

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

29.

SEDUTA DI MARTEDÌ 18 LUGLIO 2017

PRESIDENZA DELLA VICEPRESIDENTE **ROSETTA ENZA BLUNDO**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Iori Vanna	6
Blundo Rosetta Enza, <i>Presidente</i>	3	Ippolito Iolanda, <i>consigliera dell'Associazione « Mai più violenza infinita », criminologa investigativa, agente della Polizia municipale di Volla (NA)</i>	4, 5, 6, 7
INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SALUTE PSICOFISICA DEI MINORI		Mattesini Donella	6, 8, 11
Audizione di rappresentanti dell'Istituto nazionale di pedagogia familiare (INPEF), del Movimento italiano genitori (MOIGE) e dell'Associazione « Mai più violenza infinita »:		Palmieri Vincenza, <i>presidente dell'Istituto nazionale di pedagogia familiare (INPEF)</i> .	8, 12
Blundo Rosetta Enza, <i>Presidente</i> ...	3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15	Prina Francesco	5
Ciaravolo Virginia, <i>presidente dell'Associazione « Mai più violenza infinita », psicoterapeuta e criminologa</i>	3, 7, 8	Scala Elisabetta, <i>vicepresidente del Movimento italiano genitori (MOIGE)</i>	13
		ALLEGATO: Contributo del MOIGE. La salute mentale dei minori: il ruolo della ipersessualizzazione moderna	16

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DELLA VICEPRESIDENTE
ROSETTA ENZA BLUNDO

La seduta comincia alle 13.35.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione di rappresentanti dell'Istituto nazionale di pedagogia familiare (INPEF), del Movimento italiano genitori (MOIGE) e dell'Associazione «Mai più violenza infinita».

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla tutela della salute psicofisica dei minori, l'audizione dei rappresentanti dell'Istituto nazionale di pedagogia familiare (INPEF), del Movimento italiano genitori (MOIGE) e dell'Associazione "Mai più violenza infinita".

Sono presenti, in rappresentanza dell'Istituto nazionale di pedagogia familiare, la presidente, professoressa Vincenza Palmieri, accompagnata dal vicepresidente, dottor Pierluigi Bonici; in rappresentanza del Movimento italiano genitori (MOIGE) la dottoressa Elisabetta Scala, responsabile delle relazioni esterne; in rappresentanza dell'associazione «Mai più violenza infinita» la presidente, Virginia Ciaravolo, psi-

coterapeuta e criminologa, e Iolanda Ippolito, criminologa investigativa.

Do la parola alla dottoressa Virginia Ciaravolo.

VIRGINIA CIARAVOLO, *presidente dell'Associazione «Mai più violenza infinita», psicoterapeuta e criminologa.* Grazie, presidente. L'Associazione «Mai più violenza infinita» è un'associazione che si occupa prevalentemente di prevenzione, per cui noi studiamo quello che accade per fare in modo che non accada più.

Ci occupiamo prevalentemente di violenza di genere, in modo particolare, e di minori; poi, essendo un'associazione internazionale, ci occupiamo anche di tratta della prostituzione, lavoriamo tantissimo in Kenya, dove da dieci anni facciamo missioni umanitarie, quindi ci occupiamo di spose bambine, però l'ambito preciso è quello dei minori, quindi abusi, e violenza di genere.

La piccola relazione che porto oggi è intesa ad esaminare, come la tematica presupponeva, quello che accade quando noi impattiamo in una istituzione che si dovrebbe occupare di farsi carico del minore con problemi psichici o psichiatrici.

Le malattie psichiatriche infantili sono in forte aumento e c'è ancora un'aura di mistero, di vergogna, di pudore rispetto ad alcune tematiche. È in forte aumento ed è importante da parte di noi associazioni e istituzioni fare quadrato e farci carico di questa tematica importantissima, quindi un potenziamento di rete psichiatrica territoriale si rende necessario senza perdere più tempo.

Le azioni però non devono fermarsi solo alla crisi acuta, quindi alla mera assistenza in fase acuta ospedaliera, ma bisogna impegnarsi (questo è il nostro bacino di utenza, come dicevo inizialmente) sullo studio, ri-

cerca e prevenzione attraverso la diagnosi precoce, quindi volgere l'attenzione a quella che è la presa in carico dei piccoli pazienti, in modo da creare un unico protocollo di gestione regionale.

