiente di medici specialisti di NPIA. Sarà invece meno difficile reperire operatori delle professioni sanitarie (terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica etc.), psicologi e psicoterapeuti, assistenti sociali, tutte figure carenti nei servizi di NPIA e indispensabili per garantire l'intensità e l'appropriatezza dei percorsi di diagnosi e intervento.

5 Il triage territoriale in NPIA è stato sviluppato negli ultimi 10 anni da alcune UONPIA e dalla Società Italiana

base ai livelli di bisogno e alla tempestività e intensità di cura ad essi necessaria.

Gli interventi semiresidenziali terapeutici per utenti con disturbi psichiatrici, inclusivi di interventi intensivi e ove opportuno domiciliari e per le pre e post acuzie, potrebbero assumere un ruolo di estrema importanza per garantire maggiore intensità e appropriatezza a questa tipologia di utenti, come indicato anche dalla DGR 1827/2024, in integrazione tra servizio sanitario e contesto socioeducativo territoriale.

In presenza di sufficienti risorse territoriali, appare particolarmente utile l'implementazione di *fast track* di accesso ambulatoriale prioritario presso la UONPIA di riferimento territoriale per gli utenti giunti in PS con codici rossi o gialli o che hanno effettuato un ricovero ordinario, sviluppando percorsi diagnostici tempestivi e interventi terapeutici specifici e di adeguata intensità. Sebbene complesso, potrebbe essere particolarmente utile anche sviluppare interventi innovativi per riorientare gli accessi con codice verde che giungono al PS, spesso relativi a utenti con vulnerabilità multiple, ad elevato rischio di *revolving door* e in difficoltà a identificare i percorsi di cura più adeguati per i propri bisogni. Molta attenzione dovrebbe essere prestata a non incentivare l'accesso al PS come soluzione per aggirare la lista d'attesa nel servizio territoriale. Si potrebbero ad esempio sperimentare ambulatori "leggeri" di un'unica visita post accesso in PS, dedicati esclusivamente all'inquadramento del bisogno e al riorientamento dei codici verdi secondo criteri di priorità, anche in questo caso da effettuarsi presso la UONPIA di riferimento territoriale. Ciò consentirebbe di intercettare le situazioni ad alto rischio (una percentuale rilevante degli utenti con comportamenti autolesivi e suicidari aveva avuto accesso al PS prima dell'evento indice) e di inviarle al servizio specialistico più appropriato a seconda delle necessità; consentirebbe inoltre di indirizzare gli utenti con disturbi lievi verso strutture consultoriali o interventi psicologici brevi e di gruppo

di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) per poter garantire un accesso più equo ai servizi di NPIA con criteri di priorità trasparenti basati sulla età, sulla complessità delle sintomatologie emergenti e sulla tempestività necessaria per la diagnosi e il trattamento.

per l'area dei disturbi d'ansia e somatoformi. Consentirebbe infine di riorientare in modo maggiormente mirato anche la quota di utenti che giungono nei festivi o di notte per motivi non urgenti, con minore dispendio di risorse.

Stante la numerosità limitata degli accessi annuali di codici rossi e gialli sia neurologici sia psichiatrici, l'estrema difficoltà nel reperire personale medico NPIA e il rischio di sottrarre risorse ad altre aree che richiedono investimento prioritario, l'introduzione della pronta disponibilità festiva e notturna sui PS va valutata con attenzione in base alle situazioni locali, mentre è auspicabile che la consulenza diurna feriale sia progressivamente attivata in un PS HUB per ciascuna ASST/IRCCS, in stretto raccordo con gli ambulatori sperimentali citati sopra. Nell'ambito dei centri diurni e degli interventi intensivi, potrebbe essere utile implementare strategie che consentano una migliore gestione delle situazioni di crisi di utenti già in carico, anche attraverso consulenza telefonica o altre modalità che prevengano accessi evitabili in PS, soprattutto in orari notturni o festivi.

Appare certamente altrettanto strategico il potenziamento dei posti letto di degenza ordinaria di NPIA, già anch'esso previsto dalla DGR 1827/2024, con priorità alle ATS completamente o parzialmente sprovviste. Le giornate di degenza in pediatria e psichiatria per i disturbi psichiatrici corrispondono a una carenza di circa 50 posti letto di NPIA, mentre le giornate di degenza in pediatria per disturbi neurologici corrispondono a una carenza di circa 35 posti letto di NPIA. È verosimile che almeno una parte delle degenze neurologiche in pediatria possa essere inappropriata o legata a situazioni logistiche particolari (es. ATS Montagna) e che un miglioramento della presa in carico territoriale possa ridurre progressivamente le necessità per i ricoveri ordinari di minorenni con disturbi psichiatrici, mentre permane la necessità di destinare una percentuale di posti letto alle funzioni di terzo livello nazionali. Appare opportuna una gradualità e un monitoraggio dell'implementazione dei posti letto di NPIA, da attuarsi in parallelo ad altre azioni. Non appena vi sia sufficiente disponibilità di specialisti NPIA, appare importante investire anche nel perso-

nale dei reparti di degenza di NPIA, che al momento hanno un carico rilevante aggiuntivo per le attività di pronto soccorso, auspicabilmente trasformando le pronte disponibilità esistenti in guardie attive per potenziare le attività ed evitare il sovraccarico degli operatori, disinnescando l'attuale fuga degli specialisti, che in ogni caso richiede anche interventi mirati sul burn out e la motivazione del personale sia ospedaliero sia territoriale⁶. Anche il ruolo degli HUB con degenze di NPIA andrebbe meglio definito, evitando il ruolo di collettori di tutti gli accessi in PS indipendentemente dalla gravità e complessità del bisogno, che si è negli anni sviluppato in alcuni territori e che risulta controproducente per un efficace percorso di presa in carico di utenti e famiglie nelle UONPIA di riferimento.

