

Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza



ISSN 1591-223X
DOSSIER
160-2007



Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza



World Health
Organization

**Pubblicato dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 2005 con il titolo
*Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans***

© Organizzazione mondiale della sanità 2005

La versione italiana del documento è stata curata da

Elisabetta Fréjaville

Francesca Ciceri

Servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri

Area Neuropsichiatria infantile

Direzione Generale sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna

**La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione
dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna**

responsabile Marco Biocca

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, novembre 2007

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss160.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Presentazione della traduzione italiana

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non è semplicemente assenza di malattia o infermità" (OMS, 1948) e la "promozione della salute" non è prevenzione delle malattie né semplice educazione a corretti stili di vita, bensì è attenzione ai requisiti fondamentali per la qualità della vita e la dignità dell'individuo, quali istruzione, casa, lavoro, pace, equità sociale, ecc. (Carta di Ottawa, OMS, 1986). Per parlare di salute è quindi imprescindibile porre attenzione al contesto di vita di ciascun individuo, di qualunque età e in qualunque condizione, anche di handicap, di malattia cronica, o altro.

Con questa visione, nel 2001 il documento "La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva" (Collana Dossier dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, n. 56), attuativo del Piano sanitario regionale (PSR) 1999-2001, già proponeva ai costruttori locali dei Piani per la salute l'analisi dei luoghi riconosciuti importanti per promuovere la salute in questa fascia di età (famiglia, scuola, città e ambiente urbano, ospedale, servizi territoriali). Il lavoro integrato fra i servizi sanitari e sociali del territorio, in partnership con le istituzioni scolastiche, oltre che con la famiglia e le organizzazioni che la tutelano e rappresentano, è riconosciuto come il modo di lavorare più appropriato (clinico, organizzativo, amministrativo, economico, ...). In questa ottica, l'Allegato D dello stesso documento "La salute psichica nei primi tre anni di vita: interventi preventivi e terapeutici" fornisce ottimi spunti per una conoscenza e un lavoro fondamentali a promuovere la salute dell'adulto "di domani".

In attuazione del suddetto PSR, l'inquadramento organizzativo della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA) in Emilia-Romagna rappresenta un settore di recente evoluzione e adeguamento alle politiche di governo clinico e amministrativo del sistema sanitario. Dopo un ventennio di attività come servizio sanitario di base inserito nel Servizio materno-infantile, nei primi anni 2000 la NPIA territoriale ha infatti visto passare la propria attività a servizio specialistico del Dipartimento salute mentale.

La recente delibera di Giunta regionale n. 911/2007 "Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA): requisiti specifici di accreditamento delle strutture e catalogo regionale dei processi clinico-assistenziali" ha definito i riferimenti comuni per l'impegno di qualità dell'offerta di servizi sanitari nelle Unità operative di NPIA, territoriali e ospedaliere, finalizzato alla condivisione di criteri di uniformità e di reciproca definizione di ruoli e competenze, ivi compresi i rapporti con la scuola (inserimento di alunni con handicap, con disturbi evolutivi, disagio, ...), con i servizi sociali e/o con altre istituzioni (es. Tribunale per affidi/adozioni, abuso/maltrattamento, ...).

La proficua collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale ha già prodotto altri Dossier: sul miglioramento dell'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare (n. 89/2004) e ai disturbi dello spettro autistico (n. 103/2004), e sui risultati del progetto regionale per il miglioramento della collaborazione fra neuropsichiatria infantile e pediatria (n. 126/2006).

Ora, la traduzione e pubblicazione nella stessa collana del documento OMS del 2005 sulle "Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza" rappresenta un impegno di promozione della cultura tecnica e organizzativa dei tanti attori coinvolti in questo campo, che è competenza non solo del settore sanitario ma dei molteplici luoghi di vita dei cittadini in età evolutiva e delle loro famiglie. Questa iniziativa rientra nell'ambito della II Conferenza regionale per la salute mentale "La politica di salute mentale nel nuovo welfare di comunità" che si è svolta nell'ottobre 2007 per definire le linee regionali di sviluppo per il triennio 2008-2010.

Ringraziamo l'Organizzazione mondiale della sanità per averci dato fiducia concedendo la traduzione e pubblicazione del documento, che sarà diffuso presso le strutture e gli operatori della salute mentale dell'Emilia-Romagna e inviato a tutti i settori istituzionali coinvolti nella programmazione di politiche e piani per l'infanzia e l'adolescenza, secondo quanto prefigurato dal Piano sociale e sanitario 2008-2010 proposto dalla Giunta regionale con delibera n. 1448 dell'1 ottobre 2007.

Angelo Fioritti

*Responsabile Servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri
Direzione Generale sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna*

*Linee guida sulle politiche e sui servizi
per la salute mentale*

POLITICHE E PIANI D'AZIONE PER LA SALUTE MENTALE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

*I bambini sono il nostro futuro.
Con politiche e progetti puntuali,
i Governi potranno promuovere
la salute mentale dei minori,
a beneficio dei bambini, delle famiglie,
della comunità e della società.*

Publicato dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 2005 con il titolo
Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans

© Organizzazione mondiale della sanità 2005

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Child and adolescent mental health policies and plans.
(Mental health policy and service guidance package)

1. Mental health
2. Policy-making
3. Adolescent health services - legislation
4. Child health services - legislation
5. Social justice
6. Health planning guidelines
- I. World Health Organization

ISBN 92 4 154657 3 (NLM classification: WM 34)

Technical information concerning this publication can be obtained from:

Dr Michelle Funk

Department of Mental Health and Substance Abuse - World Health Organization
20 Avenue Appia - CH-1211, Geneva 27 - Switzerland
tel. +41 22 791 3855 - fax +41 22 791 4160 - e-mail funkm@who.int

Suggested citation : *Child and adolescent mental health policies and plans*. Geneva,
World Health Organization, 2005
(Mental Health Policy and Service Guidance Package)

© World health Organization 2005
Reprinted 2007.

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel. +41 22 791 3264; fax +41 22 791 4857; e-mail bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications - whether for sale or for noncommercial distribution - should be addressed to WHO Press, at the above address (fax +41 22 791 4806; e-mail permissions@who.int).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

This publication contains the collective views of an international group of experts and does not necessarily represent the decisions or the stated policy of the World Health Organization.

Ringraziamenti

Il documento sulle politiche e i servizi per la salute mentale è stato prodotto sotto la direzione della Dr Michelle Funk, Coordinatore, Politiche per la salute mentale e sviluppo del servizio, con la supervisione del Dr Benedetto Saraceno, Direttore, Dipartimento di salute mentale e abuso di sostanze, Organizzazione mondiale della sanità.

L'Organizzazione mondiale della sanità ringrazia sentitamente il lavoro del prof. Alan Fisher, Università di Cape Town, Observatory, Repubblica del Sud Africa, e del Dr Stuart Lusting, Harvard Medical School, Stati Uniti d'America, che hanno preparato questo modulo.

Gruppo editoriale e di coordinamento tecnico

Dr Michelle Funk, World Health Organization, Headquarters (WHO/HQ); Dr Myron Belfer (WHO/HQ); Ms Natalie Drew (WHO/HQ); Dr Margaret Grigg (WHO/HQ); Dr Benedetto Saraceno (WHO/HQ); Professor Peter Birmaher, Director Eastern Health, Child & Adolescent Mental Health Services, Victoria, Melbourne, Australia; Dr Itzhak Levav, Mental Health Services, Ministry of Health, Jerusalem, Israel; Ms Basia Arnold, Mental Health Directorate, Ministry of Health, New Zealand.

Assistenza tecnica

Dr Thomas Barrett (WHO/HQ); Dr Jose Bertolote (WHO/HQ); Dr JoAnne Epping Jordan (WHO/HQ); Dr Thérèse Agossou, Acting Regional Adviser, Mental Health, WHO Regional Office for Africa (AFRO); Dr José Miguel Caldas de Almeida, Programme Coordinator, Mental Health, WHO Regional Office for the Americas (AMRO); Dr Claudio Miranda, Regional Adviser on Mental Health (AMRO); Dr S. Murthy, Acting Regional Adviser, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO); Dr Matt Muijen, Acting Regional Adviser, Mental Health, WHO Regional Office for Europe (EURO); Dr Vijay Chandra, Regional Adviser, Mental Health and Substance Abuse, WHO Regional Office for South-East Asia (SEARO); Dr Xiangdong Wang, Regional Adviser, Mental Health and Drug Dependence, WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila, Philippines (WPRO); Dr Hugo Cohen, Adviser on health promotion and protection, WHO, Mexico.

Supporto amministrativo

Ms Adeline Loo (WHO/HQ), Mrs Anne Yamada (WHO/HQ), Mrs Razia Yaseen (WHO/HQ).

Layout and graphic design: 2S) graphicdesign

Editor: Ms Praveen Bhalla

L'Organizzazione mondiale della sanità desidera inoltre ringraziare i seguenti esperti per il loro contributo tecnico

Dr Leah Andrews	Senior Lecturer, Division of Psychiatry, University of Auckland, New Zealand
Dr Julio Arboleda-Florez	Professor and Head, Department of Psychiatry, Queen's University, Kingston, Canada
Dr Bernard S. Arons	Senior Science Advisor to the Director, National Institute of Mental Health, Bethesda, USA
Dr Joseph Bediako Asare	Chief Psychiatrist, Accra Psychiatric Hospital, Accra, Ghana
Prof. Mehdi Bina	Professor of Child Psychiatry, University of Teheran, Teheran, Islamic Republic of Iran
Prof. Peter Birluson	Director, Eastern Health, Child & Adolescent Mental Health Services, Wundeela Centre, Victoria, Melbourne, Australia
Dr Claudina Cayetano	Ministry of Health, Belmopan, Belize
Ms Keren Corbett	Project Leader, Mental Health Development Centre, National Institute for Mental Health, Reddich, Worcestershire, United Kingdom
Dr Myrielle M. Cruz	Psychiatrist, National Mental Health Program, Department of Health, Santa Cruz, Manila, Philippines
Dr Paolo Delvecchio	Consumer Advocate, United States Department of Health and Human Services, Washington, DC, USA
Prof. Theo A.H. Doreleijers	Chair, European Association of Forensic Child and Adolescent Psychiatry, Psychology and Other Involved Professions, and VU University Medical Center, Paedological Institute, Duivendrecht, The Netherlands
Dr Liknapichitkul Dusit	Director, Institute of Child and Adolescent Mental Health, Department of Mental Health Public Health Minister, Thailand
Dr John Fayyad	Child & Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry and Psychology, St. George Hospital, Beirut, Lebanon
Dr Howard Goldman	Program Director, National Association of State Mental Health, Research Institute, Virginia, USA
Dr Katherine Grimes	Assistant Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, Harvard Medical School, USA
Dr Pierre Klauser	Specialist in Paediatrics, Swiss Medical Association, Geneva, Switzerland
Dr Krista Kutash	Associate Professor and Deputy Director, Research and Training Center for Children's Mental Health, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida, Tampa, USA
Dr Stan Kutcher	Associate Dean, Clinical Research Centre, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada
Dr Pirkko Lahti	Executive Director, Finnish Association for Mental Health, Helsinki, Finland
Dr Crick Lund	Consultant, Cape Town, South Africa

Dr Ma Hong	Deputy Director, National Center for Mental Health, China-CDC, Haidian District, Beijing, China
Dr Douma Djibo Maïga	Psychiatrist, Coordinator of Mental Health Programme, Ministry of Public Health, Niamey, Niger
Dr Joest W. Martinius	Professor, Institute of Child and Adolescent Psychiatry, University of Munich, Nußbaumstr Germany
Dr Joseph Mbatia	Head, Mental Health Unit, Ministry of Health, Dar es Salaam, United Republic of Tanzania
Dr Sally Merry	Head, Centre of Child and Adolescent Mental Health, University of Auckland, New Zealand
Dr Harry I. Minas	Associate Professor, Centre for International Mental Health, School of Population Health, University of Melbourne, Victoria, Australia
Dr Alberto Minoletti	Director, Mental Health Unit, Ministry of Health, Santiago, Chile
Dr Jide Morakinyo	Former Senior Lecturer at Ladoke Akintola, University College of Health Sciences, Osogbo, Nigeria
Mr Paul Morgan	Deputy Director, SANE, Victoria, Australia
Dr Olabisi Odejide	Director, College of Medicine, Post Graduate Institute for Medical Research and Training, University of Ibadan, Nigeria
Dr Mehdi Paes	Professor and Head, Arrazi University Psychiatric Hospital, Sale, Morocco
Dr Vikram Patel	Senior Lecturer, London School of Hygiene & Tropical Medicine, and Chairperson, The Sangath Society, Goa, India
Prof. Anthony Pillay	Principal Psychologist, Midlands Hospital Complex, Pietermaritzburg, KwaZulu-Natal, South Africa
Dr Yogan Pillay	Chief Director, Strategic Planning, Department of Health, Pretoria, South Africa
Professor Ashoka Prasad	Special Expert, Ministry of Health, Mahe, Seychelles
Dr Dainius Puras	Head and Associate Professor, Centre of Child Psychiatry and Social Paediatrics, Department of Psychiatry, Vilnius University, Vilnius, Lithuania
Prof. Linda Richter	Child, Youth and Family Development, Human Sciences Research Council, University of Natal, Durban, South Africa
Prof. Brian Robertson	Emeritus Professor, Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, Republic of South Africa
Dr Luis Augusto Rohde	Vice-Chair, Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Professor of Child Psychiatry, Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil
Dr Kari Schleimer	Department of Child and Adolescent Psychiatry (CAP), Malmö University Hospital, Malmö, Sweden
Mr Don A.R. Smith	Department of Psychological Medicine, Wellington School of Medicine and Health Sciences, Wellington, New Zealand

Dr Ka Sunbaunat	Director, Mental Health, Department of Health, Ministry of Health, Phnom Penh, Cambodia
Dr Alain Tortosa	President of AAPEL, Association d'Aide aux Personnes avec un "Etat Limite", Lille, France
Dr Samuel Tyano	Secretary for Finances, World Psychiatry Association (WPA), c/o Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel
Dr Willians Valentini	Psychiatrist, São Paulo, Campinas, Brazil
Mrs Pascale Van den Heede	Executive Director, Mental Health Europe, Brussels, Belgium
Dr Robert Vermeiren	University Department of Child & Adolescent Psychiatry, Middelheim Hospital, Antwerp, Belgium
Mrs Deborah Wan	Chief Executive Officer, New Life Psychiatric Rehabilitation Association, Hong Kong, China
Dr Mohammad Taghi Yasamy	Ministry of Health & Medical Education, Tehran, Islamic Republic of Iran

L'OMS desidera inoltre ringraziare i Governi di Australia, Italia, Olanda e Nuova Zelanda, Eli Lilly and Company Foundation e Johnson and Johnson Corporate Social Responsibility, Europa, per il generoso supporto economico.

Indice

Prefazione	13
<i>Executive summary</i>	17
Obiettivi e <i>target</i>	25
1. Il contesto della salute mentale di bambini e adolescenti	27
1.1. Introduzione	27
1.2. Stigma e discriminazione	30
1.3. Sviluppo dei disturbi mentali nei bambini e negli adolescenti	31
1.4. Fattori di rischio e fattori protettivi	33
1.5. Importanza delle fasi dello sviluppo	35
1.6. Costi economici del trattamento (o mancato trattamento) dei disturbi mentali nei bambini e negli adolescenti	36
2. Sviluppo di una politica per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza	39
2.1. Azione 1. Raccolta di informazioni e dati per formulare politiche puntuali	40
2.2. Azione 2. Raccolta di evidenze di strategie efficaci	45
2.3. Azione 3. Consultazione e negoziazione	46
2.4. Azione 4. Scambio con altri paesi	49
2.5. Azione 5. Definizione della <i>vision</i> , dei valori, dei principi e degli obiettivi delle politiche	50
2.6. Azione 6. Definizione degli ambiti di azione	52
2.7. Azione 7. Individuazione dei principali ruoli e delle responsabilità dei soggetti e settori interessati	72
2.8. Esempi di politiche	72

(continua)

3. Elaborazione di un piano d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza	77
3.1. Azione 1. Definizione di strategie e tempi	77
3.2. Azione 2. Individuazione di indicatori e target	88
3.3. Azione 3. Definizione delle attività principali	88
3.4. Azione 4. Definizione di costi, risorse disponibili e <i>budget</i>	92
4. Attuazione delle politiche e dei piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza	95
4.1. Azione 1. Diffusione delle politiche	95
4.2. Azione 2. Creazione del consenso politico e reperimento di fondi	96
4.3. Azione 3. Creazione di una struttura di sostegno	98
4.4. Azione 4. Definizione di progetti pilota in alcune aree	98
4.5. Azione 5. <i>Empowerment</i> e coordinamento	99
Problemi e soluzioni	103
Glossario	105
Riferimenti bibliografici	107

Prefazione

Questo modulo fa parte delle linee guida OMS *Mental Health Policy and Service Guidance Package (Manuale di orientamento sulle politiche e sui servizi per la salute mentale)*; contiene indicazioni pratiche perché in ogni Paese vengano messe a punto strategie a favore della salute mentale della popolazione.

Obiettivi delle linee guida

Le linee guida vogliono essere un contributo ai *policy maker* e ai responsabili di progetti per

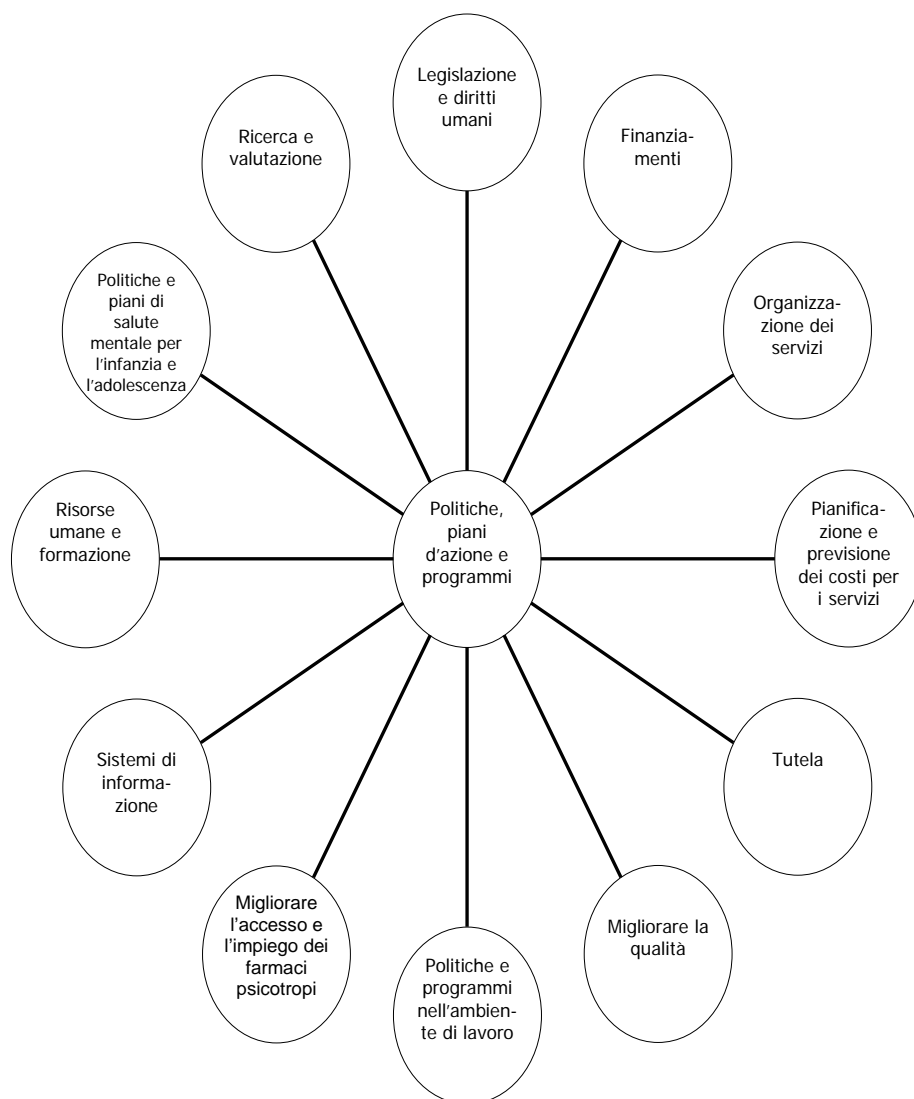
- elaborare politiche e strategie esaurienti, volte a migliorare la salute mentale delle popolazioni;
- usare le risorse disponibili e ottenere i maggiori benefici possibili;
- offrire servizi efficaci alle persone che ne hanno bisogno;
- contribuire al reinserimento delle persone con disturbi mentali in tutti gli aspetti della vita della comunità, migliorandone di conseguenza la qualità della vita in generale.

Contenuti delle linee guida

Le linee guida sono costituite da vari moduli collegati fra loro, di facile utilizzo per il lettore, che delineano i numerosi bisogni e le priorità nella progettazione delle politiche e dei servizi. Le tematiche trattate in ciascun capitolo rappresentano un aspetto essenziale della salute mentale.

Il materiale è formato dai seguenti moduli:

- contesto della salute mentale
- politiche, piani d'azione e programmi per la salute mentale
- finanziamento della salute mentale
- legislazione sulla salute mentale e sui diritti umani
- difesa della salute mentale
- organizzazione dei servizi di salute mentale
- facilitazione dell'accesso e dell'impiego dei farmaci psicotropi
- miglioramento della qualità della salute mentale
- pianificazione e previsione dei costi per i servizi di salute mentale
- politiche e piani di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza



Sono in fase di elaborazione altri moduli, che saranno inseriti nella versione finale delle linee guida:

- sistemi di informazione sulla salute mentale
- risorse umane e formazione nella salute mentale
- ricerca e valutazione delle politiche e dei servizi per la salute mentale
- politiche e programmi di salute mentale negli ambienti di lavoro

A chi sono rivolte le linee guida?

Il materiale si rivolge a:

- *policy maker* e responsabili di progetti in ambito sanitario;
- dipartimenti di governo a livello centrale, regionale e locale;
- operatori del settore;
- gruppi che rappresentano persone affette da disturbi mentali;
- rappresentanti o associazioni di famiglie e operatori che assistono persone affette da disturbi mentali;
- organizzazioni che tutelano gli interessi di persone affette da disturbi mentali, dei loro parenti e familiari;
- organizzazioni non governative impegnate o interessate nel concreto svolgimento di servizi per la salute mentale.

Come usare i moduli

Tutto il materiale può essere utilizzato in modo sistematico, nell'insieme oppure consultando i singoli moduli che approfondiscono un aspetto particolare della salute mentale. Ad esempio, per gli aspetti giuridici è utile consultare il modulo "Legislazione sulla salute mentale e diritti umani" (http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/index.html). Per maggiore facilità, sono presenti rimandi ai vari moduli.

I moduli possono essere usati per la formazione di *policy maker*, di responsabili di progetti e di tutte le persone impegnate nell'organizzazione, erogazione e finanziamento dei servizi di salute mentale. Il manuale può essere utilizzato come materiale didattico nei corsi universitari o per la formazione del personale di organizzazioni professionali che operano nel settore della salute mentale.

I moduli rappresentano un utile riferimento tecnico per organizzazioni nazionali e internazionali che intendano rivedere le proprie politiche e/o servizi rivolti alla salute mentale.

I moduli possono costituire anche uno strumento di riferimento giuridico rivolto a consumatori, famiglie e organizzazioni, in quanto contengono valide informazioni per la sensibilizzazione del pubblico in generale, di politici, *opinion maker* e altri operatori sanitari sui problemi legati ai disturbi mentali e ai servizi di salute mentale.

Format dei moduli

In ciascuno dei moduli vengono indicati gli obiettivi e le persone a cui ci si rivolge. I capitoli sono impostati schematicamente per facilitare l'uso e l'attuazione degli orientamenti espressi. Il materiale è una guida e non deve essere interpretato in modo rigido; ogni Paese potrà cercare di adattare il materiale in base ai propri bisogni e situazioni specifiche.

Nei moduli sono frequenti rimandi e in ciascun capitolo il lettore può facilmente approfondire i singoli argomenti, facendo riferimento a quanto indicato.

Tutti i moduli devono essere letti alla luce delle politiche OMS di promozione dell'assistenza nel settore della salute mentale, prevalentemente attraverso servizi sanitari generali e ambienti comunitari. La salute mentale è necessariamente un tema trasversale, che interessa i settori dell'istruzione, dell'impiego, dell'alloggio e dei servizi sociali, nonché il sistema della giustizia penale. Per elaborare le politiche e le modalità di erogazione dei servizi è essenziale anche il confronto con gli utenti e le associazioni delle famiglie.

Dr Michelle Funk

Dr Benedetto Saraceno

Executive summary

1. Il contesto della salute mentale di bambini e adolescenti

I bambini e gli adolescenti che godono di una buona salute mentale sono in grado di sviluppare e mantenere la funzionalità e il benessere psico-sociale ottimali. Hanno un senso di identità e consapevolezza di sé, costruiscono solide relazioni con i familiari e i loro coetanei, sono in grado di essere produttivi e di apprendere, accolgono le sfide dell'ambiente che li circonda e sfruttano le risorse culturali per una buona crescita. Il benessere mentale dei bambini e degli adolescenti è fondamentale anche ai fini della partecipazione attiva a livello socio-economico.

Questo modulo vuole sottolineare la necessità di promuovere lo sviluppo di tutti i bambini e gli adolescenti, con o senza problemi di salute mentale. È importante intervenire efficacemente anche a supporto di quel 20% di bambini e adolescenti affetti da problemi e disturbi di tipo psichico. Le malattie mentali dei minori si accompagnano a un pesante fardello, spesso ulteriormente aggravato da stigma e discriminazioni. In molti casi se ne ha scarsa conoscenza e i soggetti colpiti vengono considerati erroneamente come persone che "non si impegnano abbastanza" o che creano problemi.

Tre motivi urgenti devono indurre a studiare interventi efficaci per bambini e adolescenti:

- considerato che alcuni disturbi mentali si manifestano in particolari stadi di sviluppo dei bambini/adolescenti, i programmi di *screening* e gli interventi relativi dovrebbero essere mirati;
- dato che spesso i disturbi che si manifestano in età infantile e adolescenziale continuano nell'età adulta, un intervento precoce può prevenire o ridurre la probabilità di danni a lungo termine;
- con interventi efficaci è possibile ridurre il carico del disturbo mentale sul singolo e sui familiari, limitandone così anche l'onere sul sistema sanitario e sulle comunità.

La salute mentale dei bambini e degli adolescenti può essere influenzata da molti fattori: i fattori di rischio possono aumentare l'incidenza dei problemi psichici; i fattori protettivi moderano gli effetti dell'esposizione al rischio. Le politiche, i piani d'azione e gli interventi specifici devono mirare a ridurre i fattori di rischio e promuovere quelli protettivi.