Quello che abbiamo visto dai nostri studi, dalle nostre indagini e dalle richieste che ci arrivano come associazione è che diverse regioni, pur avendo un protocollo che dovrebbe essere unico, però si muovono a seconda di quelle che sono le potenzialità del territorio, per cui ci ritroviamo alcune regioni dove si dà un aiuto concreto e altre in cui i minori sono completamente abbandonati a se stessi e dove la maggior parte del servizio viene offerto dai privati.

La situazione dei bambini malati psichici riflette purtroppo quella che è la situazione sanitaria degli adulti, con la differenza che l'adulto ha sotto il livello psicologico una maggiore struttura anche come risposta, mentre il bambino è indifeso. Ricordiamo sempre che gran parte delle patologie psichiche nascono in età minore e che, se non viste e curate, formeranno un adulto malato, quindi sono fondamentali intervento precoce, assistenza e soprattutto guardare al futuro, perché quanto facciamo oggi, se lo facciamo per tempo, può, se non guarire, almeno restituire a questo bambino una serenità che può garantirgli una qualità di vita migliore, uno sviluppo più sano, altrimenti porterà con sé l'eredità del disagio mentale pregresso che non è stato visto.

Quali sono le problematiche a cui si va incontro, che noi abbiamo visto, e cosa dobbiamo fare? Una problematica che sovente ci viene posta, che è all'ordine del giorno e riguarda sia gli adulti che i bambini, è la famosa lista di attesa. Qualsiasi tipo di istituzione ospedaliera a cui ci si rivolge per chiedere aiuto fornisce una lista di attesa lunghissima, ma nel caso di bambini non si può perdere tempo. La cosa più importante è stanziare (è sempre lì il problema) i fondi affinché siano impiegati in attività di tipo riabilitativo.

Attenzione, però: quando noi parliamo di riabilitazione, non parliamo solo di riabilitazione corporea (i colleghi pedagogisti immagino siano con noi), ma occorre una

sinergia a 360 gradi, includendo la prevenzione *in primis*, ma attraverso anche l'educazione dell'altro diverso da noi, coinvolgendo scuole, ambiti sociali e sociosanitari.

È importantissimo che nel parlare di prevenzione primaria ci mettiamo dentro l'educazione, perché non è solo la malattia, ma è tutto quello che la malattia porta, la relazione della persona malata, in questo caso il bambino (quindi attenzione ai massimi livelli), nei confronti della società esterna.

Il 12 per cento della popolazione nella fascia di età che va da zero a diciotto anni soffre di disturbi psichiatrici, e purtroppo questa percentuale è destinata ad aumentare, ma quanti di questi bambini arrivano alla soglia di una visita, quanto tempo devono aspettare per riceverla, quanti di questi bambini perdiamo per strada? Vi posso garantire che sono veramente tanti.

Il lavoro di informazione sta dando i suoi frutti, tanto che oggi, in questa torrida giornata di luglio, siamo qui a parlarne, quindi il lavoro di sensibilizzazione è importante, risultati piccoli e concreti ci sono, scuola e famiglia sono sensibilizzate nel cogliere le prime sfumature che poi portano ad una visita, quindi ad una valutazione, a volte anche in modo eccessivo, perché per eccesso si tende a mandare da noi i piccoli pazienti in caso di sospetto, però tutto questo è ancora poco.

Oggi, nel 2017, è aumentato il numero di minori con disabilità mentale psichiatrica e le azioni per la tutela e la salvaguardia della salute, del benessere e della qualità di vita non hanno ancora risposte certe dai servizi territoriali, le risposte in cui impattiamo sono ancora insufficienti e carenti.

Passo la parola alla mia collega che si è occupata delle problematiche nello specifico.

IOLANDA IPPOLITO, *consigliera dell'Associazione «Mai più violenza infinita», criminologa investigativa, agente della Polizia municipale di Volla (NA)*. Buongiorno a tutti, sono Iolanda Ippolito e sono responsabile di un Nucleo di polizia giudiziaria che si occupa di tutela di donne vittime di violenza e tutela dei minori, diciamo che

vivono giornalmente sul campo varie problematiche afferenti alla tematica.

In merito a quanto ha detto la collega dobbiamo evidenziare quali sono le reali problematiche inerenti a questa tematica. Non abbiamo una mappatura esatta degli utenti, non esiste un osservatorio dal quale possiamo attingere delle notizie per poter pianificare una prevenzione sia primaria che secondaria e terziaria.