È fondamentale che per tutti gli interventi citati, e più in generale per tutti gli interventi, sia attiva una modalità di monitoraggio e valutazione di esito multidimensionale⁷ e multiassiale⁸, che consenta di valutare gli effetti sui singoli, nel progetto e nel sistema, nelle diverse dimensioni di bisogno e dei punti di forza e a partire dai diversi punti di vista coinvolti.

Nell'ambito invece degli interventi di **prevenzione e di promozione del neurosviluppo, della salute mentale e del benessere psicologico**, che chiamano in gioco non solo il mondo sanitario ma diversi attori del territorio, dal terzo settore al mondo educativo ai servizi degli enti pubblici territoriali, fino agli enti filantropici impegnati a favore della popolazione giovanile, è importante tenere a mente che l'impatto del Covid sulle nuove generazioni è appena cominciato, verosimilmente proseguirà per molti anni, e la saturazione del sistema di risposta ne amplifica le conseguenze anche in un contesto come Regione Lombardia comparativamente ricco, rispetto ad altre aree del Paese, sotto il profilo dei servizi di

6 Uno studio SINPIA di prossima pubblicazione ha evidenziato livelli di burn out particolarmente elevati nei servizi di NPIA.

7 Una valutazione che includa quindi le diverse dimensioni di bisogno e i punti di forza sia dell'utente sia del suo contesto.

8 Una valutazione che tenga quindi conto dei punti di vista degli interessati, con il coinvolgimento partecipativo di utenti e familiari oltre che degli operatori dei diversi servizi di riferimento.

NPIA e di altri servizi pubblici e di terzo settore. Questo impatto amplificato rischia di toccare in particolare le popolazioni più vulnerabili, come i minori di famiglie fragili (genitori con difficoltà socioeconomiche, con problemi di salute mentale ...); minori in contesti problematici e poveri di servizi; ma anche bambini piccoli, bambine e ragazze; minori di origine straniera, tra cui MSNA; persone con disabilità o con incongruenza di genere. La maggior esposizione è legata a diversi fattori, tra cui scarsa conoscenza dei servizi, possibilità di accesso e capacità di tenuta nei percorsi di sostegno, ma anche compresenza di altri bisogni a cui si dà maggiore priorità. Questo impatto si combina inoltre con il contemporaneo incremento di altri fattori di rischio per le giovani generazioni, già presenti in epoca pre pandemica e da essa ulteriormente amplificati (rapide trasformazioni sociali e incremento della povertà minorile ed educativa, pressione prestazionale e verso l'individualismo, utilizzo dei social network, bullizzazione e marginalizzazione di chi non è all'altezza, scarse prospettive di futuro...).

Sul piano degli **interventi**, appare quindi evidente la necessità di attuare un maggior raccordo e coordinamento, non solo in ambito sanitario, ma anche educativo e sociale, sviluppando strategie di sistema, che consentano di usare al meglio le risorse disponibili agendo da moltiplicatori di salute.

Sono necessari progetti coordinati e strategici, attenti alle situazioni di maggiore vulnerabilità e/o con maggiori difficoltà nell'accesso ai servizi, capaci di agire sugli elementi di sistema che diminuiscono il rischio per il neurosviluppo e la salute mentale e potenziano i fattori protettivi, evitando per quanto possibile interventi individuali e focalizzandosi su interventi di contesto o gruppal, mirati e differenziati su tutte le fasce d'età e con il coinvolgimento attivo e partecipativo di utenti e famiglie.

La letteratura scientifica è ormai molto ricca per quanto riguarda i fattori protettivi ed i fattori di rischio per il neurosviluppo e la salute mentale e i rapporti costo-beneficio dei diversi interventi, ed è importante quindi che i progetti abbiano solide basi e siano mirati alle aree specifiche che hanno maggiore necessità di intervento, inclusivi vale a dire in grado

di potenziare i fattori protettivi sia per i soggetti già a rischio o con disturbi conclamati, sia per la popolazione generale, con intensità adeguata a generare cambiamento, attenzione alla trasferibilità e sostenibilità reali. Di seguito elenchiamo alcune aree strategiche che potrebbero essere prese in considerazione nel disegnare futuri interventi.

1. **Interventi a supporto della genitorialità e del neurosviluppo nei primissimi anni di vita.** I primi anni di vita sono determinanti per il neurosviluppo e la salute mentale e azioni mirate in tale fascia di età determinano un ritorno molto elevato rispetto all'investimento effettuato, più che nelle età successive, e moltissimi sono i progetti attivi in questo senso (si pensi agli interventi che incoraggiano la lettura ad alta voce ai bambini, di cui numerosi studi hanno dimostrato i benefici per lo sviluppo emotivo, linguistico, sociale, cognitivo e delle competenze di lettoscrittura in età successive). L'ingaggio dei genitori più vulnerabili o in maggiore difficoltà può non essere né semplice né possibile, bisogna contrastare attivamente il rischio molto concreto di incrementare ulteriormente le diseguglianze.
2. **Interventi a supporto del coinvolgimento attivo e della partecipazione dei bambini e delle bambine, delle ragazze e dei ragazzi:** ragazze e ragazzi sono portatori di punti di vista unici e innovativi sul proprio benessere e le proprie difficoltà, e il loro coinvolgimento attivo e l'ascolto delle loro esperienze di vita sono essenziali per individuare soluzioni più efficaci e inclusive, riducendo il rischio di trascurare aspetti importanti, oltre a contribuire al loro sviluppo personale, all'empowerment e alla fiducia nelle proprie capacità, alla solidarietà e al senso di appartenenza a una comunità. Si tratta di un aspetto particolarmente importante in epoca post pandemica, per lo scarso coinvolgimento attivo e lo scarso ascolto avvenuto in epoca pandemica, e per l'importanza di implementare la capacità di tutti i servizi, scolastici, educativi, sociali e sanitari, di coinvolgere attivamente le ragazze e i ragazzi, capacità che in molti contesti è estremamente limitata.
3. **Interventi per aumentare la consapevolezza di sé e delle emozioni:** la consapevolezza di sé e delle