2. Sviluppo di una politica per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza

Se mancano orientamenti finalizzati allo sviluppo di politiche e di piani d'azione in questo ambito, si corre il rischio che i sistemi di assistenza rimangano frammentari, inefficaci, costosi e inaccessibili. Per garantire l'efficacia dei servizi rivolti ai bambini e agli adolescenti può essere necessario il coinvolgimento di molti sistemi diversi (quali istruzione, *welfare*, e sanità). Una delle principali considerazioni è che lo sviluppo del bambino può influenzarne la vulnerabilità ai disturbi, il modo in cui questi si manifestano e l'approccio terapeutico più adatto. Di conseguenza, è necessaria una prospettiva che promuova una adeguata conoscenza dei disturbi mentali e l'elaborazione di politiche specifiche sulla salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza.

In questo Capitolo vengono individuate le azioni necessarie alle politiche per la salute mentale di bambini e adolescenti, che possono rientrare in quelle più generali a favore della salute, della salute dell'infanzia e dell'adolescenza o della salute mentale. Non si tratta infatti di classificazioni che si escludono a vicenda: se la salute mentale dei bambini e degli adolescenti viene inserita in questo contesto più ampio, si avrà sicuramente una maggiore probabilità di successo.

Azione 1. Raccolta di informazioni e dati per formulare politiche puntuali

La formulazione di una politica per la salute mentale rivolta all'infanzia e all'adolescenza presuppone la conoscenza della prevalenza dei disturbi mentali diffusi fra bambini e adolescenti, i cui bisogni sono indissolubilmente legati alle fasi dello sviluppo. È importante anche individuare le risorse economiche e umane disponibili, l'organizzazione dei servizi esistenti, i pareri e gli atteggiamenti degli operatori sanitari sui problemi di questo settore.

Azione 2. Raccolta di evidenze di strategie efficaci

Con progetti pilota è possibile raccogliere informazioni su interventi riusciti e capire perché altri sono falliti. Quando si valutano i progetti pilota e gli studi riportati dalla letteratura internazionale, è importante distinguere fra efficacia (capacità di un intervento di ottenere gli effetti auspicati in condizioni strettamente controllate) e validità (capacità di un intervento di ottenere gli effetti auspicati nell'ambito di un contesto più ampio, non controllato). I risultati di uno studio su un gruppo ben definito di persone in condizioni strettamente controllate non necessariamente sono ripetibili in condizioni reali. È quindi opportuno fare attenzione quando si applicano direttamente i risultati degli studi clinici a una situazione reale senza

considerare adeguatamente il contesto dell'applicazione. Vi sono tuttavia alcuni studi sull'efficacia, condotti con una metodologia adeguata, con risultati abbastanza solidi da essere adottati su più ampia scala. I *policy maker* devono promuovere consultazioni con i colleghi e con le organizzazioni non governative (ONG) di altri distretti, province, regioni o paesi al momento di decidere se i modelli di programma da adottare rispondano a ragionevoli standard di efficacia e possano essere inclusi nelle politiche.

Azione 3. Consultazione e negoziazione

La creazione del consenso e la negoziazione sono fattori critici di ogni fase della pianificazione delle politiche e i buoni *policy maker* possono sfruttare la raccolta iniziale delle informazioni quale opportunità per cominciare a creare il consenso. Sono tre i motivi per cui è importante consultarsi col maggior numero possibile di persone interessate:

- l'ecologia sociale dei bambini e degli adolescenti è tale che la risposta ai loro interessi e ai loro bisogni deve provenire da vari ambienti;
- da un processo di consultazione può aumentare la partecipazione di soggetti interessati con un grande rilievo ai fini delle politiche;
- il coinvolgimento in un processo di sviluppo politico può stimolare potenziali contributi delle parti interessate nel settore della salute mentale dei bambini e degli adolescenti.

Azione 4. Scambio con altri paesi

Le consultazioni internazionali possono apportare un importante contributo all'elaborazione delle politiche, soprattutto quando le parti hanno esperienza in vari paesi simili in termini di sviluppo economico, organizzazione del sistema sanitario e accordi nazionali. Le organizzazioni professionali nazionali e internazionali possono fornire supporto e promuovere la creazione di reti. Le sedi centrali e gli uffici locali dell'OMS possono facilitare lo scambio con altri paesi.

Azione 5. Definizione della vision, dei valori, dei principi e degli obiettivi delle politiche

In questa fase, i *policy maker* sviluppano i fondamenti delle politiche partendo dai risultati delle prime quattro azioni. Generalmente la *vision* enuncia aspettative elevate ma realistiche sulla salute mentale dei minori, individuando ciò che si ritiene auspicabile per un determinato paese o una certa regione. Normalmente questo dovrebbe essere associato ad alcuni valori e ai relativi principi, per formare la base degli obiettivi politici. I *policy maker* di molti paesi ritengono che sia fondamentale promuovere lo sviluppo

sano e la prevenzione della patologia in parallelo al trattamento dei disturbi mentali dei bambini e degli adolescenti, sebbene ciascun paese attribuisca un peso diverso a ognuno di questi aspetti.

Azione 6. Definizione degli ambiti di azione

Nell'elaborazione delle politiche sulla salute mentale di bambini e adolescenti, per un impatto maggiore di qualsiasi politica sulla salute mentale i *policy maker* devono coordinare le azioni nei seguenti ambiti:

- finanziamento
- organizzazione dei servizi
- promozione, prevenzione, trattamento e riabilitazione
- collaborazione fra i vari settori
- tutela
- legislazione e diritti umani
- risorse umane e formazione
- miglioramento della qualità
- sistemi di informazione
- ricerca e valutazione delle politiche e dei servizi

Azione 7. Individuazione dei principali ruoli e delle responsabilità dei soggetti e settori interessati

È essenziale che tutti i singoli soggetti e settori interessati comprendano appieno le proprie responsabilità. È auspicabile prendere in considerazione tutti coloro che erano stati coinvolti nel processo di consultazione.

3. Elaborazione di un piano d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza

Una volta completata l'elaborazione delle politiche sulla salute mentale, il passo successivo consiste nel predisporre una risposta concreta con un piano d'azione. Questo contribuisce a mettere in pratica il processo già concretizzato per l'elaborazione delle politiche. Nel formulare il piano d'azione sono importanti le informazioni sui bisogni di una certa popolazione, la raccolta di evidenze e la creazione del consenso. Il piano è formato da una serie di strategie che rappresentano le linee d'azione che si ritengono avere la massima probabilità di successo nella realizzazione degli obiettivi posti dalle politiche con riferimento a una particolare popolazione.

Azione 1. Definizione di strategie e tempi

Nell'individuazione delle priorità per una serie di strategie, spesso è utile condurre un'analisi SWOT in cui vengono individuati punti di forza (*strengths*), punti deboli (*weaknesses*), opportunità (*opportunities*) e pericoli (*threats*) della situazione contingente. Partendo da un'analisi di questo tipo, si devono considerare alcune azioni finalizzate a individuare la priorità di una serie di strategie:

- creare un elenco esaustivo di proposte potenzialmente utili a ciascuno degli ambiti d'azione sviluppati durante la fase di formulazione delle politiche;
- promuovere un *brainstorming* con i principali soggetti coinvolti per sviluppare strategie attuative di ciascuna proposta;
- rivedere e modificare le strategie sulla base di una seconda serie di *input* dai soggetti principali, in modo da individuare due o tre strategie per ciascun ambito di azione;
- stabilire un calendario per ciascuna strategia;
- definire i particolari dell'attuazione di ciascuna strategia, ossia indicatori e *target*, definizione delle principali attività e dei costi, individuazione delle risorse disponibili e *budget*.

Azione 2. Individuazione di indicatori e target

Ogni strategia deve essere accompagnata da uno o più *target* che rappresentano il risultato auspicato. Gli indicatori consentono di valutare in quale misura sia stato raggiunto l'obiettivo.

Azione 3. Definizione delle attività principali

Il passo successivo consiste nella definizione delle attività effettivamente necessarie a ogni strategia. Ciascuna attività dovrà essere accompagnata da una serie di domande: chi è responsabile? quanto tempo ci vuole? quali sono i risultati? quali sono i potenziali ostacoli o ritardi che potrebbero impedire la realizzazione delle singole attività?

Azione 4. Definizione di costi, risorse disponibili e budget

Il *budget* nasce dalla valutazione dei costi nel contesto delle risorse disponibili.

4. Attuazione delle politiche e dei piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza

Azione 1. Diffusione delle politiche

Le politiche formulate devono essere diffuse agli enti nazionali preposti a tutti i livelli, ai distretti sanitari e, capillarmente, a tutte le parti interessate, fino alle singole persone. La divulgazione delle politiche, dei piani d'azione e dei programmi avrà maggiore successo se arriverà ai bambini, agli adolescenti e alle famiglie da più ambienti diversi (scuole, luoghi di culto, strade, zone rurali, posti di lavoro).

Azione 2. Creazione del consenso politico e reperimento di fondi

Nessuna politica e nessun programma, per quanto puntuali e approfonditi, avranno probabilità di successo senza sostegno politico né fondi commisurati agli obiettivi e alle strategie. Dato che i giovani dipendono spesso dalla tutela di altri, chi si occupa di salute mentale dei minori dovrà cercare di garantire la fattibilità politica e finanziaria di un piano, indipendentemente dall'appoggio degli utenti dei servizi. Chi tutela le politiche sulla salute mentale nell'ambito del Ministero della sanità dovrà trovare sostenitori fra le istituzioni locali o centrali.

Azione 3. Creazione di una struttura di sostegno

La formulazione di politiche e piani d'azione per la salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza necessita del contributo di professionalità diverse. Le persone con formazione o esperienza soprattutto nel lavoro con gli adulti dovrebbero avvalersi del supporto di esperti per completare la propria preparazione nell'ambito specifico dell'infanzia e dell'adolescenza.

Azione 4. Definizione di progetti pilota in alcune aree

In alcune aree, dove le politiche e i piani d'azione possono essere attuati in modo relativamente rapido, i progetti pilota possono essere utili a vari livelli: possono essere valutati con maggiore efficacia e completezza; possono offrire una base empirica all'iniziativa, grazie alla dimostrazione sia della fattibilità che dell'efficacia a breve e a lungo termine; possono contribuire a individuare sostenitori fra coloro che hanno partecipato al progetto pilota; possono coinvolgere colleghi del settore sanitario o di altri settori, mostrando come si formulano e si realizzano politiche, piani d'azione, programmi.

Azione 5. Empowerment e coordinamento

Le possibilità di successo di un intervento saranno maggiori se i responsabili dei servizi disporranno di sufficienti poteri, informazioni, tecniche, sostegno continuativo, risorse umane e risorse economiche. Un primo passo in questo processo consiste nell'individuare quali persone, *équipe* e organizzazioni del settore sanitario o di altri settori sono responsabili della realizzazione del piano d'azione. Tutti i settori sono coinvolti nel benessere psico-fisico presente e futuro dei giovani. La collaborazione nelle iniziative riguardanti la salute mentale (compresa la suddivisione dei costi) facilita i buoni risultati, in particolare per i giovani. Oltre alla collaborazione fra i vari settori, altri soggetti interessati (funzionari dei settori di istruzione e giustizia, ad esempio) devono interagire costantemente per assicurare il necessario supporto a garanzia di una regolare erogazione dei servizi per la salute mentale.

Obiettivi e *target*

Obiettivi

- Permettere ai paesi di dotarsi di strumenti utili all'elaborazione e all'attuazione di politiche e piani d'azione adeguati, basati sulle evidenze, rivolti alla salute mentale dei bambini e degli adolescenti.
- Informare i responsabili dell'elaborazione, attuazione e valutazione di politiche, piani d'azione e programmi sulla salute mentale di bambini e adolescenti riguardo alle importanti sfide del lavoro sui minori.
- Condividere soluzioni fattibili ai problemi comuni, già sperimentate da altri.
- Individuare altre risorse che offrano strumenti e informazioni aggiuntivi.

Gli altri moduli di questa serie non sono incentrati su specifiche fasce di età, ma sono ugualmente importanti per i bambini e gli adolescenti. Questo modulo tratta nello specifico aspetti legati all'infanzia e all'adolescenza, portando alla luce quegli ambiti che riguardano i minori e che negli altri moduli non hanno ricevuto la dovuta attenzione.

Target

- *Policy maker* e operatori sanitari che lavorano nei Ministeri della sanità o nei dipartimenti sanitari e nelle divisioni amministrative (a livello centrale, regionale o locale).
- Organizzazioni di tutela internazionali, regionali e nazionali come gruppi di consumatori, *caregiver*, Regioni OMS e organizzazioni professionali.
- Operatori del settore della salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza.

1. Il contesto della salute mentale di bambini e adolescenti

1.1. Introduzione¹

I bambini e gli adolescenti sono esseri umani con pensieri ed emozioni di una complessità che è stata riconosciuta soltanto da poco tempo. Se ormai è provato che la salute fisica può essere influenzata da traumi, disturbi genetici, tossine e malattie, soltanto di recente è stato chiarito che questi stessi fattori di stress possono a loro volta ripercuotersi sulla salute mentale, con conseguenze prolungate. Quando i fattori di rischio e di vulnerabilità prevalgono su quelli protettivi o su quelli che aumentano la resilienza, possono insorgere psicopatologie. I disturbi mentali nei bambini e negli adolescenti si manifestano in molte sfere e in vari modi. Oggi è chiaro che i danni provocati dai disturbi mentali in età giovanile possono protrarsi anche in età adulta.

Nelle linee guida si accennerà ad alcuni aspetti sulla salute mentale nel periodo pre-natale (dal concepimento alla nascita), nell'infanzia (dalla nascita a 9 anni) e nell'adolescenza, adottando la seguente definizione di salute mentale nell'età infantile e adolescenziale:

la salute mentale dei bambini e degli adolescenti è la capacità di raggiungere e mantenere la funzionalità e il benessere psico-sociale ottimali. È direttamente correlata al livello e alle competenze raggiunte nella funzionalità psico-sociale.²

La salute mentale dei bambini e degli adolescenti implica un senso di identità e di consapevolezza di sé, solide relazioni con i familiari e i coetanei, la produttività e la capacità di imparare, la capacità di raccogliere le sfide dell'ambiente in cui si vive e di sfruttare le risorse culturali per una buona crescita (Dawes *et al.*, 1997). Il benessere mentale nell'infanzia è un prerequisito perché in età adulta il soggetto raggiunga uno sviluppo psicologico ideale, abbia rapporti sociali sani, sia capace di apprendere, abbia la propria autonomia, sia in buona salute fisica e produttivo per la società.

¹ Ampia parte di questa sezione si basa sul testo dei professori A.J. Flisher e B.A. Robertson sulle linee guida sudafricane per le politiche a favore della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza.

² Department of Health, Republic of South Africa, 2001, p. 4.

Il presente modulo sottolinea la necessità di promuovere lo sviluppo di tutti i bambini e gli adolescenti, con o senza problemi di salute mentale. Questo può essere attuato da un lato cercando di ridurre l'impatto dei fattori di rischio, dall'altro promuovendo gli effetti di quelli protettivi (vedi *Paragrafo 1.4*).

Nonostante questa consapevolezza, alcuni bambini e adolescenti sono affetti da disturbi mentali.

Si pone la diagnosi di disturbo o di malattia mentale quando vengono rilevati alcuni segni e sintomi associati a uno squilibrio della funzionalità psico-sociale, che rientrano nei criteri dei sistemi di classificazione comunemente riconosciuti come l'*International Classification of Disease*, versione 10 (*ICD-10*, WHO, 1992) o il *Diagnostic and Statistical Manual IV (DSM-IV*, American Psychiatric Association, 1994).³ Alcuni esempi sono: disturbi dell'umore, disturbi legati allo stress e somatoformi, disturbi psichici e comportamentali provocati dall'uso di sostanze psicoattive. Studi su base comunitaria hanno evidenziato che la prevalenza generale di questi disturbi è del 20% circa in vari contesti nazionali e culturali (Bird, 1996; Verhulst, 1995). La prevalenza di disturbi in età infantile e adolescenziale in alcuni paesi è riportata in Tabella 1.

Tabella 1. Prevalenza dei disturbi psichici in età infantile e adolescenziale di alcuni paesi

Paese	Studio	Età (anni)	Prevalenza (%)
Brasile	Fleitinic-Bilyk, Goodman, 2004	7-14	12,7
Canada (Ontario)	Offord <i>et al.</i> , 1987	4-16	18,1
Etiopia	Tadesse <i>et al.</i> , 1999	1-15	17,7
Germania	Weyerer <i>et al.</i> , 1988	12-15	20,7
India	Indian Council for Medical Research	1-16	12,8
Giappone	Morita <i>et al.</i> , 1993	12-15	15,0
Spagna	Gomez-Beneyto <i>et al.</i> , 1994	8, 11, 15	21,7
Svizzera	Steinhausen <i>et al.</i> , 1998	1-15	22,5
USA	United States Department of Health and Human Services, 1999	9-17	21,0

Il presente modulo sottolinea la necessità di promuovere lo sviluppo di tutti i bambini e gli adolescenti, con o senza problemi di salute mentale

La prevalenza generale di questi disturbi è del 20% circa in vari contesti nazionali e culturali

³ Nel presente modulo viene utilizzata la terminologia dell'ICD-10.

È stato rilevato che la prevalenza dei disturbi psichiatrici varia dal 12 al 29% fra i bambini che si presentano ai servizi di base di vari paesi (Giel *et al.*, 1981). Soltanto il 10-22% di questi casi è stato riconosciuto dagli operatori sanitari del settore primario; ciò significa che la maggior parte dei bambini non ha usufruito dei servizi adeguati. È importante tenere presente che, a parte i soggetti con malattie mentali diagnosticabili, un numero ancora più elevato ha problemi che si possono considerare "sottosoglia" in quanto non rientrano nei criteri diagnostici. Questo non significa che non si tratti di persone in situazione di sofferenza, che potrebbero trarre beneficio dagli interventi.

Alcuni bambini e adolescenti si trovano in situazioni difficili, ad esempio sono oggetto di abusi di tipo fisico, psichico e/o sessuale; sperimentano o assistono alla violenza o alla guerra; sono affetti da disabilità intellettive o sottoposti a schiavitù; sono privi di fissa dimora; emigrano da zone rurali a zone urbane; vivono in povertà; vengono adescati per attività legate al sesso; sono dipendenti da sostanze come alcool e droghe leggere, sono portatori dell'infezione da HIV o malati di AIDS. Le situazioni di disagio e i problemi legati alla salute mentale possono essere correlati in vari modi, rappresentando talvolta fattori di rischio per i problemi psichici, come il disturbo post-traumatico da stress in un bambino che ha subito abuso sessuale. Al tempo stesso, i problemi legati alla salute mentale possono a loro volta essere un fattore di rischio nelle situazioni di disagio, ad esempio nei casi in cui gli adolescenti ricorrono all'alcool o alle droghe per vincere il senso di depressione. Indipendentemente dal tipo di rapporto fra problemi mentali e situazioni di disagio, è necessario definire strategie specifiche di intervento che rispondano ai bisogni dei bambini e degli adolescenti.

Vi sono vantaggi quando i servizi per la salute mentale rivolti all'infanzia e all'adolescenza vengono considerati parte di un ambito diverso da quello sanitario. In molti paesi i servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza vengono considerati un sottogruppo di quelli per la salute mentale in generale o per la pediatria, o un ramo secondario di questi servizi. La maggior parte dei fondi stanziati per la salute mentale è rivolta ai servizi per gli adulti e questo rende difficile organizzare adeguatamente l'assistenza dei soggetti in età pediatrica o adolescenziale. Se i servizi di salute mentale rivolti a bambini e adolescenti fossero considerati una categoria a se stante rispetto al servizio sanitario, con requisiti a parte, sarebbe più facile reperire fondi *ad hoc* e studiare le politiche più adatte. In alcuni paesi, tuttavia, è preferibile avere un approccio più integrato. Nel decidere se i servizi di salute mentale rivolti a bambini e adolescenti debbano essere integrati o invece mantenuti separati dal contesto sanitario, è indispensabile tenere presenti tutti questi aspetti.

Le situazioni difficili in cui bambini e adolescenti si trovano possono essere correlate in vari modi ai problemi relativi alla salute mentale

1.2. Stigma e discriminazione

Tutte le persone affette da disturbi mentali vengono discriminate; in questa situazione, i bambini e gli adolescenti sono i soggetti meno in grado di difendersi. I bambini, rispetto agli adulti, pensano con maggiore dicotomia alle categorie "buono/cattivo" o "sano/malato". Generalmente, sono meno capaci di attenuare osservazioni negative con altre più positive e tendono quindi ad accettare più facilmente etichette negative e sconvenienti. Nello stigma e nella discriminazione rientrano pregiudizi, stereotipi, timori, imbarazzi, rabbia, rifiuto o evitamento; violazioni dei diritti umani e delle libertà fondamentali; negazione di opportunità di istruzione e formazione; negazione dei diritti civili, politici, economici, sociali e culturali. Inoltre, contrariamente alle malattie fisiche per le quali i genitori possono contare sul sostegno della comunità locale, lo stigma della malattia mentale dei figli determina spesso critiche nei loro confronti.

I comportamenti associati a disturbi mentali vengono spesso fraintesi o considerati intenzionali e premeditati. A volte ad esempio si puniscono i bambini depressi che si comportano male, incolpandoli di cattiveria o pretendendo una reazione. Oppure, nei casi di adolescenti ansiosi che abusano di alcolici per mitigare l'ansia, si sostiene che basterebbe una maggiore determinazione nel "dire no" al vizio. Quando un problema viene frainteso dagli altri, è probabile che le soluzioni risultino inadeguate e inefficaci - se non addirittura dannose - per la salute dell'individuo che ne soffre. Ne derivano talvolta situazioni di esclusione sociale, azioni punitive e critiche che diminuiscono l'autostima personale. Se non riconosciuti, i problemi mentali possono privare il bambino e l'adolescente dell'assistenza di cui ha bisogno e provocare uno stigma con impatto negativo, fra cui la riduzione delle risorse necessarie al trattamento.

In alcuni paesi i disturbi mentali vengono attribuiti talvolta a cause spirituali; si ritiene per esempio che la persona malata sia posseduta dal demonio per avere compiuto brutte azioni o per avere trascurato alcuni precetti religiosi. In tutto il mondo, ad esempio, l'epilessia viene attribuita a moltissime cause e in alcuni casi è addirittura considerata contagiosa: a volte i bambini e gli adolescenti epilettici sono esclusi da scuola per timore che altri possano contrarre la malattia. Le famiglie si vergognano dei bambini affetti da disturbi mentali o, temendo che possano subire abusi fisici, li tengono isolati dal resto della comunità, con potenziali effetti devastanti sul loro sviluppo psico-fisico.

Se i bambini e gli adolescenti affetti da disturbi mentali non ricevono un trattamento adeguato, è probabile che le difficoltà persistano, incidendo negativamente sulle prospettive di vita sociale, scolastica e lavorativa. Questo si ripercuote direttamente sui costi sostenuti dalla famiglia e sulla perdita di produttività per la società. Oggi si sa anche con certezza che

Nello stigma e nella discriminazione rientrano pregiudizi, stereotipi, timori, imbarazzi, rabbia, rifiuto o evitamento; violazioni di diritti umani e libertà fondamentali; negazione di diritti civili, politici, economici, sociali e culturali

In alcuni paesi i disturbi mentali vengono attribuiti a cause spirituali o si ritiene che la persona malata sia posseduta dal demonio per avere compiuto brutte azioni o avere trascurato precetti religiosi

è altissima la percentuale di soggetti affetti da disturbi mentali, non curati, di cui si devono occupare i sistemi della giustizia minorile e penale. Uno studio fra i giovani reclusi nei centri di detenzione del Massachusetts negli Stati Uniti ha rilevato ad esempio che circa il 70% dei maschi e l'81% delle femmine risultavano al di sopra dei punteggi clinici di *cut off* su almeno una delle scale di valutazione per lo *screening* sull'uso di alcool e/o sostanze, irritabilità e rabbia, ansia depressiva, disturbi somatici e ideazione suicidaria (Cauffman, 2004). Queste conseguenze risultano particolarmente tragiche in quanto alcune malattie mentali sono prevenibili, molte sono trattabili e i bambini con disturbi psichiatrici potrebbero vivere una vita normale o quasi normale se ricevessero un adeguato trattamento.

1.3. Sviluppo dei disturbi mentali nei bambini e negli adolescenti

La pianificazione dei servizi deve avvenire tenendo presente che generalmente alcuni disturbi mentali possono manifestarsi in particolari fasce d'età nel corso dello sviluppo del bambino e dell'adolescente (Figura 1). Nei servizi sanitari esistenti dovrebbero essere inseriti appositi programmi di *screening* per il rilevamento dei disturbi mentali.

Di seguito sono indicate le età in cui si manifestano alcuni disturbi. È importante sottolineare che per ciascuna patologia sono disponibili interventi efficaci.

Nella pianificazione dei servizi si deve tenere presente che alcuni disturbi mentali possono manifestarsi in particolari fasi dello sviluppo del bambino e dell'adolescente

Figura 1. Fasce di età in cui si manifestano alcuni disturbi *

Disturbo	Età (anni)																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Attaccamento																		
Disturbi pervasivi dello sviluppo																		
Disturbi del comportamento																		
Disturbi dell'umore e/o di ansia																		
Abuso di sostanze																		
Psicosi di tipo adulto																		

* L'età di insorgenza e di cessazione dei disturbi varia notevolmente ed è influenzata in modo significativo dall'esposizione a fattori di rischio e a situazioni di disagio.

Nei primi anni di vita possono manifestarsi nei neonati e nei bambini piccoli alcuni disturbi dell'attaccamento, caratterizzati da notevole difficoltà nel legame con i genitori, scarsa regolazione delle emozioni e sviluppo sociale poco coordinato, con limitata considerazione degli altri. Questo tipo di disturbi si manifesta a volte nei bambini abusati o trascurati dai genitori, ad esempio nel caso in cui un genitore con disturbi mentali insorti *post partum* o anche in periodi successivi non riesca ad offrire al bambino le adeguate cure e attenzioni; oppure, la capacità di accudire il bambino può essere compromessa da carenze emotive o nello sviluppo attribuibili a cause diverse. Un problema particolarmente difficile da valutare e trattare nei bambini è l'autismo, una forma di disturbo pervasivo dello sviluppo che può essere diagnosticato correttamente dagli specialisti nei primi tre anni di vita. Una diagnosi accurata e precoce può aiutare i genitori e gli insegnanti a individuare e realizzare interventi ottimali.

Nei bambini fra i quattro e i sei anni di età, i problemi più diffusi sono il disturbo ipercinetico e i disturbi della condotta. Mentre la sintomatologia viene classificata in modo diverso dagli specialisti a seconda delle culture (Mann *et al.*, 1992), in alcuni paesi questi disturbi sono abbastanza comuni nell'infanzia, con una prevalenza del 10% circa fra i maschi e del 5% circa fra le femmine (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997).