I servizi territoriali sono completamente sconnessi tra loro e non è raro trovare regioni che sono un fiore all'occhiello e regioni invece dimenticate, e a farne le spese sono sempre i nostri piccoli pazienti.

Spesso il personale è precario e sotto la soglia della quota minima richiesta, le uniche risorse di cui disponiamo si avvalgono dell'aiuto delle associazioni, e attraverso queste associazioni e la partecipazione a bandi si creano degli ottimi progetti che però durano il tempo del mandato, terminato il quale il progetto si conclude e questi bambini rimangono in balia delle onde, in attesa di un possibile intervento.

Quali sono i punti nevralgici sui quali operare? I tempi di attesa per la valutazione e la presa in carico del giovane paziente. Spesso le famiglie si trovano in un collo di bottiglia, costrette ad interagire con confusione, sconcerto, panico e sospetto per una valutazione che purtroppo tarda a venire. Le liste di attesa inoltre seguono il modello di quelle per gli adulti, con uno schema di priorità a seconda della situazione; quindi ci troviamo di fronte a situazioni apparentemente leggere che seguiranno tempi biblici, ed altre che invece per fortuna, vista la gravità, vengono valutate in poche settimane.

Un altro grande problema riguarda l'ospedalizzazione. Se da un lato giustamente la moderna medicina tende ad un ricovero ospedaliero solo in casi eccezionali e di estrema urgenza, è anche vero però che laddove se ne ravveda la necessità i minori vengono spesso ricoverati in reparti che non sono adatti a loro e non rispondono alle loro esigenze.

Altra grave falla è ipotizzare per loro un futuro dopo i 18 anni, una continuità terapeutica, perché spesso al raggiungimento

della maggiore età questi bambini ormai grandi smettono di esistere o paradossalmente guariscono, infilandosi in quella che definiamo « la terra di mezzo ».

PRESIDENTE. Grazie a voi. Lascio la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

FRANCESCO PRINA. Mi sembra di aver capito che lei si interessi dei disturbi di minori femminili che abbiano subito delle violenze.

IOLANDA IPPOLITO, consigliera dell'Associazione « Mai più violenza infinita », criminologa investigativa, agente della Polizia municipale di Volla (NA). Sì, perché tutto parte da lì.

FRANCESCO PRINA. E diceva che di questi casi si occupa praticamente il terzo settore, volontariato e associazioni, su progetti che poi finiscono, ma la struttura per rispondere a questi fenomeni di violenza sulle minori com'è formata? Lei è un ufficiale di polizia che segue questa dinamica, ma oltre a lei c'è una struttura?

IOLANDA IPPOLITO, consigliera dell'Associazione « Mai più violenza infinita », criminologa investigativa, agente della Polizia municipale di Volla (NA). La struttura c'è, ma sinceramente non funziona.

FRANCESCO PRINA. È importante sapere com'è la struttura attuale, poi ho capito che c'è il terzo settore, ma com'è la struttura rispetto a questo tema? Lei rappresenta la polizia dello Stato?

IOLANDA IPPOLITO, consigliera dell'Associazione « Mai più violenza infinita », criminologa investigativa, agente della Polizia municipale di Volla (NA). La polizia locale, mi occupo prettamente del territorio in provincia di Napoli, non Polizia di Stato. Da cinque anni è stato istituito questo Nucleo di polizia giudiziaria di cui sono responsabile e vivo giornalmente situazioni del genere.

Il problema dei minori è che non abbiamo dati, non possiamo studiarlo, non abbiamo ricerche, e questa tutela della *privacy*, questo «*handicap*» di non poter entrare nelle dinamiche familiari, nelle dinamiche dei minori porta a non avere dati in tal senso, e in territori di 26. 000 abitanti, in territori con un'alta densità di popolazione è impossibile non avere ancora il dato, perché dai giornali emerge una realtà diversa.

PRESIDENTE. Stava ancora rispondendo alla domanda, però, se aveste chiesto prima la parola, avremmo raccolto tutte le domande e poi avrei dato la parola alle audite per la risposta, ora facciamo concludere questa risposta. Era stata chiesta anche una risposta tecnica riferita al regolamento di come si interviene su questo.