proprie ed altrui emozioni è essenziale per favorire lo sviluppo socio-emotivo sano, migliorare le relazioni interpersonali, ridurre lo stress, promuovere il benessere generale, l'empatia e le relazioni collaborative con gli altri, ma assume un ruolo importante anche nel diminuire la pressione prestazionale, sostenere la diversità degli stili di apprendimento e di espressione e sviluppare flessibilità cognitiva ed emotiva, con particolare attenzione alle situazioni a maggiore vulnerabilità. Ci sono evidenze sull'utilità della *mindfulness*⁹ e della mentalizzazione¹⁰ in questo ambito, ma anche di altri interventi. Si tratta di un'area in importante continuità con la n. 6.

4. Interventi per sviluppare contesti maggiormente inclusivi: la capacità di inclusione, di condivisione e accoglienza delle difficoltà da parte di tutti i contesti di vita rappresenta un fattore protettivo importante per il neurosviluppo e la salute mentale. Per tale motivo, è strategica la messa in campo di interventi sistematici contro lo stigma, il bullismo, il *minority stress*¹¹, l'esclusione e l'istituzionalizzazione di ritorno¹², per far crescere contesti capaci di reggere

9 *Mindfulness* è l'atto di essere consapevoli e presenti nel qui e ora, senza giudizio, in contatto con le proprie sensazioni, pensieri, emozioni e con l'ambiente circostante, senza cercare di cambiarli o giudicarli. La pratica della *mindfulness* spesso coinvolge l'attenzione consapevole sul respiro, sul corpo, sulle sensazioni fisiche o sui pensieri e sulle emozioni. Attraverso la *mindfulness*, si sviluppa la capacità di osservare i propri pensieri e le proprie emozioni senza identificarsi con essi o reagire impulsivamente ad essi.

10 Gli interventi di mentalizzazione mirano allo sviluppo e al potenziamento della capacità di comprendere e interpretare i propri pensieri, sentimenti, desideri e quelli degli altri, nonché di attribuire significato al comportamento degli altri in base ai loro stati mentali interni, come credenze, intenzioni e desideri.

11 Per *minority stress* si intende lo stress cronico e la pressione psicologica che gli individui di gruppi minoritari possono sperimentare a causa delle discriminazioni, degli stereotipi, delle ingiustizie sociali e delle marginalizzazioni legate alla loro appartenenza a un gruppo minoritario, e che può influenzare negativamente il neurosviluppo, la salute mentale, il benessere e la qualità della vita delle persone coinvolte.

12 Per istituzionalizzazione di ritorno si intende la tendenza tornare a pratiche, norme o strutture che erano state precedentemente smantellate o riformate. Nello specifico, è contrapposto a modalità inclusive e di comunità, che

la moltiplicazione delle diversità e sviluppare empatia, capacità di chiedere aiuto e lasciarsi aiutare, cooperazione e non competizione, in stretto raccordo con le scuole e altri contesti educativi e di socializzazione. **Interventi per incrementare la capacità di prevenzione e gestione delle crisi comportamentali:** le *escalation* comportamentali¹³ sono sempre più diffuse in tutti i contesti e sono spesso considerate come un elemento distintivo della presenza di disturbi psichiatrici, che giustifica meccanismi espulsivi nei confronti dei soggetti coinvolti e spinte verso l'istituzionalizzazione di ritorno. In realtà, si tratta di fenomeni che possono accadere a chiunque nella complessa interazione tra contesto e soggetto, nella maggior parte dei casi in assenza di disturbi psichiatrici. Sono multideterminate, e vedono l'interazione tra fattori interni (sonno, fame, dolore, farmaci, caratteristiche temperamentali, sesso, età e neurobiologia, fragilità specifiche) ed esterni (suoni, luci, rumori, capacità di accoglienza, eventi stressogeni che si verificano nel luogo e nelle relazioni, risposte degli altri soggetti nell'ambiente etc.), la conoscenza dei possibili meccanismi e l'identificazione e sperimentazione di strategie alternative è di estrema importanza per la prevenzione e gestione della crisi in tutti i contesti, ma in particolar modo per prevenire l'espulsività nei contesti residenziali educativi e di aggregazione e nella scuola.

5. Interventi di prevenzione e trattamento della disregolazione emotiva nelle diverse età: per disregolazione emotiva si intende la difficoltà che le persone possono avere nel gestire e regolare le

ritengono che le risposte alle difficoltà delle persone con disturbi psichiatrici, disabilità o altre diverse problematiche siano un problema collettivo e con importanti ricadute sulla coesione sociale e debbano avvenire nella comunità locale, e non allontanando le persone dai contesti di vita quotidiani e concentrandole in strutture specializzate residenziali, educative, sociali o terapeutiche.