Alcuni disturbi dello sviluppo e caratterizzati da ipercinesia sono i principali fattori di rischio per i disturbi della condotta, che possono avere un profondo impatto sullo sviluppo sociale. Se non trattati, proseguono di frequente anche nell'adolescenza e nell'età adulta e provocano abbandono scolastico, comportamento antisociale, scarso rendimento lavorativo e condizioni di povertà. Questo si ripercuote inoltre sul ruolo genitoriale e porta a un ciclo che si ripete una generazione dopo l'altra.

Se gli operatori non sono adeguatamente preparati e operano prevalentemente negli ambienti per l'assistenza sanitaria rivolta agli adulti, non sempre riescono a individuare l'insorgere di un problema nel bambino e quindi non sono in grado di consigliare alle famiglie di rivolgersi agli specialisti. È raro che bambini e adolescenti decidano autonomamente di ricorrere all'aiuto dei servizi sanitari per problemi psico-fisici. I genitori, gli insegnanti o altri operatori riconoscono più facilmente le malattie fisiche, mentre i disturbi emotivi non sono sempre così evidenti. Alcuni esempi sono i disturbi dell'umore e le nevrosi (come gli episodi depressivi o il disturbo ossessivo-compulsivo), che di solito si sviluppano in età scolare e sono facilmente individuabili dagli operatori con una formazione specifica sui disturbi mentali dell'infanzia. Al contrario, persone senza alcuna preparazione non sempre si rendono conto di questi problemi, così soggettivi e intimi. Sono i bambini e gli adolescenti che possono riportare meglio i propri stati d'animo interiori (ad esempio ansia, depressione), ma se

Nei primi anni di vita possono manifestarsi disturbi dell'attaccamento nei neonati e nei bambini piccoli

Nei bambini fra 4 e 6 anni di età i problemi più diffusi sono il disturbo ipercinetico e i disturbi della condotta

Disturbi dell'umore e stati d'ansia si sviluppano tipicamente durante l'età scolare

nessuno chiede loro come si sentono, la sintomatologia non può essere riconosciuta. Si stima che entro il 2020 la depressione costituirà la seconda causa principale di disabilità in tutto il mondo (WHO, 2001).

Nella tarda età infantile, fra i 12 e i 18 anni, possono insorgere disturbi mentali e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive. In molte società i bambini sono particolarmente impressionabili e tendono fortemente a uniformarsi alle norme sociali definite dai coetanei. Talvolta vogliono sperimentare l'uso di droghe e rischiano, senza volerlo, di diventare dipendenti. Le dipendenze si possono radicare precocemente e, se non vengono trattate, possono compromettere una vita.

Infine, i disturbi psicotici (che si rilevano negli adulti) tendono a manifestarsi nella tarda adolescenza. La sola schizofrenia colpisce circa l'1% della popolazione mondiale (Jablensky *et al.*, 1987). Seppure meno prevalenti degli altri disturbi citati in precedenza, quelli psicotici possono essere particolarmente gravi e persistenti, se non trattati. Una diagnosi precoce accompagnata da terapie efficaci è in grado di migliorare notevolmente il decorso di queste patologie.

1.4. Fattori di rischio e fattori protettivi

I fattori che possono influire sulla salute mentale di un bambino o di un adolescente (Offord, 1998) sono numerosi e possono essere suddivisi in fattori di rischio e fattori protettivi: i primi aumentano la probabilità che si manifestino problemi o disturbi mentali, i secondi attenuano gli effetti dell'esposizione al rischio. Come suggerisce il termine "bio-psico-sociale", usato per definire la salute mentale, questi fattori possono essere presenti a livello biologico, psicologico e sociale. In Tabella 2 sono riportati alcuni esempi di fattori di rischio e fattori protettivi per ciascuna di queste tre sfere.

Fra i 12 e i 18 anni possono insorgere disordini dovuti all'uso di sostanze psicoattive

I disturbi psicotici tendono a manifestarsi nella tarda adolescenza

I fattori di rischio e i fattori protettivi possono influire sulla salute mentale del bambino o dell'adolescente

Tabella 2. Alcuni fattori di rischio e fattori protettivi nella salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza

Ambito	Fattori di rischio	Fattori protettivi
Biologico	<ul style="list-style-type: none"> • Esposizione a tossine (tabacco, alcool) durante la gravidanza • Tendenza genetica ai disturbi psichiatrici • Trauma cranico • Ipossia e altre complicazioni durante il parto • Infezione da HIV • Malnutrizione • Altre malattie 	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo fisico adeguato all'età • Buona salute fisica • Buone capacità intellettive
Psicologico	<ul style="list-style-type: none"> • Disturbi dell'apprendimento • Tratti di personalità disadattata • Abuso sessuale e fisico o deprivazione affettiva • Temperamento difficile 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacità di imparare dalle esperienze • Buona autostima • Buona capacità di risolvere i problemi • Abilità sociali
Sociale		
a) famiglia	<ul style="list-style-type: none"> • Scarso accudimento • Conflitti familiari • Scarsa disciplina in famiglia • Carenze nella gestione familiare • Morte di un familiare 	<ul style="list-style-type: none"> • Attaccamento familiare • Coinvolgimento positivo in famiglia • Gratificazione per il coinvolgimento familiare
b) scuola	<ul style="list-style-type: none"> • Fallimento scolastico • Scarsa capacità della scuola di offrire un ambiente che favorisca la frequenza e l'apprendimento • Istruzione inadeguata e/o inappropriata 	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento nella vita scolastica • Consolidamento positivo per i risultati scolastici • Identificazione con una scuola o conseguimento di buoni risultati
c) comunità	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa "efficacia della comunità" (Sampson <i>et al.</i>, 1997) • Disorganizzazione della comunità • Discriminazione ed emarginazione • Esposizione alla violenza • Mancanza di un senso del "luogo" (Fullilove, 1996) • Emigrazione (ad esempio urbanizzazione) 	<ul style="list-style-type: none"> • Legami con la comunità • Opportunità costruttive per il tempo libero • Esperienze culturali positive • Modelli positivi • Gratificazione per il coinvolgimento nella comunità • Legami con le organizzazioni della comunità, anche religiose

Oggi è dimostrato con certezza che l'origine dei disturbi mentali degli adulti è da ricercare nell'infanzia (Tsuang *et al.*, 1995). Questo vale, fra l'altro, per i disturbi dell'umore quali gli episodi depressivi e il disturbo bipolare (chiamato in passato mania depressiva) e per i disturbi psicotici come la schizofrenia. Alcuni disturbi dell'infanzia, come quelli pervasivi dello sviluppo o l'ipercinesia, vengono talvolta riconosciuti dai medici soltanto nei soggetti adulti. Se gli operatori sanitari che lavorano con gli adulti avessero maggiore esperienza e formazione per quanto riguarda l'infanzia e l'adolescenza, probabilmente i disturbi verrebbero diagnosticati precocemente e si riuscirebbe a capirne meglio l'impatto sulla funzionalità della persona.

Un intervento precoce su bambini e adolescenti, ma anche su genitori e familiari, può ridurre o eliminare alcuni disturbi mentali e promuovere l'integrazione con i normali servizi educativi e sanitari rivolti all'infanzia e all'adolescenza, che altrimenti richiederebbero servizi specializzati e intensivi.

La centralità di alcuni fattori di rischio e protettivi varia in base allo stadio di sviluppo del bambino o dell'adolescente. Nei primi anni di vita, ad esempio, la famiglia ha un peso maggiore, mentre nell'adolescenza l'impatto dei compagni ha un'importanza decisiva sulla salute mentale. Le strategie di intervento che non riconoscono quanto l'influenza dei fattori protettivi e di rischio si diversifichi a seconda della fase di sviluppo del minore possono avranno scarso effetto o non ne avranno affatto.

1.5. Importanza delle fasi dello sviluppo

Nella messa a punto delle politiche e della pianificazione per la salute mentale rivolta all'infanzia e all'adolescenza è importante essere sicuri di non perdere di vista le singole fasi dello sviluppo emotivo, cognitivo e sociale. Ad esempio, in un programma volto a prevenire o trattare i disturbi della condotta negli adolescenti è necessario prestare particolare attenzione all'influenza dei coetanei. Viceversa, in una pianificazione analoga rivolta ai bambini in età pre-puberale si deve dare priorità all'ambiente familiare. Tenendo conto dello sviluppo cognitivo, un piano d'azione rivolto agli adolescenti deve considerare alcuni aspetti quali la moralità, il rapporto rischi/benefici, le cause e gli effetti, cosa che invece non riguarda i piani d'azione per l'età pre-puberale.

Quando si prendono in considerazione le fasi dello sviluppo, è importante tenere conto anche delle differenze culturali. Senza dubbio alcune di queste fasi, come lo sviluppo precoce del linguaggio e la reciprocità sociale (Lewis, 1996), sono universali mentre altre sono tipiche di alcune culture. Il concetto stesso di adolescenza non viene riconosciuto universalmente: in molte

Oggi è dimostrato con certezza che l'origine dei disturbi mentali degli adulti è da ricercare nell'infanzia

La centralità di alcuni fattori di rischio e protettivi varia in base allo stadio di sviluppo del bambino o dell'adolescente

Quando si prendono in considerazione le fasi dello sviluppo, è importante tenere conto anche delle differenze culturali

società, ad esempio quella Hmong,⁴ l'età di 12 o 13 anni segna la fine dell'infanzia e l'inizio dell'età adulta (Tobin, Friedman, 1984), senza alcuno stadio intermedio di adolescenza. Nel Bangladesh, un minore che frequenta la scuola e non ha impegni socio-economici viene considerato bambino fino alla pubertà, mentre i bambini e le bambine che lavorano non vengono più considerati tali, anche se iniziano a lavorare all'età di 6 anni (Blanchet, 1996). Queste differenze possono essere determinanti nella formulazione e attuazione delle politiche, oltre che degli specifici piani d'azione. Ad esempio, gli interventi studiati per le società in cui l'adolescenza rappresenta un periodo della vita caratterizzato ancora dalla dipendenza dai genitori dovranno tenere conto di quanto sia importante il ruolo di questi ultimi nel cercare, valutare e accettare i servizi.

1.6. Costi economici del trattamento (o mancato trattamento) dei disturbi mentali nei bambini e negli adolescenti

Le *Linee guida OMS sulle politiche e i servizi per la salute mentale: il contesto della salute mentale* riportano:

Le famiglie e i caregiver si trovano a sostenere la maggior parte di questi costi economici, a parte in pochi contesti economici ben consolidati che stanziavano ingenti finanziamenti pubblici per i sistemi di assistenza alla salute mentale. Anche laddove sono le famiglie a sostenere il peso economico, i governi e le società pagano comunque il prezzo della riduzione del PIL e di un maggior costo dei programmi di benessere sociale. Ecco quindi la triste, ma semplice, logica economica: trattare le malattie mentali può essere costoso, ma non trattarle lo è ancora di più e rappresenta un lusso che la maggior parte delle nazioni di rado possono permettersi.

Per i bambini e gli adolescenti con disturbi mentali, le famiglie e le società sostengono ingenti costi, che pesano sia sugli interessati che sui familiari. A causa delle proprie condizioni, il minore può abbandonare la scuola, non è in grado di lavorare nell'azienda di famiglia o di guadagnare con altre attività. La famiglia si indebita e riduce la produttività. I singoli membri della famiglia possono essere ulteriormente penalizzati se, dovendo restare a casa ad accudire i figli piccoli o adolescenti affetti da disturbi mentali, sono costretti a cambiare spesso lavoro o addirittura lo perdono (SANE, Australia, 1992).

Knapp, Scott e Davies (1999) hanno dimostrato che per i bambini che soffrono di depressione e/o di disturbi della condotta si hanno alti costi nell'infanzia e nell'età adulta (Knapp *et al.* 2002). Inoltre, chi da bambino

Per i bambini e gli adolescenti con disturbi mentali, le famiglie e le società sostengono ingenti costi

⁴ Gruppo etnico asiatico che vive nelle regioni montagnose della Cina del sud [NdT].

soffre contemporaneamente di depressione e di disturbi della condotta, da adulto ricorre più spesso ai servizi e rappresenta quindi un costo maggiore rispetto alle persone affette soltanto da depressione (Knapp *et al.*, 2002). A questo proposito, è stato rilevato che i costi per il comportamento antisociale sostenuti per le singole persone dall'infanzia fino all'età adulta erano 10 volte più alti rispetto a chi già nell'infanzia aveva manifestato gravi comportamenti antisociali (Scotte *et al.*, 2001a).

L'evidenza scientifica conferma sempre più la convenienza economica della prevenzione e degli interventi mirati al trattamento nella salute mentale (Durlak, 1998; Keating, Hertzman, 1999). Alcuni studi hanno dimostrato ad esempio che interventi sociali basati sulla famiglia per bambini e adolescenti che si erano avvelenati deliberatamente (Byford *et al.*, 1999) o il programma per minori con disturbi del comportamento (Greenwood, 1996) erano più efficaci anche in termini di costi. Questi studi sono stati condotti nel Regno Unito o negli Stati Uniti, ma si ritiene che lo stesso valga per altri Paesi. Ancora non è stato dimostrato con certezza se gli interventi nell'infanzia e nell'adolescenza portino a un minore costo nell'età adulta, ma si presume ragionevolmente che l'onere economico si riduca laddove la patologia sia meno grave.

L'evidenza scientifica mostra che gli interventi sulla salute mentale sono convenienti a livello economico

Punti chiave

- Le politiche per la salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza dovrebbero promuovere il benessere mentale di tutti i bambini e garantire il trattamento e l'assistenza dei minori con problemi psichici.
- I problemi e i disturbi di salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza devono essere considerati nel loro contesto sociale più ampio.
- I bambini e gli adolescenti con disturbi e problemi mentali sono particolarmente esposti allo stigma e alla discriminazione.
- I disturbi mentali variano in base alla fase di sviluppo del bambino o dell'adolescente.
- I fattori che incidono sulla salute mentale di bambini e adolescenti si dividono in fattori di rischio e fattori protettivi.
- I fattori di rischio e i fattori protettivi possono essere obiettivi di interventi.
- Gli interventi sulla salute mentale devono tenere conto, oltre che delle fasi di sviluppo del bambino e dell'adolescente, anche delle differenze sociali e culturali.
- È dimostrato che gli interventi mirati alla prevenzione e al trattamento sono più efficaci anche in termini di costi.

2. Sviluppo di una politica per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza

Una recente indagine ha rivelato che nessun paese nel mondo ha politiche ben definite sulla salute mentale rivolte unicamente all'infanzia e all'adolescenza (Shatkin, Belfer, 2004). Trentaquattro paesi (il 7% di tutte le nazioni del mondo) hanno invece precise politiche per la salute mentale, i cui effetti positivi si ripercuotono su bambini e adolescenti. Si tratta di una gravissima mancanza, in quanto una politica esplicita che prenda in considerazione la salute mentale dei minori non solo migliora la qualità e l'accessibilità dei servizi, ma promuove al tempo stesso la salute mentale di tutti i bambini e gli adolescenti di un paese.

Per garantire l'efficacia dei servizi rivolti ai minori si può rendere necessario il coinvolgimento di molti sistemi diversi (istruzione, *welfare*, sanità). Una delle principali considerazioni è che lo sviluppo del bambino può influenzarne la vulnerabilità ai disturbi, il modo in cui questi si manifestano e l'approccio terapeutico più adatto. È quindi necessaria una prospettiva che promuova un'adeguata comprensione dei disturbi mentali e l'elaborazione di politiche specifiche sulla salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza.

Una politica sulla salute mentale mirata a bambini e adolescenti deve presentare i valori, i principi e gli obiettivi rivolti al miglioramento della salute mentale di tutti i minori, oltre che ridurre il peso dei disturbi mentali in questa fascia di popolazione; deve definire una *vision* per il futuro e contribuire a formulare un modello d'azione. In queste politiche si devono esprimere le priorità che un governo attribuisce alla salute mentale dei minori rispetto alle questioni sanitarie, sociali e di altro tipo.

Per il processo di elaborazione delle politiche è importante arrivare alla stesura di un documento scritto, innanzitutto come punto di riferimento a cui i responsabili della programmazione e le altre parti in causa possano attingere a supporto delle decisioni da prendere o della risoluzione dei conflitti; in secondo luogo, perché può simbolicamente costituire un risultato concreto del processo di formulazione delle politiche, un punto di partenza per miglioramenti futuri.

È fondamentale chiarire se le politiche per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza debbano rientrare nella politica generale rivolta ai problemi di salute mentale, debbano fare parte di una più ampia politica

È necessaria una prospettiva che promuova l'adeguata comprensione dei disturbi mentali e l'elaborazione di politiche specifiche sulla salute mentale

sull'infanzia o debbano invece essere elaborate come una politica autonoma. Politiche specifiche sulla salute mentale dei minori focalizzeranno l'attenzione sulle questioni fondamentali, verificando che le necessità di questo gruppo non siano perse di vista nella formulazione di una politica più ampia. D'altronde, un approccio più esteso offrirà risposte più esaustive ai bisogni di salute mentale di bambini e adolescenti e consentirà ai diversi soggetti interessati di prendere parte al processo.

In questo Capitolo vengono presentate le azioni necessarie per lo sviluppo di politiche per la salute mentale di bambini e adolescenti. Tra queste vi sono il reperimento di informazioni e dati utili alla formulazione delle politiche; la raccolta di evidenze che comprovino quali strategie sono efficaci; la consultazione e la negoziazione; lo scambio con altri paesi; la definizione della *vision*, dei valori, dei principi e degli obiettivi delle politiche; l'individuazione degli ambiti di azione, dei ruoli e delle responsabilità principali delle diverse parti in causa e dei diversi settori.

In questo capitolo vengono presentate le azioni necessarie per sviluppare politiche per la salute mentale di bambini e adolescenti

2.1. Azione 1.

Raccolta di informazioni e dati per formulare politiche puntuali

La formulazione di una politica per la salute mentale rivolta all'infanzia e all'adolescenza prende il via da una domanda: quali sono le necessità della popolazione? È necessario infatti conoscere la prevalenza dei disturbi mentali e, in modo più specifico, dei problemi di salute mentale diffusi tra bambini e adolescenti; è inoltre opportuno sapere quali risorse sono disponibili.

Una volta ottenuti questi dati, è più semplice definire la portata delle politiche. Ad esempio, in alcuni paesi l'epilessia e il ritardo mentale rientrano in una politica di salute mentale per bambini e adolescenti, mentre in altri sono inseriti in altre politiche sanitarie.

È importante che le politiche siano formulate avendo chiari i bisogni della popolazione. Questi si possono individuare in molti modi, non ultimo attraverso informazioni su prevalenza e incidenza dei disturbi mentali nell'infanzia e nell'adolescenza, studio dei problemi identificati dalle comunità, analisi dei modi in cui si cerca aiuto per i problemi dei minori (vedi moduli "Politiche, piani d'azione e programmi per la salute mentale" e "Pianificazione e bilanci per i servizi di salute mentale"

http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/index.html).

In alcune situazioni è più fattibile limitare l'attenzione a determinati sottogruppi, per esempio bambini e adolescenti con disturbi mentali gravi, o bambini di strada, che possono essere altamente a rischio di sviluppare disturbi mentali.

È importante che le politiche siano formulate avendo chiari i bisogni della popolazione

I metodi per la raccolta dei dati possono variare in base alle risorse e al tempo a disposizione. I dati epidemiologici su bambini e adolescenti sono più scarsi rispetto a quelli sulla popolazione adulta. Tuttavia, un disturbo con percentuali di prevalenza più elevate non implica necessariamente una maggiore urgenza. Al contrario, un disturbo raro che compromette gravemente la qualità della vita delle persone, che richiede più cure, e che sia facilmente prevenibile, può essere ritenuto prioritario rispetto ad altri disturbi con caratteristiche diverse.

Le stime sulla prevalenza sono generalmente ricavate da sintesi di esperti che attingono ai migliori dati disponibili; tali stime sono di solito sufficienti per la pianificazione. È raro che siano disponibili dati epidemiologici di buona qualità scientifica nell'ambito in cui è necessario sviluppare i servizi. In genere, la realizzazione di studi nei contesti in cui la disponibilità di risorse è minima, non è strategicamente efficace dal punto di vista economico.

Oltre agli studi epidemiologici, la valutazione può implicare anche una rapida stima della popolazione. Per quel che riguarda le tematiche relative alla salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, può essere utile interpellare anche educatori, personale ecclesiastico e rappresentanti del sistema giudiziario. In questa valutazione si possono inserire anche i bambini e gli adolescenti stessi, per avere un quadro più completo della potenziale popolazione *target* e dell'accettabilità dei servizi.

In Figura 2 sono elencate le fonti di dati sulla prevalenza.

Oltre a valutare la prevalenza di problemi e disturbi specifici, può essere utile individuare i maggiori fattori di rischio e protettivi, che hanno un impatto negativo sulla popolazione interessata e che sono stati identificati dai principali esponenti della comunità o da esperti. Ad esempio, in molte comunità rurali - dove la necessità di aumentare la produzione agricola è associata alla scarsa frequenza scolastica - può essere necessario formulare programmi di promozione dell'istruzione scolastica e dello sviluppo sociale. Al contrario, in alcune comunità più avanzate, l'aumento dell'isolamento sociale o l'aspettativa di un rendimento scolastico più brillante possono associarsi a più elevate percentuali di depressione, suicidio e conflitti familiari; questo può determinare la necessità di programmi a sostegno di un rendimento scolastico più realistico e di una migliore comunicazione familiare.

Le stime sulla prevalenza sono generalmente ricavate da sintesi di esperti che attingono ai migliori dati disponibili

La valutazione può implicare anche una rapida stima della popolazione

Figura 2. Fonti di dati epidemiologici
(in ordine decrescente di affidabilità)



Le informazioni sui bisogni in una popolazione devono essere integrate da dati attendibili e dalla conoscenza dello stato attuale dei servizi di salute mentale del paese dedicati ai bambini e agli adolescenti. Tra questi dati rientrano le informazioni sulle risorse umane disponibili, ad esempio: qual è il ruolo dei medici di base, che tipo di formazione ricevono e di quali competenze dispongono? Chi aiuta e supporta le madri dopo il parto? Qual è il ruolo dei medici tradizionali? Quanti operatori nel settore della salute mentale vi sono nel paese? Ricevono una formazione specifica per il lavoro con bambini e adolescenti? È importante individuare gli operatori in grado di promuovere la salute mentale dei minori (ad esempio chi lavora con i bambini di strada), che possono non essere immediatamente identificati come operatori di salute mentale.

È inoltre importante comprendere l'atteggiamento degli operatori sanitari rispetto al sistema e ai possibili cambiamenti dello stesso. La qualità dei servizi di salute mentale rivolti a bambini e adolescenti dipende dal livello di conoscenza e dalle motivazioni di questi operatori.

È necessario definire anche le modalità di finanziamento dei servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza, cioè individuare sia le fonti di entrata (ad esempio, attraverso il sistema fiscale o programmi di donazione) sia le uscite. In molti paesi non è previsto un bilancio a parte per la salute mentale dei minori. Il modulo sul finanziamento della salute mentale offre alcuni orientamenti sulle questioni finanziarie

(http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/index.htm).

Per permettere l'identificazione delle diverse componenti e porre alcuni punti fermi, è necessario analizzare struttura e obiettivi dell'attuale organizzazione dei servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza. Valutando la situazione generale è inoltre opportuno mettere in luce tutte le strutture in cui i bambini e gli adolescenti vivono, vengono educati e socializzano, fra cui: doposcuola, cliniche, centri comunitari, attività diurne, centri residenziali per lungodegenti, unità di ricovero, orfanotrofi, luoghi di culto, carceri, scuole, strutture residenziali e strade.

I bisogni dei bambini e degli adolescenti sono indissolubilmente legati alle loro fasi di sviluppo e al contesto ambientale. È importante riuscire ad avere informazioni su particolari problematiche connesse alle età. Ad esempio, l'incapacità di un bambino di rendersi autonomo potrebbe essere determinata da una depressione della mamma che ne compromette le capacità di accudimento. Per casi del genere è possibile prendere in considerazione programmi di assistenza domiciliare o di sostegno alla madre e al minore, utili a promuovere una relazione migliore tra madre e bambino, oltre che a indirizzare la madre verso il trattamento psichiatrico necessario (Beardslee *et al.*, 1998; Lyons-Ruth *et al.*, 2000). Analogamente, a un adolescente che soffre di disturbo depressivo maggiore dovrà essere

Le informazioni sui bisogni di una popolazione devono essere integrate da dati attendibili e dalla conoscenza dello stato attuale dei servizi di salute mentale del paese dedicati a bambini e adolescenti

È importante comprendere l'atteggiamento degli operatori rispetto al sistema

È necessario definire modalità di finanziamento dei servizi di salute mentale per i minori

La valutazione della situazione generale deve comprendere una conoscenza più ampia di tutti i setting in cui i minori vivono, sono educati e socializzano

I bisogni di bambini e adolescenti sono indissolubilmente legati alle loro fasi di sviluppo e al contesto ambientale

facilitato l'accesso a strutture diagnostiche adeguate, senza ostacoli o preconcetti. Una volta diagnosticato il disturbo, per il trattamento dovranno essere disponibili servizi funzionali agli adolescenti.

Nel Box 1 è riportato un esempio di come raccogliere informazioni e dati utili alla formulazione delle politiche.

Box 1. Raccolta di informazioni e dati per formulare politiche rivolte ai giovani a rischio di suicidio in Nuova Zelanda

Come parte dell'elaborazione di linee guida per le migliori prassi sulla gestione di giovani a rischio di suicidio, i ricercatori della Wellington School of Medicine hanno condotto uno studio su tutti i giovani che si sono suicidati nel periodo 1994-1999 (Smith, 1999). Lo studio prendeva in esame i contatti avuti con i Servizi per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia. Sono stati inclusi tutti ragazzi presenti sui registri e deceduti mentre erano in carico al Servizio, e altri 22 giovani i cui nomi corrispondevano a suicidi registrati dal servizio di informazioni sanitarie della Nuova Zelanda e a quelli dei sistemi raccolta dati dei Servizi per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia.

Dallo studio emerge che 129 giovani di età compresa tra 12 e 16 anni si sono suicidati nel periodo tra il 1994 e il 1999; di questi:

- il 43% (55) aveva già avuto contatti con i Servizi per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia in qualche momento della vita;
- il 33% (43) era ancora in contatto o era stato in contatto nel corso degli ultimi 12 mesi con i Servizi per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia;
- 12 ragazzi erano stati in contatto con i Servizi 12 mesi prima di togliersi la vita;
- il tasso di suicidi tra i giovani in contatto con i Servizi per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia era di un decesso ogni 1.000 casi/anno rispetto a uno su 15.000 casi/anno fra i giovani che non erano mai entrati in contatto con questi Servizi;
- le ragazze in contatto con i Servizi per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia presentavano una probabilità 23 volte superiore di morire per suicidio rispetto alle coetanee nella popolazione generale e rispetto ai giovani di sesso maschile, che hanno una probabilità 5,4 volte superiore;
- lo studio individua tre gruppi di giovani in contatto con i Servizi per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia, che si sono suicidati:
 - giovani donne con scarso sostegno dalla famiglia, alti tassi di abuso e di tentato suicidio, attualmente in contatto con i Servizi;
 - giovani maschi che hanno commesso reati in auto, spesso in modo avventato;
 - giovani di entrambi i sessi con storia di abuso di alcool e droghe e di tentato suicidio.