IOLANDA IPPOLITO, *consigliera dell'Associazione « Mai più violenza infinita », criminologa investigativa, agente della Polizia municipale di Volla (NA)*. Abbiamo i servizi sociali che attraverso l'ambito (sono cinque comuni) intervengono in tal senso, abbiamo un settore che si occupa di questi interventi, chiamano noi e noi interveniamo laddove occorre con allontanamenti da genitori che maltrattano i bambini, e siamo in diretto contatto con il Tribunale dei minori e con la Procura competente in materia.

DONELLA MATTESINI. Non conosco la vostra associazione e non ho capito se lavori in ambito locale o nazionale, perché se lavorate a livello nazionale, visto che ci avete fornito una serie di dati che conosciamo perché purtroppo sappiamo che c'è differenziazione tra regione e regione, che sono in aumento i numeri del disagio e quindi dei disturbi di carattere psicologico e psichiatrico, vorremmo sapere se avete un quadro nazionale. Una cosa è parlare genericamente di disturbi psichiatrici, altra cosa è capire quali sono i numeri dei vari disturbi, perché c'è un approccio generale, ma poi c'è anche necessità di servizi e attività specifiche.

Siccome questa Commissione tenta di avere dalle audizioni suggerimenti o indicazioni di problemi che possano permetterci di utilizzare le informazioni per tradurle in iniziativa legislativa politica, vorremmo capire se abbiate da fornirci dati più precisi.

IOLANDA IPPOLITO, *consigliera dell'Associazione « Mai più violenza infinita », criminologa investigativa, agente della Polizia municipale di Volla (NA)*. La nostra è un'associazione nazionale con sedi in diverse regioni italiane, è chiaro che il discorso della collega poneva proprio questo problema perché operiamo in sei regioni italiane, quindi non abbiamo un quadro nazionale completo.

Dai nostri dati, dai nostri studi, dai convegni, dalle ricerche e dai progetti che portiamo avanti, dalle domande che ci vengono fatte, dai problemi che ci vengono portati attraverso la scuola con cui lavoriamo tantissimo e facciamo dei progetti in tutta Italia lavoriamo molto su bullismo e *cyberbullismo* che sono legati e questa mattina abbiamo inteso portare un quadro a livello generale, e i problemi che abbiamo enfatizzato e sottolineato sono questi, possediamo i nostri dati che non coprono tutto il territorio italiano.

DONELLA MATTESINI. Quali sono le regioni su cui lavorate ?

IOLANDA IPPOLITO, *consigliera dell'Associazione « Mai più violenza infinita », criminologa investigativa, agente della Polizia municipale di Volla (NA)*. Sono il Lazio, la Campania, il Molise, la Calabria, la Lombardia e la Puglia.

PRESIDENTE. La parola alla collega Iori.

VANNA IORI. Grazie, presidente, voglio precisare che non ho chiesto la parola prima perché la domanda mi è sorta dalla risposta fornita dalla dottoressa. Credo che il problema dei dati sia « il problema » su queste tematiche, nel senso che *no data no problem*, cioè se non abbiamo i dati non

esiste il problema, quindi di cosa stiamo parlando se non riusciamo a recuperare i dati?

Per recuperare i dati però credo che, come diceva la collega Mattesini, occorra scorporarli in base al tipo di disturbo psichiatrico, ma a monte non abbiamo i dati delle violenze e degli abusi sui minori a livello nazionale; l'unico dato nazionale è legato ai minori che assistono alla violenza genitoriale (dati Istat), come indicato dalle madri che denunciano la violenza, quindi c'è un altro sommerso, quello delle madri che non denunciano violenze.

IOLANDA IPPOLITO, *consigliera dell'Associazione « Mai più violenza infinita », criminologa investigativa, agente della Polizia municipale di Volla (NA)*. Il dark number, il numero nero, perché a questi si aggiunge un alto numero di persone che non arriva alla denuncia.

VIRGINIA CIARAVOLO, *presidente dell'Associazione « Mai più violenza infinita », psicoterapeuta e criminologa*. Il problema fondamentale è sollevare il coperchio, sollevare il velo, perché finché rimaniamo nell'oscurità di questi dati non riusciremo a fare delle politiche efficaci e nemmeno a programmare delle risposte efficienti rispetto a queste tematiche. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie alla collega Iori. Prima di passare la parola alla dottoressa Vincenza Palmieri, vorrei farvi una domanda riguardo quanto avete illustrato, cioè una situazione di problemi psichiatrici minorili seri, sui quali purtroppo non abbiamo dati e non esiste un osservatorio, perché l'iniziativa politica da fare credo sia l'osservatorio, come sarebbe necessario anche l'osservatorio della dispersione scolastica, che potrebbe essere integrabile, perché spesso la problematica è coincidente con la dispersione scolastica.