13 Per *escalation comportamentale* si intende un fenomeno in cui un comportamento, solitamente negativo o conflittuale, diventa sempre più intenso o frequente nel tempo. Se non adeguatamente controbilanciata, può giungere fino alla crisi, ovvero alla rottura improvvisa e temporanea dell'equilibrio pre-esistente, con la possibilità di comportamenti auto o eteroaggressivi che possono avere conseguenze rilevanti per il soggetto e per il contesto.

proprie emozioni, sperimentando rapidi cambiamenti emotivi, reazioni particolarmente intense e difficoltà a gestire lo stress e le frustrazioni quotidiane. In particolare, può essere difficile identificare, riconoscere ed esprimere le emozioni, senza attivare immediatamente comportamenti impulsivi. Le difficoltà di regolazione emotiva possono essere presenti fisiologicamente nei bambini piccoli o in momenti particolari, ma la loro permanenza nel tempo è un fattore di rischio rilevante e trasversale a diversi disturbi del neurosviluppo, che può avere un impatto significativo sulle relazioni personali, sul lavoro e sulla qualità della vita complessiva della persona nonché un impatto peggiorativo sulla prognosi e la traiettoria evolutiva dei singoli disturbi. Vi sono diversi interventi basati sulle evidenze che possono agire in modo preventivo (aiutando tutti i bambini e ragazzi a sviluppare una migliore regolazione emotiva) o terapeutico (nel momento in cui la disregolazione emotiva è un sintomo importante di un disturbo del neurosviluppo). Tra di essi, particolarmente promettenti sono gli interventi di mentalizzazione, gli interventi basati sulla Dialectical Behavioural Therapy (DBT)¹⁴, gli interventi nell'ambito della Acceptance and Commitment Therapy (ACT)¹⁵, tutti interventi attuabili in diversi contesti (scuola, luoghi di aggregazione etc.) e in gruppo. Per carenza di risorse, le versioni cliniche raramente sono presenti in forma completa nei percorsi di cura attivi nel sistema sanitario pubblico, e potrebbe essere strategico valutare modalità per

implementarle trasversalmente a più contesti e in modo coordinato, ad esempio nei territori più fragili in base ai dati.

6. Interventi a supporto di genitori con figli adolescenti, con o senza disturbi psichiatrici: preadolescenza e adolescenza possono essere un momento critico per le interazioni tra genitori e figli, in cui la comunicazione può diventare difficoltosa, in particolare in presenza di comportamenti problematici che influenzano vari aspetti della vita quotidiana, relazioni familiari, benessere emotivo e altro ancora. Comprendere la fatica e i comportamenti dei figli e come poter sostenere la crescita può essere difficile e controintuitivo, sia quando i comportamenti sono sostanzialmente fisiologici sia ancor più quando sono espressione di sofferenza marcata o di disturbi del neurosviluppo e di salute mentale. Possono attivarsi sensi di colpa, impotenza, sovraccarico o rabbia a fronte di situazioni quotidiane davvero molto difficili da sostenere. Gli interventi per genitori di ragazzi preadolescenti e adolescenti, sia con disturbi psichiatrici sia in situazione di disagio sono molto promettenti, in particolare in gruppo, tra cui Connect, ACT, DBT, mentalizzazione. Anche in questo caso, si tratta di interventi che possono essere utilizzati con un taglio maggiormente preventivo e inclusivo o nella versione più clinica. Per quest'ultima, potrebbe essere strategico valutare modalità di implementazione coordinata e trasversale a più contesti, ad esempio nei territori più fragili in base ai dati.

¹⁴ La Dialectical Behavioural Therapy è un intervento che mira a promuovere la validazione delle emozioni, migliorare le abilità di regolazione emotiva e sviluppare capacità di tolleranza al disagio emotivo che consentono così un cambiamento comportamentale. Ne esistono diversi adattamenti clinici a seconda degli specifici disturbi, ma anche una versione per l'uso nelle scuole.

¹⁵ La Acceptance and Commitment Therapy è un tipo di terapia cognitivo-comportamentale che si concentra sull'accettazione dei pensieri ed emozioni spiacevoli, nonché sull'identificazione e il perseguimento dei valori personali importanti attraverso l'impegno in azioni significative. La consapevolezza è un componente fondamentale della ACT. Insegna alle persone a essere presenti nel momento presente, consapevoli dei propri pensieri, emozioni e sensazioni fisiche, senza giudizio o reazione impulsiva.

In generale, per riconnettere le risorse ed energie dei servizi sanitari con quelle del territorio (enti pubblici territoriali, scuole, privato sociale) sia rispetto alla sfida della promozione che della cura, sarebbe utile prevedere figure/funzioni di cerniera tra sanitario e territorio, che tengano le fila per la singola ASST/IRCCS delle risorse/progetti attivi, ricercando intenzionalmente sinergie e sperimentazioni comuni e **favorendo canali stabili di raccordo per il reciproco invio facilitato** di utenti e famiglie a partire da criteri condivisi per l'individuazione delle situazioni ad alto rischio. Appare inoltre fondamentale implementare cabine di regia pubbliche nei diversi territori, che mettano

in rete in modo ampio, completo e partecipativo l'esistente, facilitino la circolazione delle informazioni su servizi, progetti e interventi esistenti, sviluppino raccordo e coordinamento di sistema e indirizzino le iniziative in base ai bisogni locali e agli esiti effettivi.

Per concludere, la ricerca ha consentito di tracciare per la prima volta una fotografia del bisogno di cure e delle risposte per gli utenti con disturbi neuropsichici dell'età evolutiva e per le loro famiglie residenti in Lombardia, che a loro volta permettono di ipotizzare l'andamento nella popolazione delle difficoltà del neurosviluppo dei minorenni e più in generale della salute mentale e del benessere psicologico in epoca pre-pandemica, pandemica e post-pandemica nonché di ottenere indicazioni utili per la programmazione sanitaria, sociale ed educativa.