Lo studio suggerisce che gli interventi mirati ai giovani in carico ai Servizi per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia possono raggiungere potenzialmente il 50% delle ragazze e il 25% dei ragazzi al di sotto dei 17 anni di età, che altrimenti si sarebbero suicidati.

2.2. Azione 2.

Raccolta di evidenze di strategie efficaci

Una volta ottenute le informazioni sui bisogni della popolazione, il processo richiede la raccolta di evidenze sulle strategie più efficaci nel rispondere ai bisogni rilevati nel paese, nella regione o in altre aree identificate. I *policy maker* devono sapere non solo quello che funziona, ma anche perché funziona bene e fino a che punto ci si può aspettare di avere successo. Quanto meglio saranno comprovati i bisogni del *target* specifico della popolazione, tanto maggiori saranno le probabilità di corrispondenza.

Gli interventi sulla salute mentale abbracciano un raggio di attività che spazia dalla promozione della salute mentale (sensibilizzazione e recupero) alla prevenzione universale e selettiva (per ridurre i fattori di rischio e di vulnerabilità e per creare fattori di protezione); dalla prevenzione mirata a strategie di intervento precoce (per coloro che manifestano presto segnali di disturbo), a vari tipi di trattamento (per chi presenta disturbi precisi), fino a vasti programmi di cura e riabilitazione (per danni secondari a un disturbo). Efficacia e validità di tali interventi su particolari popolazioni sono comprovate in modo variabile, ma in costante aumento.

I progetti pilota sono particolarmente importanti in questa fase del ciclo di pianificazione delle politiche: non solo offrono informazioni riguardo gli interventi riusciti, ma contribuiscono anche a capire perché altri sono falliti. Nel Box 2 è riportato un progetto pilota per identificare e gestire problemi di salute mentale nelle scuole.

I progetti pilota sono fondamentali in questa fase del ciclo di pianificazione delle politiche

Box 2. Progetto pilota di interventi a favore della salute mentale nelle scuole in Cambogia

In Cambogia, un'*équipe* del Centro per la salute mentale dell'infanzia (Center for Child Mental Health, CCMH) ha condotto un'indagine in quattro scuole della provincia di Kandal per valutare la prevalenza di problemi emotivi e comportamentali tra gli studenti. Per analizzare la situazione è stato utilizzato un questionario sui punti di forza e sulle difficoltà (SDQ - *Strength and Difficulties Questionnaire*): difficoltà di rapporto, problemi di condotta e emotivi, iperattività, problemi legati all'attenzione, capacità di relazioni sociali. Fra coloro che hanno risposto al questionario, il 20% degli insegnanti e il 13% dei genitori hanno riferito che i bambini avevano problemi. L'*équipe* CCMH ha intervistato tutti i "bambini positivi al caso", supportando la scuola con attività di *counseling*, e inviando alcuni bambini agli specialisti del CCMH per un ulteriore sostegno. Gli insegnanti erano coinvolti attivamente nel "supporto scolastico" per consolidare il rapporto alunno-insegnante. L'*équipe* CCMH ha condotto alcuni seminari per gli insegnanti su un programma di salute mentale nella scuola, che continua ancora nelle quattro scuole.

(Center for Child Mental Health, Caritas, Cambogia, 2004).

Oltre ai progetti pilota nei quali si adottano un disegno controllato e una valutazione indipendente, le persone coinvolte descrivono spesso altri programmi interessanti. Anche se in alcuni casi i programmi non sono stati formalmente disegnati o valutati, spesso forniscono informazioni utili sui livelli di accettabilità dei programmi o del servizio, sulla partecipazione al programma/servizio, sulla soddisfazione del cliente, sulle difficoltà riscontrate nell'organizzazione e nell'attuazione di programmi e servizi, sui successi raggiunti.

Quando si valutano gli studi riportati dalla letteratura internazionale e i progetti pilota, è importante distinguere tra efficacia (capacità di un intervento di ottenere gli effetti auspicati in condizioni strettamente controllate) e validità (capacità di un intervento di ottenere gli effetti auspicati nell'ambito di un contesto più ampio, non controllato). I risultati di uno studio su un gruppo ben definito di persone in condizioni strettamente controllate non sono necessariamente ripetibili in condizioni reali; è quindi necessario fare attenzione quando si applicano direttamente i risultati degli studi clinici a una situazione reale senza considerare adeguatamente il contesto dell'applicazione. Nonostante questo, alcuni studi sull'efficacia ricorrono a una metodologia adeguata, con risultati abbastanza solidi da essere adottati su più ampia scala (Eisenberg, 2000; WHO, 2000). I *policy maker* devono promuovere consultazioni con i colleghi e con le organizzazioni non governative (ONG) di altri distretti, province, paesi o regioni al momento di decidere se i modelli di programma da adottare rispondano a ragionevoli standard di efficacia e possano essere inclusi nelle politiche (Nock *et al.*, 2004).

È importante distinguere tra efficacia e validità

2.3. Azione 3. Consultazione e negoziazione

La creazione del consenso e la negoziazione sono fattori cruciali in ogni fase della pianificazione delle politiche. Ad esempio, i *policy maker* possono sfruttare la raccolta iniziale delle informazioni quale opportunità per cominciare a creare il consenso. I bambini e gli adolescenti stessi possono essere motivati a fornire informazioni riguardo ai loro bisogni e possono dare un importante contributo alla formulazione delle politiche sulla salute mentale. I genitori e i familiari conoscono profondamente l'impatto del disturbo mentale sulla funzionalità del minore e della famiglia. Come sempre, le politiche di finanziamento e i piani d'azione influiscono sugli ambiti di consenso che diventeranno poi realtà (*Box 3*).

La creazione del consenso e la negoziazione sono fattori cruciali in ogni fase del ciclo di pianificazione delle politiche

Box 3. Progetto di ricerca-azione partecipata nella scuola

Un programma per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza nella comunità, nato come progetto di ricerca-azione partecipata, ha attivamente coinvolto i capi e le famiglie dei villaggi in ogni fase, dalla prima mappatura alla conclusione. Al progetto pilota hanno preso parte bambini e famiglie di 15 villaggi della provincia di Kandal, Cambogia, studenti volontari di discipline sanitarie e insegnanti di quattro scuole di Kandal. Quindici studenti di psicologia volontari hanno valutato i "bisogni di salute mentale" della comunità, e un gruppo ristretto ha continuato il lavoro per l'attuazione del programma. In totale sono state contattate 2.000 famiglie nell'area coinvolta dal programma. È stato utilizzato un questionario di ricerca sull'infanzia (*RQC - Research Questionnaire for Children*) che ha permesso di valutare la prevalenza dei problemi legati allo sviluppo neurologico o psicologico nei bambini e negli adolescenti in età compresa tra 2 e 18 anni. Il risultato della ricerca ha evidenziato la necessità di un'educazione psico-sociale e di iniziative su base comunitaria, al fine di promuovere la salute e il pieno sviluppo dell'infanzia.

(Center for Child Mental Health, Caritas, Cambogia, 2004).

È estremamente importante mantenere il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati durante tutto il ciclo di *policy making*. Nel Box 4 viene presentata un elenco delle parti interessate, il cui coinvolgimento deve essere ricercato e mantenuto nella formulazione di politiche per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Non tutti i gruppi di soggetti, tuttavia, sono presenti o hanno lo stesso livello di importanza nei diversi paesi.

Attraverso la consultazione e la negoziazione si cerca di ottenere il supporto di molti soggetti, indispensabile per far crescere la volontà politica tra i *decision maker*. Vi sono tuttavia anche altri motivi per i quali la consultazione con i diversi soggetti è importante. Innanzitutto, l'ecologia sociale dei bambini e degli adolescenti è tale che la risposta ai loro interessi e bisogni deve provenire da vari ambienti, quali la famiglia, la scuola e la comunità. I percorsi che portano a un sano adattamento psicologico e a una buona salute mentale sono molteplici, e ciascuno di questi ambiti può contribuire a formulare puntuali politiche per la salute mentale dei minori. I soggetti che operano in una struttura specifica sono in genere i più idonei a fornire utili elementi di riferimento per la struttura stessa; ad esempio una politica di promozione della salute mentale all'interno delle scuole avrà maggiori probabilità di successo se gli insegnanti vengono coinvolti nella sua formulazione.

Consultazione e negoziazione mirano a ottenere il supporto di molti soggetti interessati, indispensabile per far crescere la volontà politica tra i decision maker

L'ecologia sociale di bambini e adolescenti è tale che la risposta ai loro interessi e bisogni deve provenire da vari ambienti

Box 4. Esempi di soggetti da interpellare per lo sviluppo di politiche per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza

<p>Istituti scolastici per la formazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - psichiatri/psicologi per l'infanzia e l'adolescenza - pediatri - insegnanti - assistenti sociali 	<p>Operatori sanitari e/o della salute mentale attivi a livello di assistenza di base o specifici per gli adulti</p> <p>Sindacati degli operatori di salute mentale</p>	<p>Associazioni professionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pediatri - psichiatri - psicologi - assistenti sociali - insegnanti
<p>Strutture di insegnamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>College</i> - programmi di formazione precoce - scuole - Università 	<p>Gruppi di consumatori, in particolare quelli a favore di bambini e adolescenti</p> <p>Organizzazioni non governative</p>	<p>Enti statali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - agenzie per la lotta all'abuso di droghe - Tribunali dei minori - carceri minorili - Governi locali - Parlamento - responsabili della scarcerazione condizionata - Forze di polizia
<p>Agenzie nazionali, capi di Governo, Ministri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - strutture di correzione - istruzione - occupazione - ambiente - finanze - sanità - alloggi - interni - giustizia - polizia - sicurezza - <i>welfare</i> - commercio e industria 	<p>Associazioni che rappresentano gruppi svantaggiati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - popoli indigeni - organizzazioni per la tutela legale - profughi - minoranze tribali <p>Genitori e altri familiari</p> <p>Responsabili dei servizi privati di salute mentale</p> <p>Responsabili dell'erogazione di servizi nell'ambito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - strutture di salute mentale per bambini e adolescenti - ospedali pediatrici 	<p>Organismi internazionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - United Nations Children's Fund (UNICEF) - Federazione mondiale per la salute mentale (WFMH) - Organizzazione mondiale della sanità <p>Organizzazioni religiose</p> <p>Associazioni di famiglie e assistenziali</p> <p>Assemblee di giovani, es. Parlamenti dei giovani</p>

In seconda istanza, un processo di consultazione può aumentare la partecipazione dei soggetti interessati con grande rilevanza ai fini delle politiche. Se le persone sono state coinvolte attivamente nella formulazione delle politiche, vi sono maggiori probabilità che si impegnino per il successo e per garantire che le cose funzionino. Al contrario, quando una politica viene imposta a coloro il cui impegno è necessario perché venga realizzata, le parti - contrariate dal fatto di non essere state consultate - potrebbero ritenere l'attuazione delle politiche un'incombenza sgradita, rilevarne i punti deboli, e non essere motivate a impegnarsi per la sua riuscita.

Un processo di consultazione può aumentare la partecipazione dei soggetti interessati

In terzo luogo, se da un lato i soggetti interessati possono vedere i vantaggi del benessere mentale di bambini e adolescenti, potrebbero erroneamente ritenere che esso non rientri nella propria sfera di competenza. Il coinvolgimento nello sviluppo di politiche può stimolare potenziali contributi delle parti interessate nel settore della salute mentale dei bambini e degli adolescenti. Questo può portare di conseguenza una maggiore sensibilizzazione e uno sfruttamento delle opportunità, che può dare vita ad altri progetti e attività. I vantaggi del coinvolgimento nel processo di formulazione delle politiche viene quindi amplificato in modo imprevedibile.

La consultazione è un processo continuo e le parti da consultare cambiano di volta in volta in base alla fase di sviluppo delle politiche e dei piani d'azione.

2.4. Azione 4. Scambio con altri paesi

Lo scambio con altri paesi può essere reciprocamente proficuo. È essenziale che in tutto il mondo si diffondano i progressi scientifici e le esperienze su interventi sulle politiche per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Questo avviene più facilmente se si consolida un continuo scambio fra i vari paesi che formulano politiche in questo ambito.

Le consultazioni internazionali possono apportare un importante contributo, in particolare laddove i paesi sono simili in termini di sviluppo economico, organizzazione del sistema sanitario e accordi nazionali. Inoltre, i paesi più sviluppati possono contribuire a incoraggiare attivamente lo scambio di risorse con quelli meno sviluppati, sponsorizzando visite di consulenza e programmi formativi di scambio oppure finanziando congiuntamente incarichi o progetti formativi.

Le organizzazioni professionali nazionali e internazionali (ad esempio International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, World Association for Infant Mental Health, World Federation for Mental Health) possono essere utili per fornire supporto e promuovere la creazione di reti. Le sedi centrali e gli Uffici locali dell'OMS sono collocati in luoghi che facilitano lo scambio con altri paesi.

Il coinvolgimento nello sviluppo di politiche può stimolare contributi dalle parti interessate alla salute mentale di bambini e adolescenti

Lo scambio con altri paesi può essere reciprocamente proficuo

2.5. Azione 5.

Definizione della *vision*, dei valori, dei principi e degli obiettivi delle politiche

In questa fase i *policy maker* sviluppano i fondamenti delle politiche partendo dai risultati delle prime quattro azioni. È importante avere a mente due obiettivi: quello di rispondere ai problemi (ad esempio realizzare interventi psico-sociali rivolti a bambini e adolescenti con disturbi mentali) e quello di promuovere un sano sviluppo (ad esempio con programmi mirati al buon funzionamento della famiglia o della vita scolastica).

La *vision* enuncia aspettative concrete per la salute mentale futura dei minori, specificando che cosa è auspicabile e quali obiettivi è necessario perseguire. Deve essere realistica anche dal punto di vista del contesto socio-economico nelle diverse realtà del paese. La *vision* deve essere in grado di motivare e unire tutte le parti in causa, facendo appello agli ideali più alti e alle motivazioni più altruistiche. Un esempio di *vision* nelle politiche per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza è la creazione di un ambiente che risponda ai bisogni psico-sociali dei bambini e ne favorisca lo sviluppo ideale.

I valori si riferiscono all'importanza, alla qualità e all'utilità intrinseche, e devono essere coerenti con la *vision* da cui scaturiscono. Alcuni valori vengono ampiamente condivisi dai *policy maker*, dai responsabili della pianificazione e dei servizi e dagli enti di tutela nel settore della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Fra questi valori rientrano la riduzione della sofferenza e la promozione della coesione familiare. Ovviamente, anche fra chi condivide questi valori vi possono essere differenze sulle implicazioni e sul significato; ad esempio, il Servizio di psichiatria infantile richiederà il coinvolgimento di tutti i familiari nel piano terapeutico di un bambino con problemi mentali soprattutto per garantire l'aderenza alla terapia, mentre all'interno dell'Unità di terapia familiare lo stesso coinvolgimento sarà richiesto per modificare la struttura familiare, quasi senza prestare attenzione al paziente le cui problematiche hanno indotto a rivolgersi alla struttura.

Altri valori sono maggiormente legati a fattori culturali, economici e sociali, oltre che a ruoli intrinseci ai servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza. L'inclusione sociale può essere considerata un valore fondamentale dai gruppi di tutela dei consumatori, mentre può essere trascurata nella formulazione delle politiche da parte degli enti preposti al mantenimento della salute, spinti dalla logica del profitto. Sostanzialmente, questo implica che i valori devono essere spiegati e negoziati fra tutti i soggetti interessati, cercando di raggiungere un consenso fra le parti.

È importante tenere conto dei due obiettivi: rispondere ai problemi e promuovere un sano sviluppo

La vision rappresenta le aspettative per la salute mentale futura di bambini e adolescenti

I valori si riferiscono all'importanza, alla qualità e all'utilità intrinseche

La successiva formulazione delle politiche dovrà riferirsi a questi valori per promuovere maggiore integrità, coerenza, continuità e completezza delle politiche.

I principi sono azioni importanti che riflettono i valori; sono linee guida o comportamenti che scaturiscono dai valori stessi. Ad esempio, il principio che le scuole debbano essere coinvolte nella formulazione delle politiche e nell'erogazione dei servizi scaturisce dal riconoscimento del valore dell'inclusione sociale; l'erogazione dei servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza negli ambienti sanitari di base nasce dal riconoscimento del valore dell'accessibilità (*Box 5*).

Gli obiettivi sono più specifici dei principi; si riferiscono ai risultati che le politiche intendono perseguire e al modo di raggiungere tali risultati. Devono essere misurabili, per consentire il controllo dei progressi fatti e per comprovare la responsabilità. L'OMS ha definito tre obiettivi per le politiche per la salute:

- migliorare la salute della popolazione;
- rispondere alle aspettative delle persone;
- contribuire ai costi delle persone malate con sussidi, meccanismi di compartecipazione alle spese e assicurazioni.

Questi obiettivi possono valere anche per la salute mentale dei minori.

Dalla descrizione della *vision*, dei valori, dei principi e degli obiettivi potrebbe sembrare che la formulazione delle politiche sia un processo lineare; in realtà, nella pratica non è del tutto sequenziale.

I principi sono azioni importanti che riflettono i valori

Gli obiettivi sono più specifici dei principi; si riferiscono ai risultati che le politiche intendono perseguire

Box 5. Esempi di valori e principi nelle politiche a favore della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza *

Valori	Principi
Tutelare e supportare gruppi vulnerabili nella società	Si dovrebbero istituire servizi specifici per la salute mentale di bambini e adolescenti
Considerare la salute mentale imprescindibile dalla salute fisica	I Servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza dovrebbero essere integrati nei servizi sanitari in generale
Garantire l'equità	I Servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza dovrebbero essere accessibili a tutti, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche o dal luogo geografico
Riconoscere la responsabilità per la prevenzione di danni psicologici, emotivi e sociali	Il sistema sanitario dovrebbe essere orientato a ridurre i fattori di rischio e a promuovere i fattori protettivi
Promuovere un sano sviluppo	Gli interventi dovrebbero promuovere il sano sviluppo di tutti i minori
Rispettare l'autonomia dei bambini e degli adolescenti	Bambini e adolescenti dovrebbero essere coinvolti nelle decisioni relative alla formulazione e attuazione di servizi e programmi

* Gli esempi non sono da considerare raccomandazioni specifiche. Vedi Box 12 e 13 per la *vision* da cui scaturiscono questi valori e principi e per gli obiettivi che essi determinano.

2.6. Azione 6. Definizione degli ambiti di azione

Una volta individuati gli obiettivi, questi devono essere trasformati in ambiti di azione. Una politica a favore della salute mentale di bambini e adolescenti deve prevedere azioni coordinate in vari ambiti per evitare di restare isolata e avere quindi un impatto limitato. Le azioni nei diversi ambiti si possono consolidare reciprocamente. Sono necessarie due condizioni perché questo accada: innanzitutto deve essere chiaro in che modo le azioni si inseriscono nelle politiche generali per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza; questo processo viene facilitato se sono state messe in atto tutte le cinque azioni precedenti. In secondo luogo, vi deve essere un'intensa collaborazione fra i vari settori e agenzie, in modo che le opportunità di sinergia siano chiare e non si verifichino inutili doppioni. Ovviamente, questo è più facile laddove abbia avuto luogo un processo di consultazione con i soggetti interessati completo ed esauriente e la partecipazione sia stata continuativa. Nel Box 6 sono riportati alcuni elementi desunti dall'esperienza di politiche attuate in varie paesi del mondo negli ultimi anni.

Le azioni nei diversi ambiti si possono consolidare reciprocamente in modo sinergico

Box 6. Ambiti di azione per la salute mentale di infanzia e adolescenza

- Finanziamento
- Collaborazione fra i vari settori
- Legislazione e diritti umani
- Tutela
- Sistemi di informazione
- Ricerca e valutazione delle politiche e dei servizi
- Miglioramento della qualità
- Organizzazione dei servizi
- Promozione, prevenzione, trattamento e riabilitazione
- Migliorare l'accessibilità e l'impiego dei farmaci psicotropi
- Sviluppo delle risorse umane e formazione

Se di solito si concorda sul fatto che i Ministeri della sanità debbano essere attivi in quasi tutti questi ambiti per raggiungere gli obiettivi generali di una politica per la salute, ciascun Paese attribuisce un peso diverso a questi aspetti e le priorità vengono determinate a seconda dei bisogni e delle richieste sulla salute mentale da parte della popolazione, della società, della cultura e delle politiche pubbliche.

Finanziamento

Uno dei fattori essenziali all'attuazione delle politiche è l'allocatione di finanziamenti adeguati e continuativi. Si tratta di un potente strumento che consente al Ministero della sanità di mettere in pratica le politiche (vedi modulo "Finanziamento della salute mentale"

http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/index.html).

I servizi di salute mentale per i minori devono prevedere un *budget*, che può rientrare in quello dell'assistenza sanitaria in generale oppure in *budget* specifici per la salute mentale o per l'infanzia e l'adolescenza. Se questo non avviene, si rischia che i fondi per i servizi di salute mentale rivolti agli adulti (già di per sé insufficienti) inglobino quelli destinati all'infanzia e all'adolescenza. Analogamente, deve esserci un processo di controllo e di regolare revisione delle spese, attraverso cui poter confrontare i *budget* per i servizi rivolti ai minori e quelli destinati agli adulti. In questo modo viene garantita una maggiore trasparenza nelle decisioni, si ha un'equa distribuzione delle risorse ed è più facile individuare gli ambiti prioritari nella pianificazione.

Finanziamenti adeguati e continuativi sono uno strumento fondamentale che consente al Ministero della sanità di attuare le politiche

La continuità dei finanziamenti è essenziale per due motivi:

- alcuni interventi rivolti a bambini e adolescenti devono essere prolungati nel tempo;
- talvolta i benefici di un intervento si vedono solo dopo alcuni anni.

Per garantire lo stanziamento di fondi nelle diverse amministrazioni che si susseguono è quindi necessario adoperarsi perché i finanziamenti non si limitino al breve termine. In alcuni paesi l'erogazione dei servizi rivolti all'infanzia e all'adolescenza è di competenza delle ONG, che devono favorire lo sviluppo di servizi a lunga scadenza.

Gli stanziamenti per i servizi di salute mentale rivolti ai minori devono incentivare la collaborazione fra organismi potenzialmente concorrenti. I bisogni dei bambini e degli adolescenti - e non le esigenze dei programmi - devono essere considerati prioritari nell'allocazione dei fondi. La compartecipazione al finanziamento dei servizi a favore dei minori con disturbi complessi è auspicabile proprio in ragione del fatto che questi soggetti sono in contatto con varie agenzie.

Uno dei più diffusi incentivi economici per la collaborazione fra diversi organismi è il sovvenzionamento congiunto. Ad esempio, un programma di promozione della salute mentale dei bambini di strada dovrebbe includere il sistema sanitario (servizi di consulenza farmacologica), quello dell'istruzione (supporto scolastico) e quello giudiziario (alternative al carcere per i minori che commettono crimini); se le diverse agenzie fossero incentivate, promuoverebbero la collaborazione per raggiungere gli obiettivi previsti dal programma. Ovviamente, un ulteriore beneficio che nasce dalla collaborazione fra più organismi è la maggiore sensibilizzazione del potenziale ruolo di altri nella promozione della salute mentale.

I finanziamenti devono promuovere lo sviluppo di un *continuum* di servizi, ossia un insieme ottimale di vari servizi di tipo medico e psico-sociale. La scelta del consumatore dovrà essere considerata quando si decidono i servizi da offrire. La quantità dei servizi disponibili ai vari livelli (medicina di base, comunità, ospedali generici o reparti psichiatrici) dipende dai fondi stanziati a livello nazionale e locale

(vedi modulo "Organizzazione dei servizi per la salute mentale"

http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/index.htm).

Nei fondi per i servizi deve essere prevista una certa flessibilità che consenta di sostenere spese impreviste per i casi più difficili, che possono stravolgere le previsioni. Ad esempio, nei bambini o negli adolescenti affetti da schizofrenia o da disturbo compulsivo-ossessivo grave, risposta e durata del trattamento possono essere imprevedibili e molto lunghe. Se si prevedono fin dall'inizio alcuni casi potenzialmente più costosi, si possono evitare gli inconvenienti legati al superamento del *budget*.

La continuità dei finanziamenti è essenziale

Gli stanziamenti per i servizi di salute mentale per i minori devono incentivare la collaborazione fra organismi potenzialmente concorrenti

I finanziamenti devono promuovere lo sviluppo di un continuum di servizi

Il finanziamento dei servizi dovrebbe prevedere una certa flessibilità che consenta di sostenere spese impreviste

Organizzazione dei servizi

L'organizzazione di servizi adeguati per la salute mentale dei minori resta una sfida anche nei paesi più sviluppati, perché non dipende solo dalle risorse disponibili, ma anche dalla creatività e dalla volontà di coinvolgere risorse locali, a confermare l'importanza di un impegno tradizionalmente dedicato dalle comunità ai bambini e agli adolescenti con disturbi mentali.

L'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda un insieme ottimale di servizi (Figura 3). In Tabella 3 sono riportati invece alcuni esempi di servizi specifici. La salute mentale si fonda prevalentemente sul *self care*, ossia sull'indipendenza, e su servizi non formalizzati. Si dovrebbe poi passare ai servizi erogati dalla medicina di base, ai servizi di salute mentale su base comunitaria e a quelli negli ospedali. Gli ospedali psichiatrici hanno un ruolo minimo nell'ambito di questo insieme di servizi. Mentre il bisogno assoluto di questi servizi varia in genere da un paese all'altro, la proporzione nei diversi paesi è abbastanza omogenea.

L'assistenza per la salute mentale dovrebbe basarsi prevalentemente su self care - ossia sull'indipendenza - e su servizi non formalizzati

Figura 3. Insieme ottimale di servizi raccomandato dall'OMS



Fonte: adattamento da WHO, 2003.

Ove possibile, i servizi per la salute mentale rivolti all'infanzia e all'adolescenza non dovrebbero essere collocati nelle strutture sanitarie pediatriche; dovrebbero inoltre esservi strutture separate per l'assistenza a questi pazienti perché essi possono restare intimiditi o traumatizzati se ricoverati insieme ad adulti. Anche gli strumenti e le attrezzature devono essere specifici per il lavoro con i minori, con giochi terapeutici, guide di valutazione dei progressi e moduli per raccogliere dati osservazionali. In alcuni ambienti può essere positivo abbinare i servizi per gli adulti con quelli per i bambini. Un esempio sono i servizi che seguono le madri con depressione *post partum*, in cui può essere proficuo tenere nello stesso ambiente il neonato e la mamma.

Bambini e adolescenti sono seguiti meglio in strutture di ricovero separate, specifiche per l'assistenza della salute mentale

È necessario coordinare i diversi tipi di trattamento disponibili ai vari livelli di gravità della patologia. Ad esempio i reparti di riabilitazione farmacologica per adolescenti che sniffano colla o fumano oppio devono mettersi in contatto con i servizi locali per le tossicodipendenze, a cui la persona dovrebbe rivolgersi dopo il ricovero. Analogamente, un operatore sanitario che individua un bambino epilettico e decide di iniziare le terapie dovrebbe contattare il medico di famiglia.