Di altro abbiamo i dati (tra poco ce ne parlerà la dottoressa Vincenza Palmieri) perché ci sono i dati delle diagnosi di bambini dalla neuropsichiatria infantile per avere certificazioni scolastiche di disturbi e sono alti; quindi, poiché avete affermato

che c'è difficoltà nel dare la possibilità a queste situazioni problematiche di avere una vera attenzione da parte dei professionisti e quindi della neuropsichiatria, come vedete questa realtà di certificazioni più semplici per bambini con disturbi dell'apprendimento?

VIRGINIA CIARAVOLO, *presidente dell'Associazione « Mai più violenza infinita », psicoterapeuta e criminologa*. Dobbiamo fare una riflessione su quella che è una diagnosi ad un figlio, perché c'è una serie di meccanismi inconsci che si innescano e mettono la famiglia in crisi. In particolare viene colpita la madre, colei che ha generato, laddove, sebbene esista una coppia madre che per noi psicologi è formata da padre e madre, quando arriva la diagnosi sembra che a generare la bambola rotta sia stata la madre, quindi immaginiamo cosa accade nel momento in cui arriva una diagnosi in famiglia, immaginiamo il panico, il terrore e i sensi di colpa.

Come per l'elaborazione di un lutto si arriva gradualmente alla consapevolezza, al « farò di tutto per questo bambino », quindi comincia una serie di ricerche. Come ho detto all'inizio, la malattia psichica ha ancora l'onta della vergogna (ve lo dico come psicoterapeuta) perché, nonostante si siano fatti dei passi avanti, è ancora difficile per molte persone chiederci aiuto, perché noi siamo i medici dei pazzi.

La prima cosa è quindi il solito pellegrinaggio per capire chi sia il più bravo, per fare di tutto per farlo guarire, ma spesso quando si arriva presso l'istituzione, presso i Servizi territoriali, ci si scontra con lunghe attese, e in questo lasso di tempo in cui si vorrebbe sapere subito cosa accade e cosa si può fare ci si mette alla ricerca di cure, spesso si chiedono soldi per rivolgersi a un luminare.

Per quanto riguarda la domanda specifica che faceva lei, senatrice, anche lì c'è questa nuvoletta della vergogna, non si accetta ancora il bambino con l'insegnante di sostegno, si preferisce toglierlo dalla scuola e inserirlo in un ambito privato, dove pagando si chiude un occhio. Per questo io parlavo di una sinergia a 360 gradi, in quanto non è solo la malattia, ma è tutto

un corollario di educazione, di cultura, su cui dobbiamo intervenire.

DONELLA MATTESINI. Il punto è che ho chiesto delle regioni perché ci descrivete una situazione particolarmente pesante. Nel mio territorio invece c'è sempre questo stigma, ma nel territorio della Toscana c'è un approccio diverso, nel senso che c'è un forte inserimento nel percorso scolastico, c'è una richiesta specifica, perché chi ha un figlio con problemi di disabilità sa che sta meglio con persone estranee a questo meccanismo, cosa che in una parte di Italia è passata, quindi attenzione a non trasferire sul piano nazionale situazioni che sono locali.

VIRGINIA CIARAVOLO, *presidente dell'Associazione «Mai più violenza infinita», psicoterapeuta e criminologa*. Le angosce e i bisogni sottesi non arrivano al pubblico, arrivano all'interno di uno studio, di una situazione di sensibilità protetta. Non ho detto che non vanno a scuola.

PRESIDENTE. Vi chiedo scusa, colleghi, capisco che la tematica sia interessante, però ci sono anche le altre audizioni e, poiché la professoressa Vincenza Palmieri è in attesa di essere audita e ci parlerà sicuramente di altre diagnosi, avremo anche il quadro più completo.

Passo quindi la parola alla professoressa Vincenza Palmieri.