Trattandosi di un primo studio pilota, le analisi effettuate hanno dovuto limitarsi ai flussi principali, ai minorenni residenti in Lombardia e a un'unica coorte particolarmente significativa, quella relativa ai comportamenti autolesivi e suicidari. Appare certamente opportuno estendere la ricerca in modo longitudinale nei prossimi anni, stante il verosimile impatto di lungo periodo della pandemia e dei cambiamenti in atto nei diversi fattori protettivi e di rischio per i disturbi del neurosviluppo, includendo anche i non residenti¹⁶, gli utenti con accessi in day hospital e in centro diurno, i flussi della riabilitazione dell'età evolutiva e del consultorio e approfondendo ulteriormente il tema

dell'intensità e continuità di cura, della saturazione del sistema e dell'impatto delle differenze territoriali.

Particolarmente rilevante appare la possibilità di approfondire l'analisi dell'andamento nel tempo dei percorsi di cura di gruppi di pazienti con lo stesso problema di salute (coorti), in modo analogo a quanto è stato fatto qui per la prima volta per i comportamenti suicidari. L'identificazione di coorti di pazienti sufficientemente omogenee e rappresentative è assai complessa per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, perché solo raramente si può utilizzare la singola diagnosi come tracciante, per la frequente presenza di più diagnosi, a espressività e compromissione funzionale variabili e con rilevanti modificazioni nel tempo e a seconda dell'età e della fase evolutiva. Soprattutto, l'85% degli utenti sono seguiti solo in ambito territoriale/ambulatoriale, dove i flussi amministrativi standard riportano la diagnosi solo nel 40% dei casi e con la possibilità di indicare un solo codice diagnostico, nonostante la maggior parte dei pazienti presenti più disturbi contemporaneamente. La metodologia sviluppata per i comportamenti suicidari potrà essere rimodulata e applicata per altre situazioni particolarmente significative per l'impatto sul SSR, quali ad esempio gli accessi in PS con codici gialli o rossi, gli inserimenti in strutture residenziali terapeutiche, le prescrizioni psicofarmacologiche, i ricoveri ordinari, nonché per quei profili diagnostici nei quali è maggiormente verosimile che la diagnosi sia adeguatamente codificata in almeno un flusso e quindi possa essere utilizzata come evento indice, quali ad esempio i disturbi dell'alimentazione, la disabilità intellettiva, l'autismo o la schizofrenia.

¹⁶ Tra cui sono particolarmente significativi, benché poco numerosi, i Minori Stranieri Non Accompagnati con disturbi NPIA, per la complessità dei bisogni di cui sono portatori.

BIBLIOGRAFIA



Foto di Susanne Jutzeler su Pexels

- Atladottir H.O., Gyllenberg D., Langridge A., et al. (2015), The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive multinational comparison. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 2: 173-183. Doi: [10.1007/s00787-014-0553-8](https://doi.org/10.1007/s00787-014-0553-8)
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (2022), *Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi*. Roma. www.garanteinfanzia.org.
- Barbetta G.P., Stella L., Vaiani L. (2023), *NATI DIVERSI – La scuola compensa le diseguaglianze di apprendimento?* Milano: Fondazione Cariplo.
- Bonati M. (2018), Se fosse cancro ci sarebbe una protesta, ma è salute mentale. *R&P Ricerca e Pratica*, 34, 1: 3-5. Doi: [10.1707/2860.28839](https://doi.org/10.1707/2860.28839).