Per garantire il collegamento ottimale fra i servizi, è nato il concetto di un sistema sanitario organizzato sotto forma di *continuum*, in cui i servizi dei programmi offerti dalle varie agenzie si coordinano in risposta ai bisogni dei minori in diversi contesti, dai servizi comunitari meno restrittivi (in cui le terapie non prevedono ricovero) a quelli più restrittivi (ricovero ospedaliero). Se il sistema non viene organizzato e la comunicazione è scarsa, il servizio rischia di non funzionare. I sistemi su base comunitaria sono più facilmente accessibili e consentono a bambini e adolescenti di sottoporsi al trattamento rimanendo all'interno della propria famiglia, della scuola e della comunità (vedi modulo "Organizzazione dei servizi per la salute mentale"

http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/index.htm).

È essenziale coinvolgere genitori, familiari e comunità nella pianificazione dei servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza. Le famiglie possono suggerire ad esempio come migliorare i servizi esistenti o rendersi conto di eventuali carenze che nuovi servizi potrebbero affrontare, e sono essenziali a sostenere un minore con problemi di salute mentale. Nel Box 7 è riportato un esempio di pianificazione e di coinvolgimento efficace dei familiari nel piano terapeutico di un giovane.

È necessario coordinare i diversi tipi di trattamento disponibili ai vari livelli di gravità della patologia

Il concetto di continuum implica un coordinamento fra i servizi

È essenziale coinvolgere genitori, familiari e comunità nella pianificazione dei servizi di salute mentale per minori

Tabella 3. Servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza

Competenza	Luogo	Personale	Servizi
Assistenza informale da parte della comunità	<ul style="list-style-type: none"> • Famiglia • Scuola • Carcere • Case di accoglienza per bambini • ONG 	<ul style="list-style-type: none"> • Operatori non sanitari • Volontari 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus</i> dei servizi a questo livello è la promozione della salute mentale e la prevenzione primaria dei disturbi mentali
Medicina di base	<ul style="list-style-type: none"> • Cliniche • Ospedali locali • Servizi di maternità • Servizi per la famiglia 	<ul style="list-style-type: none"> • Operatori sanitari • Medici • Infermieri 	<ul style="list-style-type: none"> • Educazione a genitori e ragazzi su tematiche inerenti la salute in generale e la salute mentale • <i>Screening</i> per i problemi legati alla salute mentale (compresa tendenza al suicidio) • Identificazione di ragazzi a rischio di problemi di salute mentale • Servizi di <i>counseling</i> per giovani e famiglie • Gestione dei disturbi comportamentali; <i>follow up</i> e supporto di giovani con malattie croniche
Servizi di salute mentale su base comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Equipe</i> di salute mentale nella comunità • Cliniche di orientamento pediatrico • Cliniche per bambini abusati • Servizi di sostegno scolastico 	<ul style="list-style-type: none"> • Personale specializzato nella salute mentale in generale (psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali) • <i>Team</i> multidisciplinari con formazione specifica sulla salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione e trattamento di disturbi gravi inviati dai servizi di salute mentale di base • Consultazione, supervisione e formazione del personale sanitario di base • Collegamento con altri settori locali e provinciali e ONG per iniziative di prevenzione e promozione intersettoriale

Tabella 3. (continua)

Competenza	Luogo	Personale	Servizi
Ospedali generali o pediatrici	<ul style="list-style-type: none"> • Cliniche universitarie • Ospedali regionali 	<ul style="list-style-type: none"> • Specialisti di salute mentale, es. psichiatri, psicologi, ostetriche, operatori sociali • Specialisti della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza • <i>Team</i> multidisciplinari con specializzazione in salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione e trattamento di disturbi gravi inviati dai servizi di salute mentale di base • Consultazione, supervisione e <i>training</i> al personale dei servizi di salute mentale di comunità • Collegamento con altri settori locali e provinciali e ONG per iniziative di prevenzione e promozione intersettoriale
Strutture per lungodegenti e servizi specialistici	<ul style="list-style-type: none"> • Istituti di lungodegenza • Unità del bambino e delle famiglie • Unità sui disturbi alimentari • Unità sull'abuso • Settore privato 	<ul style="list-style-type: none"> • Specialisti della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Servizi altamente specializzati di diagnosi e trattamento • Supporto, consultazione e formazione a tutti i livelli dei servizi • Servizi di riabilitazione per gruppi specifici, es. bambini e adolescenti autistici e soggetti con disturbi psicotici

Fonte: adattamento da Dawes *et al.*, 1997.

Box 7. Piano terapeutico con coinvolgimento dei familiari

Esempio 1 (Grimes, 2001)

Il programma dei servizi per la salute mentale rivolto ai giovani del Massachusetts (Massachusetts Mental Health Services Program for Youth - MaMHSPY) promuove un modello di "governance condivisa" in risposta ai bisogni di bambini e adolescenti con problemi mentali. Sei agenzie coordinano un gruppo di bambini a rischio e malati, mettendo in atto il cosiddetto *blended funding*, ossia lo stanziamento di una quota di fondi da parte di ciascuna agenzia. Rappresentanti delle famiglie e decisori delle agenzie partecipano al Comitato direttivo MHSPY.

Questo modello di *governance* si occupa di problemi legati alla salute in generale e a quella mentale in particolare. I giovani e le famiglie da prendere in carico vengono individuati utilizzando le scale di valutazione dei disturbi (ad esempio quella sulla funzionalità del bambino e dell'adolescente: CAFAS - Child and Adolescent Functional Assessment Scale). La fascia di età presa in considerazione va da 3 a 18 anni e viene data priorità ai casi maggiormente a rischio (punteggi superiori a 40) e che non vivono in famiglia. I soggetti possono usufruire dei numerosi servizi disponibili, considerati la cura "di prassi", e di vari altri programmi formulati in risposta a bisogni specifici. Ogni famiglia può fare riferimento a un "responsabile di cura", che riunisce un'*équipe* preposta alla pianificazione, di cui fa parte personale sia specializzato che generico. L'*équipe* individua una *mission* per il bambino. Il servizio provvede a valutare i punti di forza, rilevare i bisogni e programmare gli interventi. Il responsabile si occupa di alcuni aspetti del trattamento, mantiene i contatti con il medico di base e controlla tutti gli interventi; è in stretto contatto con la famiglia, pur non essendo un terapeuta. A seguito di questo intervento, è diminuita moltissimo la misura d'esito dei "giorni di permanenza fuori dalla famiglia". Sono migliorati anche i parametri correlati a scuola, famiglia e comunità. Gli utenti ricorrono a servizi con minor costo e restrizioni, dimostrando la riuscita del programma.

Esempio 2 (Kamradt, 2000)

Anthony è un ragazzo afro-americano di 15 anni che segue un programma di salute mentale, Wraparoun Miwaukee, per vari atti di vandalismo contro edifici. Gli sono stati diagnosticati disturbo con *deficit* attentivo e profonda depressione. I familiari avevano intenzione di tenerlo a casa, anche contando sulla presenza di zii e zie disposti a collaborare nei momenti di crisi; inoltre la famiglia si era detta disponibile a cambiare. A livello personale, Anthony è un ragazzo estroverso, legato ai fratelli e ai genitori, intenzionato a cercare lavoro.

Della sua *équipe* di salute mentale facevano parte la madre, il patrigno, la zia, un fratello, un terapeuta domiciliare, un ufficiale giudiziario preposto alla sorveglianza delle persone in libertà vigilata e il suo operatore di salute mentale (coordinatore di cura). Nel programma di salute mentale erano previsti un trattamento a domicilio, terapie giornaliere, servizi di *mentoring* e di avviamento al lavoro. La zia di Anthony ha garantito un supporto informale: Anthony poteva stare da lei durante i periodi di crisi.

Anthony ha seguito il programma per due anni. Non ha più commesso atti vandalici, ha studiato con profitto in un contesto scolastico alternativo e presto rientrerà nella scuola del suo quartiere. Svolge anche un lavoro *part time*.

Promozione, prevenzione, trattamento e riabilitazione

I *policy maker* dovrebbero considerare tutte le possibili azioni di prevenzione della malattia, di promozione della salute, di trattamento e di riabilitazione. La prevenzione della malattia e la promozione della salute fra bambini e adolescenti ha implicazioni particolarmente complesse. Ad esempio, gran parte dei disturbi mentali di cui soffrono gli adulti si instaurano in età infantile o adolescenziale. I danni prolungati potrebbero quindi diminuire se si riuscisse a riconoscere precocemente il problema e a trattarlo tempestivamente. Gli interventi di promozione della salute devono focalizzare l'attenzione su problemi come la povertà e lo stigma, che provocano o fanno protrarre nel tempo le malattie mentali. Per promuovere il sano e positivo sviluppo della salute mentale sono stati studiati programmi rivolti anche alle scuole (WHO, 1993-1998). In Nuova Zelanda gli interventi si rifanno al concetto di recupero, che sottolinea il bisogno di sostenere "la capacità di vivere bene in presenza o in assenza di una malattia mentale" (vedi http://www.mhc.govt.nz/publications/2001/Recovery_Competencies.pdf). È opportuno dare priorità ai soggetti più vulnerabili, quali orfani, bambini con malattie croniche, minori con disturbi dell'apprendimento, rifugiati, minori con handicap intellettivo, vittime di abusi o di deprivazioni di tipo fisico, sessuale o psichico, chi ha violato la legge. Gli interventi dovrebbero essere promossi in ambienti frequentati dai giovani, ossia nelle scuole, in casa, sui posti di lavoro, nei circoli di quartiere, nelle agenzie che lavorano con i giovani e nei servizi sanitari.

I policy maker dovrebbero considerare tutte le possibili azioni di prevenzione della malattia, promozione della salute, trattamento e riabilitazione

Box 8. Progetto di promozione della salute mentale a scuola nella Repubblica islamica dell'Iran

Il programma nazionale di salute mentale in Iran è stato lanciato nel 1988 e si occupa prevalentemente dell'integrazione della salute mentale nella medicina di base. Negli ultimi anni un crescente numero di giovani (circa 16,5 milioni di studenti) e il rapido processo di urbanizzazione, che comporta conseguenze psico-sociali - come emerge da varie indagini - hanno determinato il bisogno specifico di promuovere la salute mentale nelle scuole. A Damavandi, città a nord di Teheran, è stato avviato un progetto pilota rivolto ai bambini in età scolare e ai genitori. L'intervento ha notevolmente contribuito a migliorare l'atteggiamento di studenti e genitori nei confronti della salute mentale, aumentando l'autostima degli studenti, riducendo la paura degli esami, mettendo fine alle punizioni corporali, riducendo il numero delle molestie sessuali e facendo diminuire il numero dei fumatori (Yasamy *et al.*, 2001). Il programma è stato poi esteso a tutto il paese.

I farmaci devono essere prescritti ai minori solo se clinicamente indicati, inserendoli in un piano di cura integrato con altri interventi. Nel presente modulo non si intende dare indicazioni sugli interventi clinici. I casi in cui si rende necessario l'uso dei farmaci devono essere confermati dalle evidenze scientifiche disponibili e dal contesto di ogni bambino o adolescente. Molte linee guida pubblicate da associazioni di specialisti e da altri gruppi (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2002) trattano questo argomento. Le politiche devono tenere conto delle discussioni comprovanti l'efficacia dei diversi farmaci (Barkley, 2002). È necessario adoperarsi per garantire che i bambini, gli adolescenti e le loro famiglie comprendano e seguano le raccomandazioni sull'impiego dei farmaci.

Per garantire il regolare approvvigionamento dei farmaci alle strutture di trattamento devono essere previsti fondi adeguati. L'impiego di farmaci generici meno costosi può contribuire al contenimento dei costi (vedi modulo "Miglioramento dell'accesso e dell'impiego dei farmaci psicotropi"
http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/index.html).

Collaborazione fra i vari settori

Il benessere di bambini e adolescenti si manifesta e viene influenzato dalla loro presenza in vari settori della società; le politiche per la salute mentale devono quindi promuovere la collaborazione fra i diversi settori coinvolti, come istruzione, *welfare*, ambienti religiosi, casa, istituti di correzione, polizia e altri servizi pubblici. Possono essere coinvolti tutti i soggetti consultati nella fase iniziale (*Box 4*). Questa forma di collaborazione è essenziale per diverse ragioni:

- aumenta la considerazione generale di un problema;
- incoraggia il *continuum* della cura;
- fattori di rischio comuni determinano alcuni dei problemi rilevati in settori diversi (Durlak, 1998);
- consente un approccio diversificato al problema;
- problematiche simili o identiche possono essere affrontate in ambienti diversi;
- è più efficace, anche a livello economico, in quanto riduce i duplicati e promuove sinergie fra i vari settori;
- sensibilizza altri settori sul loro potenziale ruolo nell'attuazione di strategie di promozione della salute mentale.

Nel *Box 9* sono presentati alcuni suggerimenti che facilitano la collaborazione fra i vari settori.

I farmaci devono essere prescritti a bambini e adolescenti solo se clinicamente indicati, inserendoli in un piano di cura integrato con altri interventi

È importante garantire il regolare approvvigionamento di farmaci alle strutture di trattamento

Tutti i soggetti consultati nella fase iniziale possono essere coinvolti

Box 9. Suggerimenti per una collaborazione ottimale fra i vari settori

Chi deve collaborare e perché?

- Nella pianificazione iniziale devono essere individuate le parti in causa.
- Tutti i partecipanti devono trovarsi d'accordo sulle motivazioni del lavoro comune, aspetto fondamentale per ottenere l'impegno necessario alla collaborazione.

Supporto strutturale

- La collaborazione fra i vari settori deve essere formalizzata e non dipendere da accordi *ad hoc* e favori.
- La formalizzazione può avvenire in vari modi: creazione di sistemi che ricompensano e premiano le azioni di collaborazione fra settori; creazione di opportunità di lavoro al di là dei vincoli tradizionali; formazione di personale dedicato alla preparazione dei settori che dovranno prendere parte alla collaborazione con gli altri.

Obiettivi e prospettive

- I diversi settori devono prendere coscienza degli obiettivi e dei ruoli condivisi, e di come ogni ambito specialistico possa contribuire alla realizzazione di questi obiettivi e ruoli.
- È necessario prevedere occasioni di incontro dei diversi settori. Spesso è proprio nel "fare" che si scoprono con naturalezza i vantaggi della collaborazione.
- La formalizzazione della collaborazione fra i vari settori (sopra descritta) contribuisce a creare strutture che "obbligano" i diversi settori a collaborare e, attraverso questa collaborazione, a raggiungere obiettivi comuni.
- Quando si fa riferimento a un'esperienza comune in diversi settori, l'approccio trasversale è più facile. A questo proposito, un approccio più globale (ad esempio la promozione della salute nelle scuole) è uno dei modi per discutere tematiche condivise.
- È necessario individuare vantaggi e benefici della collaborazione e dissolvere timori e resistenze.
- Il settore sanitario deve prendere atto della natura pluridimensionale del proprio lavoro, riconoscendo l'importanza del ruolo degli altri settori necessari a dare risposta ai problemi e ai bisogni.

Risorse

- È necessario affrontare il problema del timore di perdere risorse. È opportuno cercare di dimostrare quanto sia conveniente per tutti, anche a livello economico, un'azione realizzata con la collaborazione di tutti.
- Risorse (economiche, umane, di tempo) devono essere destinate alla realizzazione di azioni in sinergia.
- È importante avere chiaro chi è responsabile di che cosa.

(continua)

Dinamiche del potere

- È opportuno chiarire le responsabilità per evitare problemi di competenze.
- Per garantire la giusta comunicazione a tutti i livelli del sistema, è opportuno discutere le problematiche riguardanti rappresentazione e consultazione.
- La dinamica di gruppo deve essere gestita in modo da assicurare la massima partecipazione.
- È opportuno adoperarsi per un'equa suddivisione dei compiti fra i diversi settori coinvolti.

Azioni politiche

- I vantaggi politici della collaborazione fra i vari settori devono essere presentati a tutti i dipartimenti e ministeri.
- È necessario formalizzare un accordo congiunto fra il Ministero della sanità e gli altri ministeri.
- Una buona collaborazione fra i vari settori dipende da una più ampia organizzazione nazionale: la comunicazione e il collegamento fra i dipartimenti e i ministeri contribuiscono alla collaborazione ai diversi livelli.

Fonte: adattamento da Lazarus *et al.*, 1996.

Tutela

La tutela si propone di abbattere le maggiori barriere strutturali e comportamentali per conseguire risultati positivi nel settore della salute mentale, attraverso metodi come la sensibilizzazione, la sollecitazione, l'istruzione e la formazione. Gli obiettivi nel settore della salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza sono:

- modificare le norme e le leggi per assicurare il rispetto dei diritti di bambini e adolescenti;
- garantire l'equità dei servizi rivolti ai minori con disturbi mentali;
- promuovere la salute mentale e prevenire i disturbi nei bambini e negli adolescenti;
- ove possibile, evitare il ricovero di minori negli istituti psichiatrici (in particolare per adolescenti e bambini che hanno anche problemi di HIV/AIDS);
- fare in modo che i Governi si occupino della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza;
- ridurre lo stigma e la discriminazione di bambini e adolescenti con disturbi mentali nelle comunità;
- inserire le considerazioni sulla salute mentale nella formulazione delle politiche e dei piani d'azione anche di altri settori (ad esempio i programmi sul *welfare* devono prendere in considerazione l'adeguatezza dell'accudimento e dell'alloggio quando promuovono la crescita di un bambino in un ambiente sano).

Obiettivo della tutela è abbattere le maggiori barriere strutturali e comportamentali per conseguire risultati positivi nel settore della salute mentale per la popolazione

La tutela della salute mentale di bambini e adolescenti da parte dei genitori, del personale specializzato e dei dipartimenti governativi preposti alla sanità e all'istruzione ha determinato una nuova sensibilità degli organi legislativi dei paesi sviluppati in merito all'esigenza di servizi per la salute mentale dei minori. Con ricerche internazionali e studi clinici su particolari disturbi è possibile promuovere la costituzione di associazioni di tutela dei genitori, come dimostrano le crescenti iniziative nell'ambito dell'autismo. Questi gruppi devono essere sostenuti e considerati degli "alleati" nella formulazione delle politiche per vari motivi:

- i genitori di bambini e adolescenti che soffrono di disturbi mentali hanno una profonda conoscenza di questi problemi, che può essere sfruttata per raggiungere obiettivi comuni;
- i gruppi di tutela dei genitori possono essere utili per ottenere il sostegno delle ONG nella formulazione dei programmi;
- chi tutela i genitori può fare pressioni nell'ambito specifico della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza;
- questi gruppi sono di supporto agli operatori sanitari, che non sempre riescono a far fronte ai bisogni con le risorse messe a disposizione dallo Stato.

Anche gli adolescenti possono tutelare con forza i propri interessi. Quando si formulano le politiche e i piani d'azione, questo aspetto non può essere trascurato e si deve dare voce ai ragazzi.

La costituzione di un ministero o di una commissione per i bambini e gli adolescenti con disturbi mentali può garantire attività integrate e prolungate nei diversi settori nazionali e diventare un efficace strumento di tutela dei bisogni dei minori.

Legislazione e diritti umani

Le politiche a favore della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza sono più efficaci se vengono inserite in un quadro più ampio di sviluppo dei minori e di conoscenza dei loro diritti. Correlato a questo aspetto è il ruolo degli organi legislativi che codificano e consolidano principi, valori e obiettivi fondamentali sui diritti dei minori.

Gli interventi a favore dei diritti dei bambini sono stati numerosi. Con la Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia (*Convention of the Rights of the Child - CRC*) del 1989, i paesi firmatari si sono impegnati a riconoscere a tutti i bambini il diritto allo sviluppo fisico e mentale, proteggendoli da ogni forma di sfruttamento e abuso. La CRC sancisce anche l'obbligo di ascoltare i minori in tutte le questioni che li riguardano. Sostiene esplicitamente e implicitamente la necessità di rispondere ai loro bisogni correlati alla salute mentale. È possibile inserire nelle politiche e nelle leggi molti aspetti della CRC. Nell'art. A19, ad esempio, sono indicate tutte le

La tutela della salute mentale dei bambini e degli adolescenti ha determinato una nuova sensibilità degli organi legislativi dei paesi sviluppati in merito all'esigenza di servizi per la salute mentale dei minori

Le politiche per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza sono più efficaci se vengono inserite in un quadro più ampio di sviluppo dei minori e di conoscenza dei loro diritti

misure di protezione dei minori da ogni forma di violenza fisica e psicologica; si afferma poi che i bambini con disabilità mentale o fisica devono comunque poter vivere una vita decorosa ed essere agevolati nella partecipazione alla vita della comunità. In altri articoli si fa riferimento ad aspetti rilevanti per i servizi di salute mentale rivolti a infanzia e adolescenza: riservatezza; norme per controlli rigorosi su responsabilità involontarie; accesso alla conoscenza dei familiari; eliminazione di trattamenti coercitivi, come terapia elettroconvulsiva, sedazione e costrizione fisica non necessari; tutela dei minori con disturbi mentali conseguenti a comportamenti abusanti.

L'Assemblea generale delle Nazioni Unite, con la risoluzione 46/119 sulla tutela dei soggetti con malattie mentali (Principi per la protezione delle persone con malattie mentali e per il miglioramento dell'assistenza per la salute mentale) adottata nel 1991, ha fatto un altro importante passo avanti nella difesa dei diritti di chi soffre di disturbi mentali. Sono stati indicati 25 principi che rientrano in due categorie più generali: diritti e procedure civili, accesso e qualità dell'assistenza. I principi più importanti sono:

- riconoscimento delle libertà e dei diritti fondamentali delle persone che soffrono di disturbi mentali;
- criteri di individuazione dei disturbi mentali;
- rispetto della riservatezza;
- standard e consenso alle cure e ai trattamenti;
- diritti delle persone con disturbi mentali nelle strutture per la salute mentale;
- risorse per le strutture di assistenza nella salute mentale;
- elaborazione di meccanismi di controllo;
- tutela dei diritti dei criminali con disturbi mentali;
- tutela legale dei diritti delle persone con disturbi mentali.

I minori vengono tutelati con tutti gli strumenti dei diritti umani. Un esempio è l'art. 7 del Patto internazionale sui diritti civili e politici, che difende tutte le persone, comprese quelle con problemi psichici, dalla tortura e da trattamenti o punizioni crudeli, disumani o degradanti, e sancisce il diritto a non essere sottoposti a esperimenti medici o scientifici senza il proprio libero consenso. Nel Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali si legge (art. 10.3):

Speciali misure di protezione e di assistenza devono essere adottate in favore di tutti i fanciulli e adolescenti senza discriminazione alcuna per ragione di filiazione o per altre ragioni. I fanciulli e gli adolescenti devono essere protetti contro lo sfruttamento economico e sociale. Il loro impiego in lavori pregiudizievoli per la loro moralità o per la loro salute, pericolosi per la loro vita, o tali da nuocere al loro normale sviluppo, deve essere punito dalla legge. Gli Stati devono altresì

fissare limiti di età al di sotto dei quali il lavoro salariato di manodopera infantile deve essere vietato e punito dalla legge.

Una tematica particolarmente importante sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza è il trattamento sanitario obbligatorio: questa decisione viene affidata talvolta a un genitore, tutore o altro familiare, mentre in alcuni casi spetta agli psichiatri o al sistema giudiziario. I diritti dei bambini e degli adolescenti devono essere commisurati alle esigenze della società di curare chi, a ragione di un disturbo mentale, può rappresentare un pericolo per sé e per gli altri o non è in grado di capire l'importanza di un trattamento.

Risorse umane e formazione

Un aspetto essenziale per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza sono lo sviluppo e la formazione delle risorse umane. Generalmente, in un paese sono molto pochi gli operatori veramente qualificati ed è pertanto fondamentale un'attenta pianificazione delle risorse umane per garantire il raggiungimento degli obiettivi delle politiche. È importante valutare fin dall'inizio del processo politico le esigenze formative delle risorse umane, prevedendo strategie che accrescano il numero delle persone qualificate.

Talvolta può risultare necessaria una formazione specifica da proporre agli operatori sanitari (infermieri, medici) che lavorano nei servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza. Data la carenza di specialisti in questo ramo, in base alle funzioni assegnate alle diverse categorie del personale si deve studiare come impiegare al meglio le competenze disponibili.

Per la valorizzazione delle risorse che si occuperanno di trattamenti specialistici, sarebbe utile la formazione all'estero di alcune persone, in modo che acquisiscano competenze non disponibili nel paese d'origine. In alcuni casi, e in particolare per quanto riguarda i servizi di psichiatria per i minori, è possibile prevedere aggiornamenti continui degli psichiatri o degli altri medici che lavorano con gli adulti, affinché amplino le proprie competenze alla cura di bambini e adolescenti.

In Tabella 3 sono riportati i diversi ruoli del personale. I programmi di formazione devono essere adattati in base alle funzioni di ciascun operatore. Non basta ad esempio che gli psichiatri per i minori siano specializzati soltanto nei servizi, se gran parte del lavoro che svolgono prevede la ricerca e lo sviluppo dei servizi stessi. Analogamente, molti programmi di trattamento richiedono un approccio pluridisciplinare, con esigenze di cui si deve tenere conto nella formulazione dei programmi di formazione (vedi modulo "Risorse umane e formazione nella salute mentale" http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/index.html). Oggi viene sempre più riconosciuta la necessità di redigere manuali che contribuiscano alla formazione mirata a specifici interventi. In questa ottica di collaborazione rientra anche l'attività della World Psychiatric Association

Gli operatori sanitari potrebbero avere bisogno di una formazione specifica per fornire servizi di salute mentale a bambini e adolescenti

(WPA), della International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions e dell'Organizzazione mondiale della sanità (per le informazioni relative al programma di lavoro, è possibile consultare il sito WPA <http://www.globalchildmentalhealth.com/>).

Miglioramento della qualità

La qualità è un parametro per verificare se i servizi aumentano la probabilità di raggiungere gli esiti auspicati nel settore della salute mentale e se sono coerenti con le prassi correnti. Il miglioramento della qualità (*quality improvement* - QI) è un processo continuo e iterativo.