VINCENZA PALMIERI, *presidente dell'Istituto nazionale di pedagogia familiare (INPEF)*. Grazie, presidente, e grazie ai senatori e agli onorevoli per aver pensato di attivare questo momento di confronto sulla salute mentale dei minori, ce n'era assolutamente bisogno.

Il mio plauso è soprattutto come fondatore della pedagogia familiare, ma anche come psicologo clinico e giuridico, fondatore del programma *Vivere senza psicofarmaci*, perché l'Istituto nazionale di pedagogia familiare e il Dipartimento annesso hanno un impegno a carattere internazionale.

Noi siamo assolutamente concordi con la premessa dell'indagine conoscitiva, in cui si sottolinea l'impegno al mantenimento dei ragazzi nella propria famiglia come forma di tutela della salute mentale. Sappiamo bene che la presidente e la Commissione tutta si sono fortemente impegnate perché questo lavoro in divenire producesse importanti risultati in questi anni, e siamo certi che il lavoro proseguirà in questa direzione.

Sul *focus* della giornata di oggi in merito alla salute mentale, acquisiamo l'elemento che emerge dalla relazione, quasi un dato di fatto rispetto al disagio psicofisico che si presenta prima dei 14 anni, con le tre azioni fondamentali: prevenzione, diagnosi e presa in carico precoce.

Partirei dalla diagnosi, anche perché mi sembra che questo sia allineato con quanto si è detto finora, in particolare rispondendo a quanto chiesto prima in merito alle proposte che facciamo; in questi anni di lavoro abbiamo rilevato quello che tra l'altro è disponibile anche sui *social network* e sulle migliori riviste scientifiche accreditate, ossia sicuramente il *boom* di diagnosi, laddove qualcuno parla di abuso diagnostico, qualcun altro di eccesso diagnostico.

Abbiamo cercato di fare una raccolta dati, è vero che non c'è un osservatorio nazionale e che per ottenere i dati che abbiamo raccolto abbiamo dovuto fare riferimento a quelli che rilasciano l'Istat, l'Ente europeo per la farmacovigilanza, la Glaxo e il CNR di Pisa, quindi abbiamo messo insieme questi dati ufficiali e abbiamo cercato di formulare un quadro nazionale il più possibile attendibile.

Abbiamo anche un nostro polso personale che rileviamo dal lavoro quotidiano con le famiglie, che pervengono da una certificazione scolastica non condivisa oppure su cui hanno bisogno di capire di più rispetto all'assunzione di psicofarmaci da molti anni, per cui la richiesta è di avviare un percorso di riabilitazione.

Sappiamo che i disabili nella scuola adesso sono 234.000, aumentati rispetto ai 10 anni precedenti del 40 per cento. Questo 40 per cento è una statistica che ci por-

tiamo dietro anche rispetto ai ricoveri nei *day hospital* pediatrici con domanda di tipo neuropsichiatrico. In particolare (l'abbiamo rilevato anche nel lavoro recentemente messo in campo con la presidente Blundo) abbiamo la quantità di diagnosi presenti nella scuola, ossia ad oggi 190.000 ragazzi diagnosticati con Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA).

Devo necessariamente leggervi dei dati e per scelta non ho voluto fare una *slide* con tutti i numeri perché volevo avere anche un *form*, ma ve li faccio avere in settimana, perché li completo anche sulla base delle richieste formulate ai colleghi.

In Italia (quelli che vi citerò sono tutti dati Istat) abbiamo 10 milioni di minori circa, in particolare 8 milioni in età pediatrica, e 737.000 minori in età pediatrica che soffrirebbero di disagi o turbe mentali. Abbiamo anche 162.000 minori con *deficit* di attenzione (sto parlando di diagnosi, non sto dicendo che questi ragazzi ne soffrano effettivamente), sto dando semplicemente la classificazione statistica. Concluderò il mio intervento collegando all'eccesso diagnostico l'incremento di somministrazione di psicofarmaci ai minori. Sono 11 le molecole antidepressive in uso in età pediatrica la cui somministrazione è stata interdetta, in quanto ispirava idee suicidarie (fonte Agenzia europea per il farmaco).