- Bonati M., Cartabia M., Clavenna A. (2022), Still too much delay in recognition of autism spectrum disorder. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Jan 11, 31: e1. Doi: [10.1017/S2045796021000822](https://doi.org/10.1017/S2045796021000822).
- Bozzola E., Ferrara P., Spina G., Villani A., Roversi M., Raponi M., Corsello G., Staiano A., Italian Pediatric Covid-19 Board (2022), The pandemic within the pandemic: the surge of neuropsychological disorders in Italian children during the Covid-19 era. *Italian Journal of Pediatrics*, 48, 1: 126. Doi: [10.1186/s13052-022-01324-4](https://doi.org/10.1186/s13052-022-01324-4).
- Clavenna A., Cartabia M., Fortino I., Leoni O., Bonati M. (2022), Delay in pharmacological treatment of autistic children after recognition of the disorder. *European Neuropsychopharmacology*, Dec, 65: 54-55. Doi: [10.1016/j.euroneuro.2022.10.012](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.10.012).
- Clavenna A., Cartabia M., Sequi M., Costantino M.A., Bortolotti A., Fortino I., Merlino L., Bonati M. (2013), Burden of psychiatric disorders in the pediatric population. *European Neuropsychopharmacology*, 23: 98-106. Doi: [10.1016/j.euroneuro.2012.04.008](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.04.008).
- Colizzi M., Sironi E., Antonini F., Ciceri M.L., Bovo C., Zoccante L. (2020), Psychosocial and Behavioral Impact of Covid-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey. *Brain Sciences*, 10, 6: 341. Doi: [10.3390/brainsci10060341](https://doi.org/10.3390/brainsci10060341).
- Conti E., Sgandurra G., De Nicola G., et al. (2020), Behavioural and Emotional Changes during Covid-19 Lockdown in an Italian Paediatric Population with Neurologic and Psychiatric Disorders. *Brain Sciences*, 10, 12: 918. Doi: [10.3390/brainsci10120918](https://doi.org/10.3390/brainsci10120918).
- Corrao G. (2019), *Real World Evidence. Buone pratiche della ricerca basata sull'osservazione del mondo reale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Costantino A. (2021), *Lettera del Presidente della Società di Neuropsichiatria Infantile al Presidente del Consiglio e ai Ministri della Salute, Istruzione, Pari Opportunità, Disabilità, Economia*. 15 aprile.
- Dessain A., Parlatini V., Singh A., et al. (2024), Mental health during the Covid-19 pandemic in children and adolescents with ADHD: a systematic review of controlled longitudinal cohort studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 156: 105502. Doi: [10.1016/j.neubiorev.2023.105502](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105502).
- Fadda D., Pellegrini M., Vivanet G. (2023), *Disuguaglianze nella scuola italiana – Cosa dice la ricerca*. Milano: Fondazione Cariplo.
- Farooq S., Tunmore J., Wajid Ali M., Ayub M. (2021), Suicide, self-harm and suicidal ideation during Covid-19: A systematic review. *Psychiatry Research*, 306: 114228. Doi: [10.1016/j.psychres.2021.114228](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114228).
- Fazzi E., Galli J. (2020), New clinical needs and strategies for care in children with neurodisability during covid-19. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 62, 7: 879-880. Doi: [10.1111/dmcn.14557](https://doi.org/10.1111/dmcn.14557).
- Fiorillo A., Gorwood P. (2020), The consequences of the Covid-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63, 1: e32. Doi: [10.1192/j.eurpsy.2020.35](https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35).
- Frigerio A., Rucci P., Goodman R. et al. (2009), Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrISMA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 4: 217-226. Doi: [10.1007/s00787-008-0720-x](https://doi.org/10.1007/s00787-008-0720-x).
- GAT NPIA – DG Welfare di Regione Lombardia (2017), *Bisogni, risposte e linee di miglioramento possibili nell'ambito dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza in Lombardia. Documento conclusivo*. Milano: Regione Lombardia.
- Ge D.G. (2022), Neurodevelopmental mechanisms linking early experiences and mental health: Translating science to promote well-being among youth. *American Psychologist*, 77, 9: 1033-1045. Doi: [10.1037/amp0001107](https://doi.org/10.1037/amp0001107).
- Istat, *Demografia in cifre*. www.demo.istat.it.
- Istat (2015-2022), *Principali caratteristiche strutturali della popolazione, dataset Lombardia*. Roma: Istat.

- Istat (2022), *Rapporto BES 2021: Il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: Istat.
- Istituto Superiore di Sanità (2020), Rapporto ISS Covid-19 n.43/2020 Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia. www.iss.it/documents/Rapporto.pdf.
- Kessler R.C., Amminger G.P., Aguilar-Gaxiola S. et al. (2007), Age of Onset of Mental Disorders: A Review of Recent Literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 4: 359-364. Doi: 10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c.
- Kessler R.C., McLaughlin K.A., Green J.G., et al. (2010), Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197, 5: 378-385. Doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499.
- Ministero della Salute (2019), Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza. www.salute.gov.it.
- McCartney M. (2017), If this was cancer there'd be an outcry, but it's mental health. *BMJ*, j5407. Doi: 10.1136/bmj.j5407.
- Mensi M.M., Capone L., Rogantini C., Orlandi M., Ballante E., Borgatti R. (2021), Covid-19-related psychiatric impact on Italian adolescent population: A cross-sectional cohort study. *Journal of Community Psychology*, 49, 5: 1457-1469. Doi: 10.1002/jcop.22563.
- Mensi M.M., Iacopelli M., Orlandi M., et al. (2022), Psychiatric symptoms and emotional impact of the Covid-19 pandemic on Italian adolescents during the third lockdown: a cross-sectional cohort study. *Scientific Reports*, 12, 1: 20901. Doi: 10.1038/s41598-022-25358-0.
- Miskowiak K.W., Hansen K.B., Mariegaard J., Kessing L.V. (2023), Association between childhood trauma, cognition, and psychosocial function in a large sample of partially or fully remitted patients with bipolar disorder and healthy participants. *International Journal of Bipolar Disorders*, 11, 1: 31. Doi: 10.1186/s40345-023-00311-w.
- Moreno C., Wykes T., Galderisi S., et al. (2020), How mental health care should change as a consequence of the Covid-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7, 9: 813-824. Doi: 10.1016/S2215-0366(20)30307-2.
- Oliveira J.M.D., de Butini L., Pauletto P., et al. (2022), Mental Health Effects Prevalence in Children and Adolescents During the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19, 2: 130-137. Doi: 10.1111/wvn.12566.
- Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza, Gruppo Emergenza Covid-19 (2021), *Covid-19 e adolescenza*. <https://famiglia.governo.it>.
- Owen M.J., O'Donovan M.C. (2017), Schizophrenia and the neurodevelopmental continuum: evidence from genomics. *World Psychiatry*, 16, 3: 227-235. Doi: 10.1002/wps.20440.
- Owen M.J., O'Donovan M.C., Thapar A., Craddock N. (2011), Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 198, 3: 173-175. Doi: 10.1192/bjp.bp.110.084384.
- Parenti I., Rabaneda L.G., Schoen H., Novarino G. (2020), Neurodevelopmental Disorders: From Genetics to Functional Pathways. *Trends in Neurosciences*, 43, 8: 608-621. Doi: 10.1016/j.tins.2020.05.004.
- Patel et al. (2016), Global Priorities for Addressing the Burden of Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. In: Patel V., Chisholm D., Dua T., Laxminarayan R., Medina-Mora M.E. (eds.), *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition* (Volume 4). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; Chapter 1.
- Prince M., Patel V., Saxena S., et al. (2007), No Health Without Mental Health. *The Lancet*, 370, 9590: 859-877. Doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0.
- Regione Emilia Romagna (2014), *Rapporto dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale dell'Emilia Romagna*. Bologna: Regione Emilia Romagna.