In Figura 4 sono sintetizzate le azioni inerenti la qualità, tutte riferite ai servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza

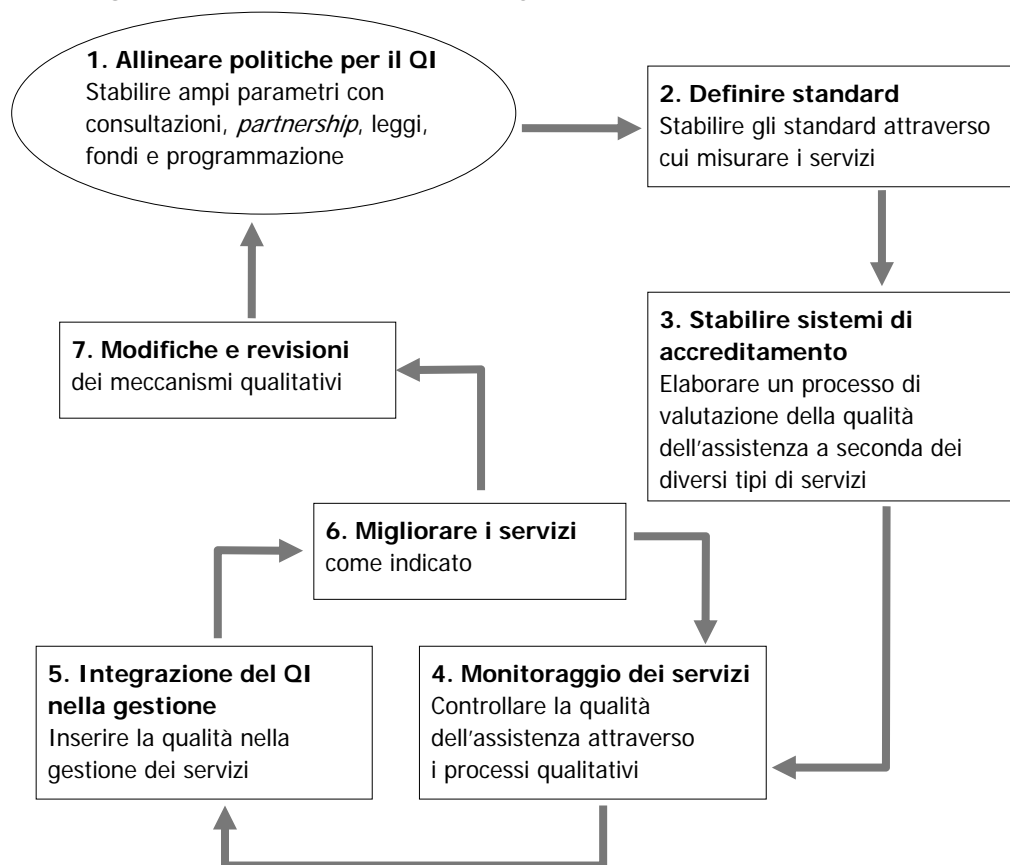
(vedi modulo "Miglioramento della qualità nella salute mentale"

http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/index.html).

Ai fini del miglioramento della qualità, si deve prendere in considerazione la partecipazione (ove opportuno) di bambini e adolescenti che usufruiscono dei servizi, e dei loro familiari per la progettazione, l'attuazione e la valutazione degli stessi. Quest'ultima deve prevedere la valutazione della soddisfazione per il servizio erogato e i risultati al paziente e al resto della famiglia.

La qualità è un parametro per verificare se i servizi aumentano la probabilità di raggiungere gli esiti auspicati nel settore della salute mentale e se sono coerenti con le prassi correnti

Figura 4. Azioni necessarie al miglioramento della qualità (QI)



Nella predisposizione di una carta dei servizi per la salute mentale dei minori è possibile un duplice approccio: si può redigere un documento a se stante per i bambini e gli adolescenti, oppure le tematiche particolari in relazione ai minori possono essere trattate in un documento che si occupa di tutte le fasce d'età. Indipendentemente dall'approccio scelto, è necessario focalizzarsi su alcuni aspetti, fra cui:

- garantire i diritti degli utenti dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza, che includono anche adeguatezza dei servizi a seconda dell'età del minore, protezione dagli abusi e dalle deprivazioni, difesa nel sistema penale, strutture per i minori separate da quelle per gli adulti, diritto all'istruzione;
- riconoscere che gli stadi di sviluppo del minore influenzano la risposta ottimale al trattamento;
- garantire la riservatezza e l'identità del minore nelle comunicazioni;
- coinvolgere i genitori, ove possibile.

Sistemi di informazione

I sistemi di informazione hanno un'enorme importanza nella formulazione delle politiche e nel monitoraggio della loro attuazione. Ove possibile, è necessario destinare fondi alla creazione e gestione di banche dati, che variano notevolmente per complessità e completezza. Da una parte il sistema informatico potrebbe riportare l'elenco dei nomi degli utenti dei servizi, con alcune informazioni essenziali, ad esempio le diagnosi; dall'altra, potrebbe essere studiato un *database* tecnicamente molto sofisticato in cui vengono inseriti gli *input*, i processi e gli indicatori di risultato riportati in Tabella 4. I sistemi di informazione non devono però essere troppo costosi, anche in termini di tempo, o avere meccanismi di aggiornamento eccessivamente complicati e non alla portata delle risorse disponibili. I responsabili dei servizi devono inoltre poter accedere velocemente ai sistemi informatici per garantire la continuità della cura. I dati devono essere significativi ai fini delle politiche. Il tutto deve essere realizzato salvaguardando il diritto alla riservatezza dei minori e dei loro familiari; proprio la riservatezza deve essere codificata a tutela degli interessati.

I sistemi di informazione sono fondamentali nella formulazione delle politiche e nel monitoraggio della loro attuazione

Tabella 4. Modello per i servizi di salute mentale, con particolare riferimento a quelli per i minori

		→ Dimensione temporale			
		Input *	Processo **	Risultato ***	
Dimensione geografica	Livello regionale/ nazionale	Rapporto letti/popolazione	Letti occupati	Percentuale di divorzi	
		Rapporto comunità/ ospedale (<i>staff</i>)	Ricoveri Durata media del ricovero	Percentuale di persone senza fissa dimora	
		Spesa per la salute mentale dei minori	Paziente ricoverato più volte	Percentuale di carcerati	
		Politiche nazionali	Rapporto comunità/ ospedale (uso)	Tasso di abbandono scolastico	
		Leggi sulla salute mentale	Percentuale di fallimenti	Percentuale di suicidi	
		Rapporto medico/paziente	Standard minimi di cura		
		Rapporto personale/ popolazione	<i>Iter</i> nell'uso dei servizi Procedure di controllo		
		Protocolli e linee guida sui trattamenti	<i>Iter</i> di cura e continuità Identificazione di particolari gruppi <i>target</i>		
		Livello locale (bacino di utenza)	Disponibilità dei farmaci	Ricoveri	Risultati complessivi a livello locale
			Rapporto comunità/ ospedale (<i>staff</i>)	Durata media del ricovero Letti occupati	Malattie fisiche
Servizi ospedalieri e comunitari	Rapporto comunità/ ospedale (uso)		Percentuale di suicidi		
<i>Budget</i> locale per il servizio di salute mentale per i minori	Percentuale fallimenti Paziente ricoverato più volte				
Organico	Qualità soggettiva dei trattamenti				
Relazioni di lavoro fra servizi (collaborazione fra i vari settori)					
Livello del paziente	Valutazione dei bisogni individuali	Continuità delle cure Continuità dei medici	Disabilità Impatto sui <i>caregiver</i>		
	Contenuto del trattamento	Coinvolgimento dei genitori e delle scuole	Bisogni		
	Richieste dei pazienti e dei familiari	Frequenza degli appuntamento	Percentuale di giorni di assenza da scuola		
	Informazioni ai pazienti e ai <i>caregiver</i>	Modello di cura personalizzato per ciascun paziente	Percentuale di tempo di lavoro dei genitori		
	Capacità e conoscenze del personale		Qualità della vita Soddisfazione per i servizi Riduzione dei sintomi		

* Gli *input* si riferiscono alle risorse investite in un sistema.

** I processi si riferiscono al modo di erogare i servizi.

*** I risultati si riferiscono alle variazioni di funzionalità, morbilità e mortalità fra i soggetti a cui vengono erogati i servizi (Thornicroft *et al.*, 1999). Tutte le parti interessate devono essere concordi sugli indicatori principali del cambiamento, in modo che sia chiaro se i risultati auspicati siano stati ottenuti o meno.

Fonte: Thornicroft, Tansella, 1999; alcuni contenuti sono ricavati da Lund, 2002.

Ricerca e valutazione delle politiche e dei servizi

Il Rapporto mondiale sulla salute del 2001 (World Health Report, 2001) individua cinque aree prioritarie di ricerca nell'ambito della salute mentale, che riguardano anche la sfera dell'infanzia e dell'adolescenza: ricerca epidemiologica; ricerca su trattamento, prevenzione e promozione dei risultati; ricerca sulle politiche e sui servizi; ricerca economica e ricerca nei paesi in via di sviluppo; raffronti fra le diverse culture. Nel Box 10 sono riportate alcune specifiche priorità della ricerca in questi ambiti.

La ricerca sui servizi di salute mentale per i minori presenta alcuni ostacoli. Nel Box 11 sono riportate alcune azioni mirate a migliorare la qualità e la quantità della ricerca.

Box 10. Priorità della ricerca nell'ambito della salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza

Ricerca epidemiologica

- Prevalenza e carico dei principali disturbi mentali e comportamentali nell'infanzia e nell'adolescenza, sia per la comunità in generale sia fra i gruppi ad alto rischio.
- Studi longitudinali per approfondire l'andamento dei principali disturbi mentali e comportamentali nei minori e il loro rapporto con fattori determinanti di tipo psico-sociale, genetico, economico e ambientali.
- Rapporto fra psicopatologia e comportamenti a rischio, ad esempio comportamenti sessuali pericolosi e violenza.

Ricerca su trattamento, prevenzione e promozione dei risultati

- Efficacia e validità degli interventi farmacologici e psico-sociali, compresi quelli che si sono dimostrati efficaci o validi in gruppi di adulti.
- Fattori che incidono sull'adesione alla terapia, compresi quelli familiari.
- Attuazione e diffusione di ricerche su interventi efficaci.
- Efficacia e validità di vari modelli di servizi per la salute mentale nelle scuole.

Ricerca sulle politiche e sui servizi

- Risultati e convenienza economica dei diversi interventi di assistenza su base comunitaria, come strutture per lungodegenti, programmi diurni e servizi ambulatoriali.
- Formazione del personale che eroga servizi di salute mentale all'infanzia e all'adolescenza, con modelli di aggiornamento degli attuali sistemi di formazione generica perché divengano più specifici per i servizi ai minori.
- Il modo di intervenire dei medici di famiglia può contribuire a migliorare la salute mentale di bambini e adolescenti.
- Vantaggi e svantaggi delle diverse modalità di collaborazione fra i vari settori.
- Ottimizzare l'inserimento dei servizi di salute mentale a favore dell'infanzia e dell'adolescenza nei servizi di salute mentale generici e nei servizi della pediatria.

I seguenti ambiti di ricerca sono prioritari: ricerca epidemiologica; ricerca su trattamento, prevenzione e promozione dei risultati; ricerca su politiche e servizi; ricerca economica e ricerca nei paesi in via di sviluppo; raffronti fra diverse culture

(continua)

Ricerca economica

- Impatto economico degli interventi a favore della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, sia a breve che a lungo termine, con riferimento ai costi di competenza del servizio sanitario e a quelli di altri servizi.
- Analisi costi-benefici dei vari interventi, ad esempio quando vengono integrati o meno nei servizi rivolti agli adulti, o quando si svolgono nelle scuole invece che negli ospedali.

Raffronti fra le diverse culture

- Influenza culturale sulla psicopatologia.
- Impatto dei fattori culturali sull'affidabilità e validità degli strumenti di ricerca.
- Elaborazione di metodologie adeguate per studiare la salute mentale nelle diverse culture.

Fonte: adattamento da WHO, 2001.

Box 11. Azioni per migliorare qualità e quantità della ricerca sui servizi di salute mentale per i minori

- Realizzare un sito *web* in cui venga inserita la letteratura sulla ricerca sulla salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza nei paesi in via di sviluppo.
- Creare una rete di enti coinvolti nella ricerca sulla salute mentale dei minori, utile risorsa a cui possano attingere i centri di ricerca e formazione.
- Predisporre un inventario delle potenziali fonti di finanziamento della ricerca.
- Aggiornare i *curriculum* professionali di:
 - psicologi e psichiatri specializzati per il lavoro con i minori
 - operatori del settore infantile
 - infermieri pediatrici
 - pediatri
 - medici del settore pubblico
- Offrire ai medici occasioni di formazione per la ricerca sulla salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, da svolgere nel paese o all'estero, ad esempio:
 - formazione a distanza
 - dottorati e borse di studio
 - corsi di laurea
 - *mentoring*
 - lauree brevi
- Organizzare scambi fra i ricercatori e i centri più prestigiosi di ricerca fra i paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo (con la collaborazione di alcuni centri OMS).
- Dedicare parte dei finanziamenti della ricerca a studi specifici sull'infanzia e l'adolescenza.

Fonte: adattamento da Patel, 2002.

2.7. Azione 7.

Individuazione dei principali ruoli e delle responsabilità dei diversi soggetti e settori interessati

È essenziale che tutti i soggetti e i settori interessati comprendano appieno le proprie responsabilità. Le parti menzionate in precedenza hanno un ruolo importante nell'attuazione del piano d'azione a favore della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Ad esempio, al Ministero della sanità spetta principalmente lo sviluppo dei servizi di trattamento; al Ministero dell'istruzione compete principalmente lo studio di programmi per la salute mentale nelle scuole; gli istituti universitari possono contribuire all'elaborazione dei programmi di formazione, mentre gli operatori del settore sanitario possono partecipare alla definizione delle responsabilità della medicina di base a favore della salute mentale dei minori. Sarebbe comunque auspicabile che tutte le parti interessate al problema partecipassero alla programmazione e dessero un contributo prezioso, determinato dalla propria esperienza e competenza personale.

È essenziale che tutti i soggetti e i settori interessati comprendano appieno le proprie responsabilità

2.8. Esempi di politiche

Nei Box 12 e 13 sono sintetizzate alcune politiche a favore della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza di due ipotetici paesi, uno con risorse scarse e l'altro con risorse medie. Si tenga presente che gli esempi sono puramente euristici e non devono essere considerati come raccomandazioni; nei capitoli successivi vengono ulteriormente approfonditi.

Box 12. Esempio di una politica a favore della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza in un paese con scarse risorse (popolazione = 10 milioni)*

Analisi della situazione

Dai colloqui con gli operatori del settore sanitario e con i principali esponenti della comunità è emerso che:

- i principali problemi di salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza provengono da disturbi comportamentali destabilizzanti (in particolare disturbo con *deficit* attentivo e iperattività, e disturbo della condotta), dagli effetti dell'esposizione alla violenza e dalla disabilità intellettiva, che determina scarsi progressi nel rendimento scolastico;
- gli unici servizi disponibili hanno sede presso due cliniche universitarie o servizi privati, a cui soltanto il 10% della popolazione riesce ad accedere, a causa di problemi economici e legati ai trasporti;
- il rapporto fra psichiatri, psicologi e infermieri rispetto alla popolazione (100.000 unità) è rispettivamente pari a 0,6, 1 e 10, con il 50% circa del tempo dedicato al servizio presso le cliniche universitarie o presso i servizi privati.

NB I dati provengono dal WHO ATLAS e possono essere visionati alla pagina web http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas

Politiche a favore della salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza

Vision

I servizi di salute mentale rivolti ai minori devono prestare un'opera esauriente, integrata, di promozione a livello della comunità, di prevenzione e trattamento, con particolare attenzione ai disturbi comportamentali destabilizzanti, cercando di ridurre gli effetti della violenza e del ritardo mentale.

Valori → principi

- I gruppi vulnerabili della società devono essere tutelati e sostenuti → creazione di servizi specifici per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza.
- La salute mentale è imprescindibile da quella fisica → i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza devono essere integrati nei servizi sanitari generali.
- Bambini e adolescenti con problemi di salute mentale devono ricevere le stesse cure offerte al resto della popolazione.

Obiettivi

- Ridurre la prevalenza dei diffusi problemi legati alla salute mentale nei minori (in particolare disturbi comportamentali ed effetti dell'esposizione alla violenza e alla disabilità intellettiva); ridurre il livello di sofferenza, malattia e disabilità che si associa a questi problemi.
- Ridurre l'esposizione di bambini e adolescenti alla violenza; sostenere i progressi scolastici dei minori che soffrono di disturbi mentali a seguito di violenze subite.
- Garantire equamente a tutti i bambini e adolescenti l'accesso ai servizi per la salute mentale.

(continua)

Ambito di azione

- Collaborazione fra i vari settori: favorire la comunicazione fra i sistemi responsabili della sanità e dell'istruzione per individuare precocemente i casi e mettere in atto interventi appropriati nelle scuole.
- Legislazione e diritti umani: stabilire contatti con il sistema giudiziario per raccogliere testimonianze di bambini e adolescenti, comprovanti la violenza su di loro, ma senza la presenza dei presunti colpevoli.
- Ricerca e valutazione: valutare un modello esistente di buone prassi per programmi di intervento nelle scuole finalizzati a ridurre i disturbi comportamentali e promuovere il rendimento scolastico.
- Organizzazione dei servizi: formazione e consulenza specialistica agli operatori sanitari della medicina di base.

** Si tratta di un esempio euristico e non di una raccomandazione.*

Box 13. Esempio di una politica a favore della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza in un paese con medie risorse (popolazione = 10 milioni)*

Analisi della situazione

Dai colloqui con gli operatori del settore sanitario e con i principali esponenti della comunità è emerso che:

- i principali problemi non risolti legati alla salute mentale di bambini e adolescenti derivano da comportamenti a rischio nell'adolescenza, ad esempio pratica di sesso non protetto (e conseguente forte prevalenza di infezione da HIV e di altre malattie a trasmissione sessuale), uso di alcolici, tabacco e altre droghe, violenza interpersonale;
- a questo corrispondono pochi comportamenti di promozione della salute (sana alimentazione, esercizio fisico);
- nelle città i servizi di salute mentale sono relativamente accessibili tramite un esteso sistema della medicina di base, sostenuto da consulenti e servizi ospedalieri;
- nelle zone rurali i servizi a favore della salute mentale dei minori sono poco numerosi;
- vi è scarsa interazione fra i sistemi responsabili della salute e dell'istruzione;
- il rapporto fra psichiatri, psicologi e infermieri rispetto alla popolazione (100.000 unità) è rispettivamente pari a 10, 16 e 100. La maggior parte del personale sanitario presta servizio in ambito pubblico.

NB I dati provengono dal WHO ATLAS e possono essere visionati alla pagina web http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas

(continua)

Politiche a favore della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza

Vision

I servizi di salute mentale rivolti all'infanzia e all'adolescenza devono essere a disposizione di tutta la popolazione; devono lavorare in stretta collaborazione con gli altri settori per ridurre l'impatto dei fattori di rischio e promuovere i fattori protettivi.

Valori → principi

- Responsabilità nella prevenzione del disagio psicologico, emotivo e sociale → il sistema sanitario deve orientarsi a ridurre i fattori di rischio e favorire quelli protettivi.
- Promozione di un sano sviluppo → gli interventi devono essere mirati alla promozione di uno sviluppo sano di tutti i minori.
- Nel rispetto dell'autonomia di bambini e adolescenti, questi soggetti devono essere coinvolti nelle decisioni riguardanti l'elaborazione e l'attuazione dei servizi e dei programmi.

Obiettivi

- Organizzare servizi di salute mentale globali, adatti alle diverse fasce d'età e inseriti nella comunità.
- Migliorare i risultati scolastici fra gli adolescenti riducendo la prevalenza di comportamenti a rischio e favorendo quelli di promozione della salute.
- Garantire l'accesso agli interventi di prevenzione e promozione a bambini e adolescenti che vivono nelle zone rurali.

Ambito di azione

- Sistemi di informazione: creare un sistema informatico per monitorare i comportamenti a rischio e quelli protettivi fra gli studenti.
- Organizzazione dei servizi: elaborare e attuare un intervento di promozione della salute mentale nella scuola.
- Ricerca e valutazione: valutare i risultati degli interventi che mirano a ridurre i comportamenti a rischio e a promuovere quelli sani.
- Risorse umane e formazione: aggiornamento dei responsabili dei servizi di salute mentale per i minori e degli insegnanti, perché elaborino interventi di promozione della salute nelle scuole.

** Si tratta di un esempio euristico e non di una raccomandazione.*

Punti chiave

- Per formulare le politiche a favore della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza è necessario partire dalla raccolta di informazioni e di dati.
- Per individuare strategie efficaci è necessario basarsi sulle evidenze.
- In ogni fase del ciclo di pianificazione delle politiche è essenziale poter contare su consenso e negoziazioni.
- Una politica a favore della salute mentale dei minori non può prescindere da *vision*, valori, principi e obiettivi.
- Per realizzare gli obiettivi individuati dalle politiche è necessario il coinvolgimento di vari settori.

3. Elaborazione di un piano d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza

Una volta completata la formulazione delle politiche sulla salute mentale, il passo successivo consiste nel predisporre un piano d'azione per raggiungere gli obiettivi. Un piano d'azione è uno schema dettagliato in cui vengono descritte le azioni strategiche da mettere in atto a favore della promozione della salute mentale, della prevenzione dei disturbi mentali, del loro trattamento e della riabilitazione di chi ne soffre.

È auspicabile che prima di predisporre il piano d'azione, le politiche siano state approvate a tutti i livelli necessari, perché sia più facile la collaborazione attiva di tutte le parti interessate.

L'elaborazione di un piano d'azione si basa sul processo già illustrato per la formulazione delle politiche (vedi *Capitolo 2*). Gli aspetti essenziali restano la raccolta di informazioni sui bisogni della popolazione, l'acquisizione di evidenze e la ricerca del consenso.

3.1. Azione 1.

Definizione di strategie e tempi

Le strategie rappresentano le linee d'azione che si ritiene abbiano maggiore probabilità di successo nell'attuazione delle politiche in una particolare popolazione. Vengono chiamate anche "piani strategici".

Nell'individuare le priorità di determinate strategie, è utile in genere partire da un'analisi SWOT per individuare punti di forza (*strengths*), punti deboli (*weaknesses*), opportunità (*opportunities*) e pericoli (*threats*) della situazione attuale. In Tabella 5 sono riportati alcuni esempi per ciascuno dei punti di un'analisi SWOT.

È auspicabile che le politiche siano state approvate a tutti i livelli necessari, prima di predisporre il piano d'azione

Le strategie rappresentano le linee d'azione che si ritiene abbiano maggiore probabilità di successo nell'attuazione delle politiche in una determinata popolazione

Tabella 5. Esempi di punti di forza, punti deboli, opportunità e pericoli secondo l'analisi SWOT

Punti di forza	Punti deboli
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilità per le problematiche relative alla salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. • Consenso delle associazioni di famiglie e consumatori, delle scuole e dei gruppi di difesa dei diritti • Leggi a favore • Risorse umane molto motivate • Marcata collaborazione fra i vari settori • Progetti pilota andati a buon fine 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi di informazione inadeguati. • Operatori della salute mentale poco preparati per il lavoro con i minori. • Scarsa sensibilità verso i problemi legati alla salute mentale di infanzia e adolescenza (ad esempio depressione) in confronto ad altri aspetti della salute (mortalità infantile). • Scarso coordinamento fra i vari settori sanitari. • Scarsa collaborazione fra i vari settori. • Scarsa qualità dei processi di miglioramento. • Insufficiente stanziamento di risorse per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza.
Opportunità	Pericoli
<ul style="list-style-type: none"> • Poter disporre del presente modulo. • Elezione di politici che si interessano al benessere mentale di bambini e adolescenti. • Iniziative internazionali importanti per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza (piano d'azione globale per la salute mentale, giornata mondiale senza tabacco dell'OMS, ecc.). • Sensibilizzare il pubblico riguardo al pericolo intrinseco ad alcuni problemi, come l'uso di sostanze fra gli adolescenti. • Eventi recenti che evidenziano particolari settori di disagio (suicidio fra gli adolescenti, abuso sui bambini, ecc.) • Sottoscrizione di accordi che riconoscono come prioritaria la salute dei minori (Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia). 	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsi fondi. • Determinati pregiudizi culturali. • Carenza di personale. • Maggiore attenzione del pubblico alle tematiche non pertinenti alla salute mentale, o soltanto a quella degli adulti. • Ignoranza del pubblico circa i bisogni dei minori. • Stigmatizzazione delle problematiche legate alla salute mentale fra i bambini e gli adolescenti. • Crisi politiche, come guerre civili.

Nell'individuare le priorità di determinate strategie, è utile partire da un'analisi SWOT

Partendo dall'analisi SWOT, è opportuno considerare le seguenti azioni per individuare le priorità di una serie di strategie.

Per prima cosa, si dovrà creare un elenco esauriente di proposte, potenzialmente utili a ciascuno degli ambiti d'azione sviluppati durante la fase di formulazione delle politiche. A questo livello, è opportuno inserirne il più possibile, considerando tutte le proposte, anche se a prima vista non sembrano fattibili o necessarie. Nell'elenco si dovrà indicare quali le parti o i settori responsabili di ciascuna strategia.

Successivamente, si svolgeranno *brainstorming* con i principali soggetti coinvolti per sviluppare strategie attuative per ciascuna delle proposte individuate. Quando si lavora alla formulazione di un piano d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, le sessioni di *brainstorming* dovranno includere i soggetti responsabili dei servizi per i minori, gli educatori, gli utenti dei servizi (ad esempio, giovani e loro familiari), i rappresentanti delle associazioni di difesa dei diritti. Fra queste rientrano ad esempio i gruppi che si occupano dei giovani in generale, o in particolare di ragazzi con specifici problemi mentali. In questa fase, l'analisi SWOT risulta particolarmente utile.

In terzo luogo, è necessario ridimensionare il numero delle strategie individuate nella seconda fase, selezionandone due o tre per ciascun ambito d'azione. È essenziale il coinvolgimento di tutte le principali parti in causa.

Per ciascuna strategia è opportuno stabilire un calendario, fondamentale per consentire l'elaborazione puntuale e attendibile delle linee guida per il *budget*, per creare consenso su aspettative realistiche e per formulare criteri di valutazione appropriati. Alcune strategie saranno applicabili permanentemente, a tempo indeterminato, altre invece potranno essere operative per un periodo limitato.

Una volta individuate le strategie e il tempo da dedicare a ciascuna, è necessario definirne i particolari di attuazione, stabilendo indicatori e *target* e determinando le principali attività, con i relativi costi, le risorse disponibili e il *budget*. Questi aspetti sono approfonditi nei tre paragrafi successivi. Sebbene vengano presentati in maniera lineare, è importante rilevare che si tratta di un processo ripetitivo e circolare. Infatti le attività influenzano i *target* e gli indicatori, che a loro volta dipendono dalle risorse disponibili.

Nei Box 14 e 15 vengono presentati alcuni esempi di strategie. Si tratta, in realtà, di un completamento dei Box 12 e 13, in cui sono state presentate politiche rivolte ai paesi con risorse rispettivamente di scarso e medio livello.