- Regione Lombardia (2017), *Bisogni, risposte e linee di miglioramento possibili nell'ambito dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza in Lombardia. Documento conclusivo GAT Regionale, ottobre 2017.* Milano: Regione Lombardia.
- Regione Piemonte (2017), *La Rete di Assistenza neurologica, psicologica, psichiatrica e riabilitativa per l'Infanzia e l'Adolescenza. Report SMAIL, Sistema informativo multidisciplinare per l'adolescenza e l'infanzia.* Torino: Regione Piemonte.
- Regione Toscana (2012), *La salute mentale in Toscana: aggiornamenti e sviluppi.* Firenze: *Collana dei Documenti ARS* n. 68.
- Rossi R., Socci V., Talevi D., et al. (2020), Covid-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11: 790. Doi: 10.3389/fpsyt.2020.00790.
- Schneeweiss S. (2014), Learning from Big Health Care Data. *New England Journal of Medicine*, Jun 5, 370, 23: 2161-2163. Doi: 10.1056/NEJMp1401111.
- Segre G., Campi R., Scarpellini F., et al. (2021), Interviewing Children: The Impact of the Covid-19 Quarantine on Children's Perceived Psychological Distress and Changes in Routine. *BMC Pediatrics*, 21, 1: 231. Doi: 10.1186/s12887-021-02704-1.
- Sideli L., Lo Coco G., Bonfanti R.C., et al. (2021), Effects of Covid-19 Lockdown on Eating Disorders and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Eating Disorders Review*, 29, 6: 826-841. Doi: 10.1002/erv.2861.
- SINPIA – Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (2021), *Lettera al Presidente del Consiglio Mario Draghi di A. Costantino.* Milano – <https://sinpia.eu>.
- Stagi P., Galeotti S., Mimmi S., Starace F., Castagnini A.C. (2015), Continuity of Care from Child and Adolescent to Adult Mental Health Services: Evidence from a Regional Survey in Northern Italy. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 12: 1535-1541. Doi: 10.1007/s00787-015-0735-z.
- Thapar A., Cooper M., Rutter M. (2017) Neurodevelopmental Disorders. *Lancet Psychiatry*, Apr, 4, 4: 339-346. Doi: 10.1016/S2215-0366(16)30376-5.
- Tunesi S., Bosio M., Russo A.G. (2019) Do Autistic Patients Change Healthcare Services Utilisation Through the Transition Age? An Italian Longitudinal Retrospective Study. *BMJ Open*. Nov 14, 9, 11: e030844. Doi: 10.1136/bmjopen-2019-030844.
- Uccella S., De Grandis E., De Carli F., et al. (2021), Impact of the Covid-19 Outbreak on the Behavior of Families in Italy: A Focus on Children and Adolescents. *Frontiers in Public Health*, 9: 608358. Doi: 10.3389/fpubh.2021.608358.
- Van Nierop M., Viechtbauer W., Gunther N., et al. (2015), Childhood Trauma is Associated With a Specific Admixture of Affective, Anxiety, and Psychosis Symptoms Cutting Across Traditional Diagnostic Boundaries. *Psychological Medicine*, 45, 6: 1277-1288. Doi: 10.1017/S0033291714002372.
- Vicari S., Pontillo M. (2021), Developmental Psychopathology in the Covid-19 period. Covid-19 Pandemic Impact on Children and Adolescents' Mental Health. *Psichiatria Danubina*, 33 (Suppl 11), 33-35.
- World Health Organization (2019), *The Who Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health.* Geneva: WHO.
- Zanus C., Battistutta S., Aliverti R., et al. (2017), Adolescent Admissions to Emergency Departments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors. *PLOS ONE*, 12, 1. Doi: 10.1371/journal.pone.0170979.
- Zucchi A. et al (2022), *Lo sguardo epidemiologico. Prospettive per l'Autismo in Regione Lombardia: il percorso di attuazione del primo Piano Operativo* (non pubblicato).

I QUADERNI DELL'OSSERVATORIO

Nella Collana QUADERNI DELL'OSSERVATORIO sono stati pubblicati i seguenti titoli, scaricabili sul sito www.fondazionecariplo.it/osservatorio.

- Quaderno N.1 Periferie, cultura e inclusione sociale
- Quaderno N.2 Il valore potenziale dei lasciti alle istituzioni di beneficenza
- Quaderno N.3 Stranieri si nasce...e si rimane?
- Quaderno N.4 Oltre la famiglia: strumenti per l'autonomia dei disabili
- Quaderno N.5 L'educazione finanziaria per i giovani
- Quaderno N.6 Ricerca scientifica in ambito biomedico
- Quaderno N.7 Servizi per l'infanzia
- Quaderno N.8 Assicurazione per persone con disabilità e loro famiglie
- Quaderno N.9 Progetti e politiche per la mobilità urbana sostenibile
- Quaderno N.10 Le organizzazioni culturali di fronte alla crisi
- Quaderno N.11 I Social Impact Bond
- Quaderno N.12 Lavoro e Psiche. Un progetto sperimentale per l'integrazione lavorativa di persone con gravi disturbi psichiatrici
- Quaderno N.13 Il bando "Audit energetico degli edifici di proprietà dei comuni piccoli e medi"
- Quaderno N.14 Infrastrutture di ricerca in Italia
- Quaderno N.15 Performance economica e sociale delle istituzioni di microfinanza: alcune evidenze empiriche
- Quaderno N.16 Cessione della nuda proprietà da parte di soggetti fragili: il possibile ruolo di un soggetto dedicato
- Quaderno N.17 Abitare leggero. Verso una nuova generazione di servizi per anziani
- Quaderno N.18 Progetti culturali e sviluppo urbano. Visioni, criticità e opportunità per nuove politiche nell'area metropolitana di Milano
- Quaderno N.19 Sperimentare politiche sociali innovative. Manuale introduttivo
- Quaderno N.20 #BICittadini. Interventi a favore della mobilità ciclistica
- Quaderno N.21 Resilienza tra territorio e comunità. Approcci, strategie, temi e casi
- Quaderno N.22 Favorire la coesione sociale con le biblioteche. Valutazione del bando
- Quaderno N.23 Il "mercato" dei lasciti testamentari. Nuove stime per Italia e Lombardia (2014-2030)
- Quaderno N.24 Il bando abitare sociale temporaneo. Mappatura e analisi dei progetti finanziati (2000-2013)
- Quaderno N.25 Lo sviluppo dei Green Jobs. Uno scenario di evoluzione quantitativa e qualitativa e alcune ipotesi di adeguamento dei percorsi formativi