Per prima cosa, si deve creare un elenco di proposte potenzialmente utili a ciascuno degli ambiti d'azione

Il brainstorming con i principali soggetti coinvolti è utile per sviluppare strategie attuative per ogni proposta individuata

È necessario selezionare due o tre strategie per ciascun ambito d'azione

Per ogni strategia è opportuno stabilire un calendario

Per ogni strategia è necessario definirne i dettagli per l'attuazione

Box 14. Esempio di strategie e attività per un piano d'azione rivolto alla salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza per i paesi con scarse risorse (*continua da Box 12*) *

Ambito di azione

Collaborazione fra i vari settori

Strategie

- Organizzazione di regolari incontri fra i principali responsabili dei sistemi della sanità e dell'istruzione.
- Organizzazione di seminari rivolti agli educatori al fine di promuovere: (i) il precoce riconoscimento negli adolescenti di disturbi comportamentali, handicap mentali e altri disturbi mentali; (ii) attuazione di interventi scolastici adeguati rivolti a questi studenti.
- Successivamente ai seminari, promuovere la consultazione con gli educatori.

Target

In ogni istituto scolastico, almeno un educatore deve essere stato presente a un seminario.

Indicatore

Percentuale di scuole in cui almeno un educatore ha partecipato a un seminario.

Attività

- Contatti con tutte le scuole per verificarne la disponibilità a collaborare.
- Individuare un responsabile retribuito che organizzi gli aspetti logistici (contatti con le scuole, sede, trasporti, pasti) e stipuli un contratto con il subappaltatore.
- Sviluppare i contenuti dei seminari.
- Preparare le copie necessarie del materiale didattico (manuali o altro).
- Individuare i relatori dei seminari.
- Formazione dei relatori.
- Realizzazione dei seminari.
- Individuare un consulente per la scuola.
- Monitorare la realizzazione dei seminari.
- Prendere in considerazione un piano d'azione per ripetere i seminari o proporre ulteriori approfondimenti.

(continua)

Ambito di azione

Legislazione e diritti umani

Strategie

- Organizzare una campagna sui mezzi di comunicazione sulla necessità di bloccare la violenza.
- Avviare un progetto pilota per raccogliere testimonianze di violenza su bambini e adolescenti, senza la presenza dei presunti responsabili.

Target

Avviare un progetto pilota presso i tribunali, a tutti e tre i livelli di giudizio.

Indicatore

Numero di progetti pilota realizzati ai diversi livelli del sistema giudiziario.

Attività

- Raccogliere informazioni dagli altri paesi circa l'attività dei tribunali.
- Fare pressione sui dipartimenti di giustizia perché vengano avviati i progetti pilota.
- Ottenere i fondi per gli strumenti necessari, ad esempio per la registrazione digitale.
- Individuare alcuni tribunali in cui il progetto pilota può essere avviato.
- Discutere con i giudici dei tribunali per ottenere il consenso a collaborare alla presentazione di testimoni nascosti e concordare la data di inizio.
- Individuare un luogo fisico presso ogni tribunale in cui raccogliere le testimonianze.
- Preparare i giudici che si occuperanno del progetto pilota.
- Monitorare la realizzazione del progetto.
- Feedback dalle principali parti interessate sul funzionamento del sistema.

(continua)

Ambito di azione

Ricerca e valutazione

Strategie

- Documentare la percentuale di adolescenti con disturbi mentali per i quali si richiedono interventi, prima dei seminari (citati sopra) e successivamente.
- Condurre uno studio di esito sull'efficacia degli interventi da parte dei servizi di base.

Target

Realizzazione dello studio.

Indicatore

Fase del progetto portato a termine:

- protocollo
- ricerca sul campo
- analisi
- relazione

Attività (presupponendo che l'intervento sia stato realizzato)

- Raccogliere un gruppo di studiosi e di responsabili dei servizi per la supervisione della ricerca.
- Ottenere fondi.
- Reperire un responsabile del progetto, retribuito.
- Predisporre un protocollo.
- Redigere una relazione dettagliata sui compiti dei ricercatori.
- Reperire e preparare ricercatori retribuiti.
- Controllare la ricerca in corso d'opera.
- Acquisire e inserire i dati.
- Condurre un'analisi statistica.
- Redigere una relazione.

(continua)

Ambito di azione

Organizzazione dei servizi

Strategie

- Studiare e mettere in atto un programma di formazione in servizio per gli infermieri che operano nelle strutture di assistenza sanitaria di base.
- Garantire che gli specialisti individuati siano disponibili a seguire i casi inviati dagli infermieri e dagli altri operatori del servizio sanitario di base; assicurarsi che il collegamento funzioni.
- Introdurre un sistema in cui psichiatri e psicologi della clinica universitaria si prestino a un volontariato di mezza giornata la settimana per consulenza al personale delle strutture di base.

Target

Collaborazione dell'80% degli psichiatri e degli psicologi nella mezza giornata di volontariato settimanale.

Indicatore

Percentuale di psichiatri e psicologi che svolgono mezza giornata di volontariato settimanale.

Attività

- Ottenere il supporto necessario e il consenso dagli organi universitari preposti.
- Realizzare un seminario rivolto a psichiatri e psicologi che lavorano in ambito universitario per: (i) informarli sulla situazione dei servizi di base per la salute mentale; (ii) motivarli a svolgere opera di volontariato per servizi di consulenza e collegamento, mezza giornata la settimana; (iii) studiare il modo più opportuno per organizzare questi servizi.
- Organizzare gli aspetti logistici e pratici del nuovo servizio.
- Informare il personale dei servizi di base dell'esistenza del nuovo servizio e assicurarsene il supporto.
- Elaborare un sistema di invio dei pazienti agli specialisti.
- Controllare il funzionamento del nuovo servizio.
- Avvicinare gli psichiatri e gli psicologi che non si sono resi disponibili per il nuovo servizio, cercando di motivarli e coinvolgerli.

** Si tratta di un esempio euristico e non di una raccomandazione. Target, indicatori e attività sono riportati soltanto per l'ultima strategia di ciascun ambito di azione.*

Box 15. Esempi di strategie e attività per un piano d'azione rivolto alla salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza per i paesi con medie risorse (*continua riquadro 13*) *

Ambito di azione

Sistemi di informazione

Strategie

- Studiare la realizzazione di un sistema di registrazione della percentuale di infezioni a trasmissione sessuale (fra cui l'HIV) fra gli adolescenti.
- Garantire che i dati sulla mortalità degli adolescenti siano disponibili e accessibili negli ambiti di competenza, ad esempio nei settori che si occupano di suicidi e omicidi.
- Condurre regolari indagini su campioni rappresentativi di studenti per documentare la prevalenza dei comportamenti che mettono a rischio la salute o che, al contrario, la tutelano.
- Creare una banca dati in cui vengono riportati i risultati conseguiti a scuola, ad esempio gli esiti degli esami e le percentuali di abbandono scolastico.

Target

Creare una banca dati in tutti i 24 distretti scolastici.

Indicatore

Numero (percentuale) di distretti scolastici in cui è stata creata la banca dati.

Attività

- Assicurarsi la collaborazione dei dirigenti di tutti i distretti scolastici.
- Individuare una persona presso ciascun distretto scolastico che si assuma la responsabilità di creare e gestire la banca dati.
- Costituire un gruppo di lavoro che definisca il tipo di dati da inserire.
- Elaborare un sistema di raccolta dei dati in ogni scuola.
- Creare un processo attraverso cui i dati delle singole scuole e dei distretti siano unificati.
- Istituire un sistema di controllo della qualità dei dati.

(continua)

Ambito di azione

Organizzazione di servizi

Strategie

- Formare un gruppo di lavoro con rappresentanti dei vari settori che definiscano programmi di promozione della salute da realizzare nelle scuole.
- Elaborare e attuare un progetto pilota in un piccolo campione di scuole.
- Far conoscere il programma (con i risultati del progetto pilota) a tutte le scuole del paese.
- Attingere ai fondi dal settore sanitario, dell'istruzione e dall'esterno.

Target

Raccogliere 2 milioni di unità monetarie.

Indicatore

Quantità di fondi raccolti.

Attività

- Raccogliere evidenze sulla convenienza economica dei programmi di promozione della salute realizzati nelle scuole.
- Fare pressione sul settore sanitario e su quello scolastico per ottenere (più) fondi da aggiungere al *budget* esistente.
- Cercare di convincere i politici di quanto sia economicamente conveniente e vantaggioso realizzare interventi di promozione sanitaria nelle scuole.
- Redigere un elenco di potenziali fonti di finanziamento.
- Preparare le richieste di sostegno economico alle potenziali fonti di finanziamento.
- Istituire adeguati meccanismi economici che consentano di ricevere e utilizzare i fondi.

(continua)

Ambito di azione

Ricerca e valutazione

Strategie

- Organizzazione di *focus group* con gli studenti delle scuole per valutare aspetti culturali specifici di comportamenti a rischio e protettivi fra gli adolescenti.
- Valutazione del progetto pilota, con *input*, processi e risultati.
- Valutazione dell'intervento e dei tre aspetti sopra menzionati.
- Valutazione della portata della divulgazione.

Target

Portare a termine la valutazione della divulgazione.

Indicatore

Fase della ricerca (vedi *Box 14*).

Attività

- Riunire un gruppo di studiosi e responsabili dei servizi per la supervisione della ricerca.
- Ottenere i fondi.
- Reperire un responsabile di progetto retribuito.
- Stendere un protocollo.
- Redigere una relazione dettagliata sui compiti dei ricercatori.
- Reperire e preparare ricercatori retribuiti.
- Controllare la ricerca in corso d'opera.
- Acquisire e inserire i dati.
- Condurre un'analisi statistica.
- Redigere una relazione.

(continua)

Ambito di azione

Risorse umane e formazione

Strategie

- Organizzare seminari rivolti agli educatori sulle eziologie dei comportamenti a rischio e sugli aspetti principali della promozione della salute nelle scuole.
- Offrire il supporto dall'interno del settore sanitario agli educatori impegnati nella realizzazione di programmi di promozione della salute nelle scuole.

Target

Supporto agli educatori (complessivamente una cinquantina) impegnati nella realizzazione di programmi di promozione della salute nelle scuole.

Indicatore

Numero (percentuale) di educatori impegnati nella realizzazione di programmi di promozione nelle scuole supportati dal settore sanitario.

Attività

- Individuare un gruppo di operatori sanitari motivati alla collaborazione con gli educatori.
- Offrire agli operatori sanitari la preparazione adeguata per svolgere questo ruolo.
- Offrire agli educatori le informazioni necessarie sul ruolo degli operatori sanitari e spiegare in che modo possono assisterli nel loro lavoro.
- Realizzare un sistema di collegamento fra gli educatori e gli operatori sanitari.
- Controllare il funzionamento del nuovo sistema.

** Si tratta di un esempio euristico e non di una raccomandazione. Target, indicatori e attività sono riportati soltanto per l'ultima strategia di ciascun ambito di azione.*

3.2. Azione 2.

Individuazione di indicatori e *target*

Ogni strategia deve essere accompagnata da uno o più *target* che rappresentano il risultato auspicato. L'esempio riportato nel Box 17 indica che, nell'area della collaborazione fra i vari settori, la strategia proposta era sostenere dall'interno del sistema sanitario gli educatori impegnati nella realizzazione di programmi di promozione della salute nelle scuole. Uno degli obiettivi di questa strategia potrebbe essere il supporto al 50% degli educatori di una determinata area geografica da parte di un operatore sanitario, appositamente formato per realizzare un programma di promozione della salute mentale nelle scuole.

Un *target* di questo tipo non può essere definito isolatamente dalle strategie negli altri ambiti di azione necessari a realizzarlo. Gli obiettivi delle diverse strategie, talvolta, devono essere allineati per garantire che possano essere tutti raggiunti.

Grazie agli indicatori è possibile valutare in quale misura l'obiettivo sia stato raggiunto. Questo è utile per chiarire se la realizzazione pratica della strategia è andata a buon fine.

Nell'esempio sopra riportato sui seminari rivolti agli educatori, un indicatore adatto potrebbe essere la percentuale di scuole in cui almeno un educatore ha frequentato un seminario. L'indicatore deve essere in una forma direttamente confrontabile con il *target*. I *target* e gli indicatori ideali sono:

- quantitativi (ossia misurabili);
- facilmente misurabili senza costi eccessivi;
- strettamente correlati alla strategia (devono quindi riflettere le immediate conseguenze della strategia, contrariamente a quelle conseguenze che dipendono da altri risultati intermedi).

3.3. Azione 3.

Definizione delle attività principali

Il passo successivo consiste nella definizione delle attività effettivamente necessarie a ogni strategia. Ciò è essenziale per due motivi: innanzitutto, per essere sicuri che non vengano omesse azioni importanti e che ciascuna attività volta a realizzare l'obiettivo venga attentamente ponderata; in secondo luogo, questo consente di individuare i successi. Se le strategie sono difficili e prevedono tempi molto lunghi, potrebbe prevalere lo scoraggiamento, a meno che non siano previsti obiettivi intermedi. Al completamento di un'attività, le persone ritrovano le motivazioni per iniziare le attività successive, necessarie alla riuscita della strategia.

Prima di ogni attività è opportuno porsi quattro interrogativi.

Ogni strategia deve essere accompagnata da uno o più target che rappresentano il risultato auspicato

Gli indicatori permettono di valutare in quale misura l'obiettivo sia stato raggiunto

Al completamento di un'attività le persone ritrovano le motivazioni per iniziare le attività successive, necessarie alla riuscita della strategia

Chi è responsabile?

È essenziale individuare chi meglio può incaricarsi della realizzazione delle attività con la massima efficacia e validità e il minore dispendio possibile.

Quanto tempo ci vuole?

I responsabili della pianificazione devono definire in anticipo i tempi, precisando le date di realizzazione di ogni attività. Nella definizione di un piano d'azione su base mensile o con altra scadenza, è possibile:

- determinare quali attività devono susseguirsi e quali possono avvenire simultaneamente;
- valutare se il piano d'azione è realistico e fattibile;
- garantire che le attività vengano distribuite nel corso dell'anno, per evitare momenti di lavoro troppo intenso alternati ad altri di relativa inattività;
- favorire regolari revisioni in corso d'opera durante ciascuna attività.

Nell'infanzia e nell'adolescenza lo sviluppo avviene in modo rapido, quindi per alcune attività i tempi (in termini di valutazione dell'efficacia) possono essere più brevi rispetto a quelli necessari per gli interventi rivolti agli adulti. I risultati positivi o negativi saranno evidenti abbastanza velocemente. Ad esempio, molte abilità scolastiche si acquisiscono con tempi precisi e relativamente brevi. Di conseguenza, gli effetti di un trattamento mirato a risolvere un problema di salute mentale che interferisce con l'acquisizione di tali abilità sono in genere evidenti abbastanza precocemente (ad esempio nel caso della sindrome ADHD).

Quali sono i risultati?

I risultati di un'attività corrispondono ai *target* di una strategia, coincidono cioè con i risultati auspicati. Se tutti i risultati vengono raggiunti, automaticamente dovrebbero essere stati realizzati anche tutti gli obiettivi strategici. Se non è così, il piano d'azione è stato formulato in modo sbagliato.

Quali sono i potenziali ostacoli o ritardi che potrebbero impedire la realizzazione delle singole attività?

È importante anticipare gli ostacoli e i ritardi, anche perché questo chiarisce i motivi per cui sono stati stabiliti determinati tempi per il completamento di un'attività.

Quanto sopra può essere schematizzato come riportato nei Box 16 e 17, che si riferiscono ai paesi con risorse medio-basse già citati nei precedenti Box.

Box 16. Esempi di attività dettagliate per particolari strategie (paesi con scarse risorse, *vedi Box 14*)

Ambito di azione. Risorse umane e formazione

Strategia 2

Organizzazione di seminari rivolti agli educatori, al fine di promuovere: (i) precoce riconoscimento di disturbi comportamentali, handicap mentali e altri disturbi mentali destabilizzanti negli adolescenti; (ii) realizzazione di interventi nelle scuole rivolti a questi studenti.

Target

Organizzazione di 10 seminari rivolti agli educatori di 50 scuole.

Indicatore

Percentuale di scuole in cui almeno un educatore ha partecipato a un seminario.

Attività	Mesi di realizzazione dell'attività												Responsabile	Risultati	Potenziali ostacoli
	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D			
Stabilire contatti con tutte le scuole per verificarne la disponibilità a collaborare													Rappresentante della scuola (nome)	Contatti con le scuole. Proposta di collaborazione accettata	Difficoltà nel mettersi in contatto con le scuole Le scuole non aderiscono al progetto
Individuare un responsabile retribuito che organizzi gli aspetti logistici e stipuli i contratti													Responsabile del progetto	Individuazione del responsabile retribuito.- Firma del contratto	Nessuna persona è disponibile Nessun contratto con persone di riferimento
Sviluppare i contenuti dei seminari (compreso il materiale didattico)													Rappresentante della scuola (nome)	Contenuti dei seminari e reperimento del materiale	Il rappresentante della scuola non riesce a finire in tempo
Preparare le copie necessarie del materiale didattico													Responsabile del progetto	Copie del materiale didattico	Risorse insufficienti Gli originali non sono pronti in tempo
Individuare i relatori dei seminari													Responsabile del progetto	Relatori adatti e in numero sufficiente	Non si riescono a reperire relatori competenti e/o in numero sufficiente
Formare i relatori													Responsabile del progetto e rappresentante della scuola	Tutti i relatori in grado di raggiungere i risultati auspicati	I relatori non seguono la preparazione. Preparazione dei relatori non viene conclusa in tempo
Realizzare i seminari													Relatori, retribuiti	Svolgimento dei seminari	Luogo non adatto. Scarsa presenza di educatori
Monitorare la realizzazione dei seminari													Responsabile del progetto e assistente alla ricerca	Raccolta di dati sui seminari e sulla partecipazione	Difficoltà nel contattare i relatori

Box 17. Esempi di attività dettagliate per particolari strategie (paesi con medie risorse, *vedi Box 15*)

Ambito di azione. Collaborazione fra i vari settori

Strategia 4

Offrire il supporto dall'interno del settore sanitario agli educatori impegnati nella realizzazione di programmi di promozione della salute nelle scuole.

Target

Supporto agli educatori impegnati nella realizzazione di programmi di promozione della salute in 50 scuole.

Indicatore

Percentuale di scuole in cui almeno un educatore è impegnato in programmi di promozione della salute mentale, da realizzare con il supporto del settore sanitario.

Attività	Mesi di realizzazione dell'attività												Responsabile	Risultati	Potenziali ostacoli	
	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D				
Individuare un gruppo di operatori sanitari motivati alla collaborazione con gli educatori														Responsabile del settore sanitario (nome)	Individuazione di un gruppo di operatori sanitari	Operatori sanitari non sono motivati al progetto
Offrire al personale sanitario la preparazione adeguata per svolgere questo ruolo														Responsabile del settore sanitario (nome)	Formazione del gruppo individuato	Impossibilità di trovare una data e un luogo che vada bene a tutto il gruppo del settore sanitario
Offrire agli educatori le informazioni necessarie sul nuovo progetto														Rappresentante della scuola (nome)	Gli educatori hanno conoscenze tali da riuscire a usufruire in modo proficuo del nuovo servizio	Educatori accettano malvolentieri l'aiuto del personale sanitario
Realizzare un sistema di collegamento fra gli educatori e gli operatori sanitari														Responsabile del settore sanitario e rappresentante della scuola	Elaborazione di alcuni processi, progetti pilota testati	Impossibilità di elaborare un sistema valido ed efficace per problemi logistici
Controllare il funzionamento del nuovo sistema														Assistente alla ricerca	Raccolta di dati sulle modalità di funzionamento del nuovo sistema	Impossibilità di individuare un assistente adatto alla ricerca

3.4. Azione 4.

Definizione di costi, risorse disponibili e budget

È importante definire i costi per ogni anno e per la durata complessiva del periodo di realizzazione della strategia. Le principali risorse a cui attingere per mettere in atto le strategie per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza sono tre (come negli altri ambiti sanitari).

Le risorse umane sono generalmente l'elemento più costoso del sistema sanitario e rappresentano una voce di spesa ricorrente per tutta la durata di un piano d'azione. Anche per l'istruzione e la formazione del personale è necessario investire del capitale, ad esempio per ampliare le competenze dei professionisti che verranno a contatto con minori con problemi mentali. Molti psicologi, medici generici, infermieri e psichiatri, infatti, non escono dai corsi di formazione con una preparazione sufficiente sulla salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza. È opportuno quindi provvedere con brevi corsi, borse di studio per la ricerca, formazione continua e supervisione (vedi modulo "Risorse umane e formazione nella salute mentale" http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/index.htm).

Il capitale fisico è costituito da fabbricati, attrezzature e veicoli da acquistare, con l'investimento del capitale. Generalmente spese di questo tipo non si sostengono annualmente, ma di frequente si cade nell'errore di non calcolare i costi della manutenzione che evita il rapido deterioramento e la necessità di sostituire spesso questi mezzi.

Fra i beni di consumo rientrano soprattutto i farmaci. In Tabella 6 sono riportate le risorse necessarie per realizzare un programma di trattamento e prevenzione dell'epilessia nelle scuole. L'esempio è utile anche per illustrare come la disponibilità delle risorse varia in base al tempo. Il primo anno può servire a preparare il materiale di formazione di cui usufruirà l'anno successivo il personale che inizierà lo *screening* nella seconda metà del secondo anno o successivamente. Se il materiale per la formazione è già disponibile o il personale già sufficientemente preparato all'inizio del progetto, i tempi si abbreviano.

Le risorse umane sono spesso l'elemento più costoso del sistema sanitario

Un errore comune è quello di non prevedere i costi della manutenzione necessaria per evitare il rapido deterioramento e la necessità di sostituire spesso i mezzi

Tabella 6. Risorse necessarie per un programma di *screening*/trattamento dell'epilessia nelle scuole *

Paesi	Risorse umane	Capitale	Beni di consumo
a basso reddito	Personale della scuola (per lo <i>screening</i>)	Materiale per la formazione dell' <i>équipe</i>	Antibiotici
	Operatori sanitari destinati alle <i>équipe</i> che si recheranno nelle scuole (per il trattamento)	Luogo dello <i>screening</i> (anche ambienti già in uso)	Antiepilettici
	Infermieri o medici (per la consulenza)	Veicoli	Elettrocardiografi
a medio reddito	Operatori sanitari (per lo <i>screening</i>)	Materiale per la formazione dell' <i>équipe</i>	Antimicrobici
	Infermieri destinati alle <i>équipe</i> che si recheranno nelle scuole (per il trattamento)	Luogo per lo <i>screening</i> (anche ambienti già in uso)	Antiepilettici
	Medici (per la consulenza)	Veicoli	Apparecchi TC Elettrocardiografi
ad alto reddito	Infermieri (per lo <i>screening</i> e la richiesta specialistica)	Materiale per la formazione degli infermieri	Antimicrobici
	Medici generici e neurologi (per il trattamento)	Spazi idonei presso strutture sanitarie	Antiepilettici Apparecchi TC Elettrocardiografi Apparecchi RM

* Si tratta di esempi e non di raccomandazioni specifiche.

Per determinare le risorse disponibili è necessario valutare i fondi messi a disposizione da tutte le fonti. Nell'ambito del settore della salute mentale, i finanziamenti possono provenire dallo Stato (attraverso il sistema fiscale), da risorse sociali, donatori, assicurazioni private o altro. Talvolta è possibile accedere a finanziamenti da altri settori, ad esempio dall'istruzione e dal sistema giudiziario.

Il *budget* ha origine dalle risorse disponibili a cui vengono detratti i costi previsti per i servizi, i programmi e i progetti pianificati. Nella maggior parte dei casi, le spese devono essere limitate per conformarsi alle risorse disponibili. Questo può comportare la riduzione del numero delle strategie, l'allungamento dei tempi necessari a portarle a termine, la riduzione del numero o dell'approfondimento delle attività di una o più strategie. È necessario essere estremamente realistici, perché è preferibile promettere meno cose e realizzarne di più, piuttosto che il contrario.

Il *budget* deve essere riesaminato almeno una volta l'anno, ma è consigliabile una maggiore frequenza. Nel corso della realizzazione di una strategia potrebbero rendersi necessarie stime più accurate di spese future sulla base dei costi già sostenuti.

La durata e le risorse devono essere considerate insieme, a sottolinearne la dipendenza reciproca. Ogni strategia deve avere un tempo di realizzazione e risorse disponibili. Alcune strategie si prolungano nel tempo, altre possono essere valide solo per un periodo definito. Un errore frequente è cercare di realizzare troppe cose durante il primo anno di attuazione di una strategia. Questo avviene perché i responsabili della pianificazione tendono a sottostimare il tempo necessario al reclutamento del personale, alla definizione delle procedure, dei meccanismi economici e infrastrutturali e al trasferimento dei fondi dall'ente erogatore a chi ne usufruisce per le attività di realizzazione delle strategie.

Punti chiave

- Un piano d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza è uno schema dettagliato, pre-formulato, in cui vengono descritte le azioni strategiche da realizzare a favore della promozione della salute mentale, della prevenzione e del trattamento dei disturbi mentali.
- Le strategie e i tempi di attuazione devono consentire l'elaborazione di linee guida per il *budget*, rispondere realisticamente alle aspettative e formulare i criteri di valutazione.
- Ogni strategia deve prevedere uno o più *target*.
- È necessario individuare le attività e definire costi, risorse disponibili e *budget*.

4. Attuazione delle politiche e dei piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza

In questo Capitolo vengono presentate le azioni attraverso cui realizzare con successo le politiche e i progetti per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza: divulgazione delle politiche, reperimento del supporto politico e dei fondi, realizzazione di una struttura di sostegno, definizione di progetti pilota in alcune aree, ottimizzazione del coordinamento.

4.1. Azione 1. Diffusione delle politiche

Le politiche formulate devono essere diffuse agli enti nazionali preposti a tutti i livelli, ai distretti sanitari e, capillarmente, a tutte le parti interessate, fino alle singole persone. Si tratta di un processo che deve continuare nel tempo ed essere condiviso. Nel Box 18 sono riportate alcune idee sui modi di divulgazione.

Le politiche formulate devono essere diffuse ai distretti sanitari, ad altre agenzie partner e agli individui in queste agenzie

Box 18. Idee per divulgare le politiche e i piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza

- Organizzare incontri con operatori sanitari, consumatori, famiglie, gruppi di difesa dei diritti e altri soggetti interessati, in cui analizzare le politiche e i piani d'azione.
 - Coinvolgere più settori possibile nel processo di divulgazione.
 - Organizzare un evento pubblico insieme ai mezzi di comunicazione, in cui il Ministero della sanità, o altre personalità di spicco, annunciano ufficialmente il lancio delle nuove politiche, dei piani d'azione e dei programmi.
 - Organizzare seminari nazionali che prevedano la discussione delle politiche e dei piani d'azione.
 - Riprodurre e distribuire cartelloni, volantini e opuscoli di presentazione dei punti principali delle politiche e dei piani d'azione.
 - Stampare opuscoli rivolti alle parti interessate che illustrino le politiche, i piani d'azione e i programmi.
 - Individuare e sostenere gruppi di famiglie, di consumatori e di difesa dei diritti che contribuiscano a diffondere le informazioni sulle politiche e i piani d'azione.
-

Nell'ambito della salute mentale dei minori rientrano anche, fra le parti interessate, i bambini e gli adolescenti stessi, con i loro familiari. La diffusione delle politiche e dei piani d'azione avrà maggiore successo se sarà più capillare possibile, raggiungendo i minori e le famiglie da più ambienti diversi (scuole, strade, zone rurali e posti di lavoro).

Nella diffusione delle politiche è inoltre necessario tenere presente che molti bambini, adolescenti e familiari - a cui queste informazioni sono rivolte - hanno difficoltà a leggere o non sono affatto in grado di farlo, per esempio perché il bambino è troppo piccolo e l'adulto è analfabeta. Le modalità di diffusione devono anche essere culturalmente appropriate. Alcuni esempi di tecniche innovative e accattivanti, adatte ai minori e alle loro famiglie, includono la danza, gli spettacoli di magia (Lustig, 1994), la musica (canzoni rap) (Remafedi, 1988), gli spettacoli di burattini (Skinner *et al.*, 1991), il teatro (Citizens Commission on AIDS for New York City and Northern New Jersey, 1991), racconti di fiabe e filmati.

4.2. Azione 2. Creazione del consenso politico e reperimento di fondi

Nessuna politica o programma, per quanto puntuali e approfonditi, hanno probabilità di successo senza sostegno politico né fondi commisurati agli obiettivi e alle strategie. Il consenso politico deve essere ricercato fin dall'inizio del processo e l'impegno deve continuare a garanzia del fatto che le politiche, una volta formulate, vengano messe in atto. Dato che i giovani dipendono spesso dalla tutela di altri, chi si occupa di salute mentale dei minori deve cercare di garantire la fattibilità politica e finanziaria di un piano, spesso senza l'appoggio degli utenti stessi dei servizi. Ai potenziali sostenitori devono essere presentate accurate previsioni dei costi, per evitare che i programmi non dispongano poi di sovvenzioni sufficienti o che siano previsti risparmi irrealizzabili. Spesso per procedere nella programmazione sono necessari investimenti iniziali, prima ancora di arrivare a ottenere una resa economica.

Chi tutela le politiche sulla salute mentale nell'ambito di un Ministero della sanità deve trovare sostenitori fra le istituzioni locali o centrali, organizzando incontri con i responsabili di altri dipartimenti governativi per dimostrare l'importanza della salute mentale dei minori e ottenere dall'interno il supporto degli enti statali, indispensabile per riuscire a concretizzare le politiche.

Nella diffusione delle politiche si deve tenere presente che molti bambini, adolescenti e famiglie non sono in grado di leggere

Nessuna politica o programma, per quanto puntuali e approfonditi, hanno probabilità di successo senza sostegno politico né fondi commisurati agli obiettivi

In genere, tutti coloro che si interessano al benessere dei giovani possono essere portati ad ampliare questo interesse verso le tematiche della salute mentale. In Tabella 7 sono riportati alcuni potenziali sostenitori, con esempi su come il miglioramento della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza comporti benefici ad altri livelli nel loro raggio d'azione. Ovviamente, chi si occupa di tutela della salute mentale dei minori deve fare pressione sui rappresentanti ufficiali degli organi statali di competenza.

È fondamentale che le persone in grado di creare sostegno per le politiche ai livelli più alti degli organi statali siano coinvolte nell'elaborazione e nell'attuazione delle politiche. Individuare e mantenere contatti continuativi con i sostenitori o i patrocinatori dei maggiori organi di Stato è uno dei fattori critici per iniziare e sostenere una politica. I rappresentanti locali possono diventarne importanti sostenitori e garantire che le strategie vengano effettivamente messe in pratica.

Tutti coloro che si interessano al benessere dei giovani possono essere incoraggiati ad occuparsi anche di salute mentale

Tabella 7. Potenziali sostenitori dei servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza

Potenziali sostenitori	Benefici per il sostenitore
Associazioni locali come scout, gruppi musicali, organizzazioni che operano per la prevenzione dell'AIDS	Maggior numero di aderenti Risultati migliori Meno problemi comportamentali
Rappresentanti del sistema giudiziario	Meno atti criminali Meno cause Meno sentenze e pene più lievi
Strutture dell'assistenza sanitaria di base	Miglioramento della salute fisica Maggiore aderenza alle terapie
Associazioni di proprietari e inquilini	Rapporti di buon vicinato Meno criminalità
Organizzazioni religiose	Maggiore partecipazione e frequenza al culto
Rappresentanti delle scuole	Migliori risultati Meno studenti che saltano giorni di scuola o si ritirano Meno problemi comportamentali

4.3. Azione 3.

Creazione di una struttura di sostegno

La formulazione di politiche e piani d'azione per la salute mentale dei minori necessita del contributo di professionalità diverse, come specialisti della salute psichica e fisica di bambini e adolescenti, esperti di salute pubblica, economisti, *manager*, epidemiologi e ricercatori. Come ricordato sopra, potrebbe essere opportuno che chi ha esperienza o formazione nel lavoro con gli adulti completi la propria preparazione con aggiornamenti più mirati all'ambito dell'infanzia e dell'adolescenza.

Nel processo di attuazione delle politiche è necessario coinvolgere il sistema sanitario a tutti i livelli (geografico e amministrativo). A livello nazionale, ad esempio, è possibile incaricare un gruppo multidisciplinare di esperti, in numero variabile, scelti in base ai bisogni di una determinata realtà. A livello locale, il mandato potrebbe essere invece affidato a un operatore dei servizi di salute mentale.

L'attuazione di politiche e piani d'azione per la salute mentale nei minori necessita del contributo di professionalità diverse

4.4. Azione 4.

Definizione di progetti pilota in alcune aree

In alcune aree, dove le politiche e i piani d'azione possono essere attuati in modo relativamente rapido, i progetti pilota sono utili a vari livelli: possono essere valutati con maggiore efficacia e completezza; possono offrire una base empirica all'iniziativa, grazie alla dimostrazione sia della fattibilità che dell'efficacia a breve e a lungo termine; possono contribuire a individuare dei sostenitori fra coloro che hanno partecipato al progetto pilota; possono favorire il coinvolgimento di colleghi del settore sanitario o di altri settori, dimostrando come si formulano e si realizzano politiche, piani d'azione, programmi.

È necessario porre particolare attenzione a realizzare progetti pilota con finanziamenti a breve termine: ciò comporta infatti alcuni rischi, soprattutto se i progetti vengono avviati senza poter contare alla lunga su fondi sufficienti o senza poter essere successivamente estesi ad altre zone del paese. I consumatori, le famiglie e la comunità possono talvolta riporre le proprie aspettative su servizi che, a lungo termine, non vengono più erogati perché non sono più disponibili le risorse necessarie a farli funzionare. È importante anche il controllo della realizzazione di un progetto pilota, per essere sicuri che sia davvero efficace e che non vada avanti per forza d'inerzia o nella convinzione che "meglio poco che nulla", o addirittura perché rappresenta una fonte di reddito per chi eroga il servizio. Questo è un altro punto importante di cui tenere conto nella valutazione del progetto.

4.5. Azione 5. *Empowerment e coordinamento*

È importante individuare quali persone, *équipe* o organizzazioni del settore sanitario o di altri settori saranno responsabili della realizzazione del piano d'azione, per la quale la suddivisione dei compiti e il monitoraggio sono aspetti critici. Un aspetto centrale di tutte le azioni, dalla 1 alla 5, è la necessità di monitorare la realizzazione del piano d'azione attraverso i dati sulle attività e i risultati raggiunti. I responsabili dei servizi dovranno fornire questi dati in modo che siano utilizzabili anche nelle successive programmazioni. Un altro aspetto fondamentale è che la persona incaricata di realizzare un programma deve esserne anche responsabile. La responsabilità è essenziale non soltanto per garantire la piena attuazione, ma anche per sottolineare l'importanza e il valore che si accompagnano a ogni attività.

In molte nazioni, gran parte degli interventi rivolti alla salute mentale sono di competenza pubblica. Se da una parte è in genere facile formulare e attuare politiche nazionali attraverso gli enti pubblici, questi sistemi sono talvolta rigidi, inefficienti, carenti dal punto di vista qualitativo e non rispondono ai bisogni effettivi della popolazione (WHO, 2000). Attribuendo alle strutture o alle *équipe* una maggiore capacità di controllo, per esempio attraverso la decentralizzazione dei processi decisionali, si incentiverà anche l'*empowerment* degli enti pubblici. Se ad esempio per una regione è prioritario un programma di promozione della salute mentale nelle scuole, mentre per un'altra regione è più importante lo studio delle possibilità di trattamento dei bambini con ritardo mentale nella comunità, i responsabili della salute mentale si sentiranno più coinvolti se potranno in qualche modo controllare la realizzazione dei programmi nel proprio ambito territoriale.

Gli specialisti privati sono un'altra importante componente del sistema di salute mentale e spesso rispondono maggiormente alle condizioni imposte dal mercato. Pur essendo di solito aperti alle innovazioni e più flessibili nel dare risposte alle esigenze della popolazione, è forse più difficile influenzarli con le politiche rivolte alla salute mentale. Fra le strategie di *empowerment* degli operatori privati vi sono la sottoscrizione di convenzioni, la regolamentazione e l'elaborazione dei processi qualitativi.

Spesso, molti operatori coinvolti nella salute mentale dei minori non fanno parte del sistema sanitario tradizionale. Per la riuscita di un intervento, è importante che anche questi siano coinvolti nella formulazione e nella realizzazione delle politiche e dei piani d'azione. Anche in questo ambito sono necessari degli stimoli: ad esempio è possibile promuovere un coinvolgimento degli insegnanti inserendo nei contratti stipulati con le scuole alcuni obiettivi sulla salute mentale.

L'empowerment dei responsabili dei servizi deve essere favorito il più possibile

Gli specialisti privati sono un'importante componente del sistema di salute mentale e spesso rispondono maggiormente alle condizioni imposte dal mercato

Per la riuscita di un intervento è importante che anche operatori esterni al sistema sanitario tradizionale siano coinvolti nella formulazione e realizzazione di politiche e piani

Fra i vari responsabili vi sono gli operatori sanitari tradizionali, i gruppi di auto-mutuo aiuto, le ONG, le associazioni di volontariato, gli utenti e chi fornisce servizi per la salute mentale. Questi soggetti risponderanno ai diversi stimoli perché le politiche si concretizzano (per maggiori dettagli, vedi moduli "Finanziamento della salute mentale" e "Politiche, piani d'azione e programmi per la salute mentale" http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/index.htm).

Nel corso di una giornata, i bambini e gli adolescenti entrano in contatto con vari settori, dalla scuola ai servizi sociali, alla propria casa. Tutti sono coinvolti nel benessere psico-fisico presente e futuro dei giovani. In Tabella 8 sono riportati alcuni esempi di interventi a favore della salute mentale dei minori, realizzati principalmente da ambiti diversi da quello sanitario. La collaborazione nelle iniziative sulla salute mentale (compresa la suddivisione dei costi) facilita i buoni risultati, in particolare per i giovani.

Tutti i settori sono coinvolti nel benessere psico-fisico presente e futuro dei giovani

Tabella 8. Esempi di interventi trasversali per bambini e adolescenti

Problema	Intervento	Settore
Disabilità intellettiva	Iodizzazione del sale e dell'acqua	Commercio Settore idrico
Promozione e prevenzione	Visite domiciliari a mamme con bambini Interventi nelle scuole	Servizi sociali Istruzione
Psicopatologie derivanti da		
alloggio inadeguato	Miglioramento di alloggio, ambiente e servizi di sostegno	Alloggi Servizi sociali
atti criminali	Incremento delle ronde di strada Mobilitazione della comunità	Educazione alla legalità Servizi sociali
Suicidio	Controllo delle armi Limitazione all'accesso a pesticidi Educazione alla salute Segnalazione ai mass media di notizie su suicidi riferite in modo non adeguato	Giustizia <i>Mass media</i> Enti locali Istruzione <i>Mass media</i>
Assenze da scuola	Controllo e visite domiciliari agli studenti che saltano giorni di scuola	Istruzione Servizi sociali

Le parti interessate dovranno coordinarsi con i funzionari del Ministero della sanità, responsabili in generale della salute nell'infanzia e nell'adolescenza, facendo presente quanto i programmi di prevenzione e promozione della salute mentale siano efficaci, anche in termini di costi. Non dovrà mancare la collaborazione con il settore dell'istruzione, che può contribuire a eliminare lo stigma dei disturbi mentali, allontanando il senso di vergogna che si crea intorno alle persone malate. È necessario anche il contatto con i pediatri che, anche nei paesi più sviluppati, spesso devono essere aiutati a comprendere quei comportamenti anomali che non rientrano in uno sviluppo normale. In collaborazione con gli enti preposti al finanziamento del sistema sanitario, si dovrà dimostrare che semplice materiale di informazione generale e sul trattamento non è necessariamente costoso. Per concludere, si dovranno sostenere tutte le iniziative a favore della salute fisica, in quanto strettamente correlate al benessere psichico del bambino e dell'adolescente.

Problemi e soluzioni

Alcuni problemi e soluzioni trattati nel modulo generale "Politiche, piani d'azione e programmi per la salute mentale" sono validi anche per quanto riguarda l'infanzia e l'adolescenza; altri sono più specifici.

Problemi	Soluzioni
Risorse specifiche destinate alla salute mentale di bambini e adolescenti sono insufficienti, rientrano nei finanziamenti per la sanità e la salute mentale in generale	<ul style="list-style-type: none">• Fare riferimento agli impegni degli accordi internazionali, ad esempio la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia.• Sostenere i soggetti che promuovono la difesa dei diritti, come gruppi di famiglie e educatori.• Usare argomenti validi specificamente per la salute mentale dei minori, ad esempio i potenziali benefici nell'adulto che viene seguito per problemi di salute mentale fin da bambino.
Risorse che erano state destinate alla salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza vengono dedicate a progetti di sostegno alla lotta dell'AIDS	<ul style="list-style-type: none">• Sottolineare lo stretto rapporto fra HIV/AIDS e salute mentale di bambini e adolescenti.• Realizzare interventi sulla salute mentale con le risorse destinate ai progetti per HIV/AIDS, facendo riferimento al rapporto fra i due ambiti.
Efficacia e validità degli interventi sulla salute mentale di bambini e adolescenti è meno comprovata rispetto a quella degli interventi su adulti	<ul style="list-style-type: none">• Sottolineare l'esistenza di evidenze scientifiche contrarie a questa affermazione.• Presentare gli studi attualmente in corso e anticiparne i risultati.
Sono relativamente poco numerosi i professionisti qualificati e con esperienza sulla salute mentale dei minori	<ul style="list-style-type: none">• Pianificare la formazione del personale, finalizzata al lavoro nel settore della salute mentale di bambini e adolescenti.• Formazione durante le ore di lavoro per completare la preparazione generale degli operatori (chi opera in generale nell'ambito della salute mentale si aggiorna su bambini e adolescenti).• Modificare le funzioni degli operatori del settore in base ai bisogni, ad esempio facendo in modo che dedichino più tempo a formazione, supervisione e consultazione.

(continua)

Problemi	Soluzioni
Riguardo ai disturbi mentali nascono equivoci, soprattutto fra i giovani	<ul style="list-style-type: none">• Ricorrere ai mezzi di comunicazione, alla pubblicità e a campagne di sensibilizzazione nei diversi ambienti affinché i disturbi mentali siano compresi meglio.
Alcuni bambini, adolescenti e familiari non sono capaci di leggere	<ul style="list-style-type: none">• Ricorrere a strategie di comunicazione nuove, ad esempio danza, musica, spettacoli di burattini, teatro, racconti e filmati.

Glossario

Adolescente

Persona di età fra 10 e 19 anni.

Bambino

Persona al di sotto dei 10 anni di età.

Distretto sanitario

Zona geografica o politica a cui vengono decentrate le funzioni del Ministero della sanità.

Efficacia

Capacità di un intervento di raggiungere gli effetti auspicati in un gruppo ben definito di persone.

Intervento di salute mentale

Serie di attività mirate alla promozione della salute mentale o alla prevenzione, trattamento o riabilitazione dei disturbi mentali.

Ministero della sanità

Organo governativo preposto ai servizi sanitari, di cui è responsabile un ministro o un segretario di Stato.

Obiettivo politico

Risultati perseguiti dalle politiche, e le modalità in cui concretizzare tali risultati.

Organizzazione non governativa

Organizzazione che non fa parte dei sistemi di governo di un Paese.

Parti interessate (stakeholder) nella salute mentale

Persone e organizzazioni che si occupano di promuovere il miglioramento della salute mentale di una popolazione; possono essere consumatori, familiari, professionisti, *policy maker*, ma anche gli stessi bambini e adolescenti.

Piano d'azione per la salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza

Programma costituito da uno schema dettagliato di attuazione delle strategie a favore della promozione della salute mentale, della prevenzione dei disturbi mentali e del trattamento e riabilitazione di bambini e adolescenti.

Principio

Fondamento o dottrina, che comporta regole di condotta.

Le affermazioni centrali supportano o spiegano la *vision* e si fondano su valori.

Qualità

Parametro per capire se i servizi facilitano il raggiungimento dei risultati auspicati nell'ambito della salute mentale e se sono coerenti con le attuali prassi basate sulle evidenze.

Servizio di salute mentale

Équipe di professionisti (medici, paramedici o gruppi) o istituzioni responsabili degli interventi di salute mentale rivolti a una popolazione.

Strategia

Ordinata organizzazione di un'attività mirata al raggiungimento di un obiettivo.

Validità

Capacità di un intervento di raggiungere gli effetti auspicati in un gruppo di persone più ampio, non sperimentale.

Valore

Principio culturale o norma etica e/o morale su un modo auspicabile di comportamento o un obiettivo finale che guida atteggiamenti, giudizi e confronti.

Vision delle politiche sulla salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza

Costituisce le aspettative positive per il futuro e specifica l'obiettivo da perseguire.

Riferimenti bibliografici

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (suppl): 85S-120S, 1997.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the use of stimulant medication in the treatment of children, adolescents, and adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (suppl): 26S-49S, 2002.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Resource Book of Mental Disorders (DSM-IV)*, 4th ed., Washington, DC, 1994.
- Barkley R.A. International consensus statement on ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41: 1389, 2002.
- Beardslee W.R., Versage E.M., Gladstone T.R.G. Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37: 1134-1141, 1998.
- Bird H. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37: 35-49, 1996.
- Blanchet T. *Lost innocence, stolen childhoods*. Dhaka, University Press Limited, 1996.
- Byford S., Harrington R., Torgerson D., Kerfoot M., Dyer E., Harrington V., Woodham A., Gill J., McNiven F. Cost-effectiveness analysis of a home-based social work intervention for children and adolescents who have deliberately poisoned themselves. Results of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 174: 56-62, 1999.
- Center for Child Mental Health. *Caritas Newsletter*. Caritas, Cambodia, 2004.
- Cauffman E. A statewide screening of mental health symptoms among juvenile offenders in detention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43: 430-439, 2004.
- Citizens Commission on AIDS for New York City and Northern New Jersey. AIDS prevention and education: reframing the message. *AIDS Education and Prevention*, 3: 147-163, 1991.
- Dawes A. *et al.* Child and adolescent mental health. In Foster D., Freeman M., Pillay Y. (eds.) *Mental Health Policy Issues for South Africa*. Cape Town, Multimedia Publications, 1997.

- Department of Health, Republic of South Africa. *Policy Guidelines: Child and Adolescent Mental Health*. Pretoria, South Africa, Department of Health, 2001.
- Durlak J.A. Common risk and protective factors in successful prevention programs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68: 512-520, 1998.
- Eisenberg L. Getting down to cases - making mental health interventions effective. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 511-512, 2000.
- Fleitlich-Bilyk B., Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43: 727-734, 2004.
- Fullilove M.T. Psychiatric implications of displacement: Contributions from the psychology of place. *American Journal of Psychiatry*, 153: 1516-1523, 1996.
- Giel R., de Arango M.V., Climent C.E., Harding T.W., Ibrahim H.H.A., Ladrado-Ignacio L., Srinivasa Murthy R., Salazar M.C., Wig N.N., Younis V.O.A. Childhood Mental Disorders in Primary Health Care: Results of Observations in Four Developing Countries. *Pediatrics*, 68 (5): 677-683, 1981.
- Gomez-Beneyto M., Bonet A., Catala M.A., Puche E., Vila V. Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89: 352-357, 1994.
- Greenwood P.W. Responding to juvenile crime: Lessons learned. *Future of Children*, 6: 75-85, 1996.
- Grimes K. Massachusetts - Mental health services program for youth: A blended funding model for integrated care. In Newman C., Liberton C., Kutash K., Friedman R. (eds.) *The 13th annual Research Conference Proceedings: A System of Care for Children's Mental Health: Expanding the Research Base*. Tampa, University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, Research and Training Center for Children's Mental Health, 2001, pp. 109-112.
- Indian Council of Medical Research. *Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas*. New Delhi, ICMR (unpublished data), 2001.
- Jablensky A., Sartorius N., Korten A., Ernberg G., Anker M., Cooper J.E., Day R. Incidence worldwide of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 151: 408-409, 1987.
- Kamradt B.J. Wraparound Milwaukee: Aiding youth with mental health needs. *Juvenile Justice Journal*, 7: 19-26, 2000.
- Keating D., Hertzman C. (eds.) *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological and Educational Dynamics*. New York, The Guilford Press, 1999.

- Knapp M.R.J., Scott S., Davies J. The cost of antisocial behaviour in younger children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4: 457-473, 1999.
- Knapp M., McCrone P., Fombonne E., Beecham J., Wostear G. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 3. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 180: 19-23, 2002.
- Lazarus S., Moolla N., Reddy P. Intersectoral collaboration within the context of educational support services in South Africa. In Vergnani T. *et al.* (eds.) *Health Promoting Schools in South Africa: Challenges for the 21st Century*. Conference proceedings. Cape Town, University of the Western Cape, 1996.
- Lewis M. (ed.) *Child and Adolescent Psychiatry - A Comprehensive Textbook*. 2nd ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1996.
- Lund C. *Mental health service norms in South Africa* (doctoral thesis). Cape Town, Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, 2002.
- Lustig S.L. The AIDS prevention magic show: avoiding the tragic with magic. *Public Health Reports*, 109: 162-167, 1994.
- Lyons-Ruth K., Wolfe R., Lyubchik A. Depression and the parenting of young children: Making the case for early preventive mental health services. *Harvard Review of Psychiatry*, 8: 148-153, 2000.
- Mann E.B., Ikeda Y., Mueller C.W., Takahashi A., Tao K.T., Humris E., Li B.L., Chin D. Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviors in children. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1539-1542, 1992.
- Morita H., Suzuki M., Suzuki S., Kamoshita S. Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34: 317-332, 1993.
- Nock M.K., Goldman J.L., Wang Y., Albano A.M. From science to practice: The flexible use of evidence-based treatments in clinical settings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43: 777-780, 2004.
- Offord D.R. Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37: 686-694, 1998.
- Offord D.R., Boyle M.H., Szatmari P., Rae-Grant N.I., Links P.S., Cadman D.T., Byles J.A., Crawford J.W., Blum H.M., Byrne C. *et al.* Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44: 832-836, 1987.

- Patel V. Research environment in developing countries: Making it happen. Paper presented at the conference, Research for Change: Research on Mental Health and Substance Abuse in Developing Countries, Cape Town, 3-6 December 2002.
- Remafedi G.I. Preventing the sexual transmission of AIDS during adolescence. *Journal of Adolescent Health Care*, 9: 139-143, 1988.
- Sampson R.J., Raudenbush S.W., Earls F. Neighborhoods and violent crime: A multi-level study of collective efficacy. *Science*, 277: 918-924, 1997.
- SANE Australia. *Schizophrenia: Costs*. Melbourne, SANE Australia, 1992.
- Scott S., Knapp M., Henderson J., Maughan B. Financial cost of social exclusion: Follow-up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323: 191-195, 2001a.
- Scott R.A., Lhattoo S.D., Sander J.W.A.S. Policy and practice - The treatment of epilepsy in developing countries: Where do we go from here? *Bulletin of the World Health Organization*, 79: 344-351, 2001b.
- Shatkin J.P., Belfer M.L. The global absence of a child and adolescent mental health policy. *Child and Adolescent Mental Health*, 9: 104-108, 2004.
- Skinner D., Metcalf C.A., Seager J.R., de Swardt J.S., Laubscher J.A. An evaluation of an education programme on HIV infection using puppetry and street theatre. *AIDS Care*, 3: 317-329, 1991.
- Smith D.A.R. *A review of the rate and nature of suicide among young people who accessed Child Youth and Family Services, 1994-1999*. Department of Child, Youth and Family Services, Wellington, New Zealand, 1999.
- Steinhausen H.C. Winkler Metzke C., Meier M., Kannenberg R. Prevalence of child and adolescent disorders: The Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 262-271, 1998.
- Tadesse B., Kebede D., Tegegne T., Alem A. Childhood behavioural disorders in the Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100 (suppl): 92-97, 1999.
- Thornicroft G., Tansella M. *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*. Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
- Tobin J.J., Friedman J. Intercultural and developmental stresses confronting Southeast Asian refugee adolescents. *Journal of Operational Psychiatry*, 15: 39-45, 1984.
- Tsuang M.T. et al. (eds.) *Textbook of Psychiatric Epidemiology*. New York, John Wiley and Sons, Inc., 1995.

- United States Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.
- Verhulst F.C. A review of community studies. In Verhulst F.C., Koot H.M. (eds.) *The Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology*. Oxford, Oxford University Press, 1995.
- Weyerer S., Castell R., Biener A., Artner K., Dilling H. Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3- to 14-year-old children: Results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77: 290-296, 1988.
- WHO World Health Organization *Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (ICD-10)*. Geneva, WHO, 1992.
- WHO World Health Organization. *Life skills education in schools*. Geneva, WHO (WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev 2), 1993.
- WHO World Health Organization. *WHO's Global School Health Initiative*. Geneva, WHO (WHO/HPR/HEP/98.4), 1998.
- WHO World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva, WHO, 2000.
- WHO World Health Organization. *The World Health Report 2001: New Understanding, New Hope*. Geneva, WHO, 2001.
- WHO World Health Organization. *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health*. Geneva, WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2003.
- Yasamy M.T., Shahmohammadi D., Bagheri Yazdi S.A., Layeghi H., Bolhari J., Razzaghi E.M., Bina M., Mohit A. Mental health in the Islamic Republic of Iran: Achievements and areas of need. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7 (3): 381-391, 2001.

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sottterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005.
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (*)
124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (*)

125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006. (*)
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006.
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (*)
139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna, 2006. (*)
140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna, 2006. (*)
141. Accredimento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna, 2007. (*)
142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna, 2007. (*)
143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna, 2007. (*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna, 2007. (*)
145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna, 2007. (*)

146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna, 2007. (*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna, 2007. (*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
149. E-learning in sanità. Bologna, 2007. (*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna, 2007. (*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna, 2007. (*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna, 2007. (*)
153. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
154. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
155. La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna, 2007. (*)
156. Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna, 2007. (*)
157. FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna, 2007. (*)
158. Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna, 2007. (*)
159. L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
160. Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna, 2007. (*)