- Quaderno N.26 House rich, cash poor. Come rendere liquida la ricchezza rappresentata dalla casa di abitazione
- Quaderno N.27 Bando materiali avanzati 2003-2013. Progetti e risultati
- Quaderno N.28 Sperimenta, impara, adatta. Sviluppare politiche pubbliche con gli esperimenti randomizzati controllati
- Quaderno N.29 Conoscere per conservare. 10 anni per la Conservazione Programmata
- Quaderno N.30 Il collocamento mirato e le convenzioni ex-art.14. Evidenze e riflessioni
- Quaderno N.31 Fondazioni di comunità. L'esperienza di Fondazione Cariplo
- Quaderno N.32 Prendiamoci un caffè. I luoghi del welfare nel Bando Welfare in azione
- Quaderno N.33 Ricerca scientifica in ambito biomedico. Progetti e risultati del Bando 2001-2013
- Quaderno N.34 Tecniche di *nudging* in ambito ambientale. Una rassegna di esperienze e risultati
- Quaderno N.35 L'impatto del Covid-19 sugli enti di terzo settore – Prime stime sui dati delle candidature al Bando LETS GO!
- Quaderno N.36 Responsabilità sociale per la rigenerazione delle periferie – Imprese ed esperienze sul campo
- Quaderno N.37 Tecnologie digitali e didattica laboratoriale nell'educazione STEM – Evidenze scientifiche e raccomandazioni pratiche
- Quaderno N.38 Beni naturali e servizi ecosistemici – Riflessioni ed esperienze dalla comunità di pratica del bando Capitale Naturale
- Quaderno N.39 L'invecchiamento in Lombardia – Tendenze demografiche e politiche pubbliche regionali per gli anziani non autosufficienti: quali lezioni per il futuro?
- Quaderno N.40 La denatalità a Milano, Italia, Europa – Fatti, politiche, opzioni sperimentali
- Quaderno N.41 Il valore della natura. Esperienze dalle comunità di pratica del bando Capitale Naturale
- Quaderno N.42 Disuguaglianze di redditi e patrimoni in Italia e nel mondo
- Quaderno N.43 Disuguaglianze nella scuola italiana – Cosa dice la ricerca
- Quaderno N.44 Nati diversi – La scuola compensa le disuguaglianze di apprendimento?
- Quaderno N.45 Il disegno del Capitale Naturale – Esperienze e risultati dalle comunità di pratica
- Quaderno N.46 Ricerca scientifica e protezione dei dati personali – Principi generali e raccomandazioni
- Quaderno N.47 I lasciti testamentari in Italia e in Lombardia – Scenari, risultati e suggerimenti per gli enti del Terzo Settore
- Quaderno N.48 Neurosviluppo, salute mentale e benessere psicologico di bambini e adolescenti in Lombardia 2015-2022

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

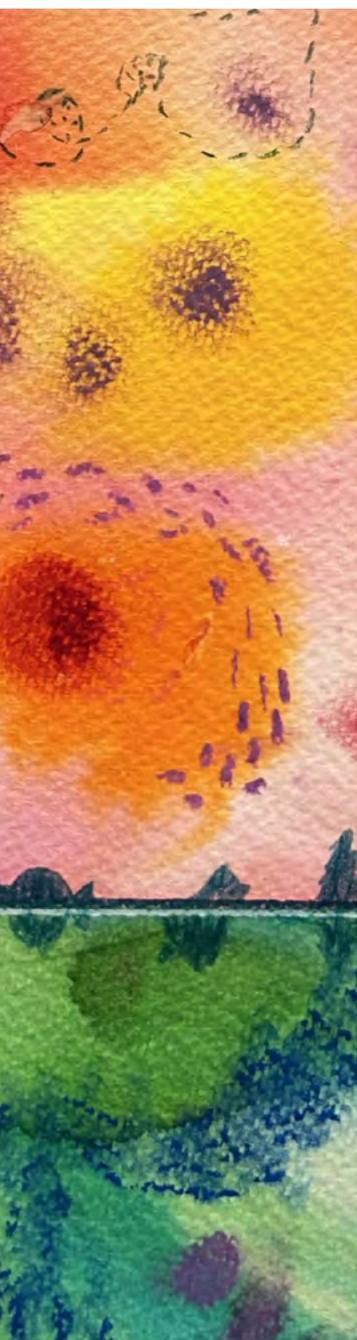
Può essere citato – Quote as:

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