Il 25 per cento dei ragazzi ha dimostrato dipendenza: 8 anni è l'età a partire dalla quale anche nel nostro Paese viene somministrato l'antidepressivo Prozac. A proposito di dati per la rilevazione di tutte le informazioni — e poteva essere un nucleo da cui ottenere le maggiori informazioni per mettere in campo iniziative di prevenzione o di presa in carico precoce, che è la ragione per cui tentiamo di capire quante diagnosi ci sono e di cosa stiamo parlando — erano previsti venti (uno per regione) Centri regionali per la somministrazione di psicofarmaci ai minori, che il Ministero della salute aveva in progetto di attivare sul territorio italiano (fonte Istituto superiore di sanità), invece pare che il numero dei Centri regionali per la somministrazione di psicofarmaci ai bambini sia di 112 ed uno è il registro nazionale dove vengono sche-

dati con terapie a base di psicofarmaci (fonte Istituto superiore di sanità).

Chiaramente le diagnosi sono diversificate: in questo grande numero c'è un dato fondamentale, su cui si stanno facendo degli studi, ossia 1 milione di Bisogni educativi speciali (BES) diagnosticati a scuola. Sono tutti dati ufficiali in base ai quali dobbiamo pensare cosa fare.

A fronte di tutti questi numeri che sono cifre nazionali ufficiali, a fronte di 11 milioni di italiani che oggi assumono psicofarmaci, non abbiamo una ricerca attendibile che ci dica quanti siano i minori che assumono psicofarmaci in Italia. Vi darò alcune informazioni, le uniche attendibili che sono riuscite a trovare: 35.000 ragazzi assumono Prozac e, come sapete, il Prozac è uno di quei farmaci su cui il sistema americano ha posto delle attenzioni. Sicuramente siete già a conoscenza di un dato che è stato dichiarato ufficialmente l'anno scorso da tutti i *media*, ossia che 200.000 ragazzi italiani assumono psicofarmaci, e per questo hanno il triste primato in Europa.

La domanda che volevo fare inizialmente, ma pongo ora perché mi sembra che abbia un senso ancora più forte: sono aumentate le malattie, siamo diventati più bravi a diagnosticarle, oggi le vediamo di più di dieci, trenta o quarant'anni fa oppure oggi è aumentata la forchetta, cioè il *range* in cui andiamo a riconoscere atteggiamenti, comportamenti, disagi e difficoltà che un tempo attenevano a quello che poteva essere un problema caratteriale, un problema comportamentale, ambientale, sociale e familiare?

Basta guardare tutti i manuali diagnostici, ma parto anche dalla mia esperienza personale, dove la quantità di diagnosi che mi arrivano è a volte straordinaria, quindi stiamo parlando di un aumento in quantità, come vi ho appena detto, ma anche un aumento (permettetemi l'ironia di questa espressione) in qualità, cioè abbiamo diagnosi del tipo « disgregazione della fanciullezza », come i ricoveri (con questo introduco un altro grave problema, di cui spero veramente che la Commissione si faccia carico e personalmente do tutta la dispo-

nibilità a valutare e indagare meglio) di 101 minori in TSO.

Alcuni anni fa, nel quadriennio 2008-2012, avevamo 70 minori ricoverati in trattamento sanitario obbligatorio e 6.000 minori ricoverati in reparti di psichiatria per adulti, e non lo possiamo più permettere, su questo tema c'è da fare qualcosa urgentemente, perché io non so più come arginare le famiglie che richiedono un intervento anche in sede politica, quindi buoni rapporti con tutti i parlamentari che in genere servono per portare all'attenzione questi problemi, ma la presidenza e la Commissione tutta penso che già sappiano che i minori che vanno a finire in ospedale per problemi di tipo psichiatrico o parapsichiatrico finiscono molto spesso nei reparti di psichiatria per adulti.

L'ultima rilevazione attendibile parla di 101 ricoverati in TSO e 9.000 ragazzi ricoverati in reparti di pediatria psichiatrica che non esistono, sono davvero davvero pochi, quindi vanno a finire nei reparti di psichiatria per adulti o direttamente nelle case famiglia ad alto contenimento, case famiglia che, come voi sapete, quando poi le andiamo a chiudere scopriamo che impropriamente qualcuna dava anche psicofarmaci di nascosto, non prescritti da nessuno.

Abbiamo quindi questa condizione che possiamo esaminare molto chiaramente con i dati ufficiali, eccesso diagnostico, incremento spaventoso di psicofarmaci ai ragazzi. Qui porto non solo quanto è dichiarato dal CNR nell'indagine che ha reso pubblica sui 200.000 minori che assumono psicofarmaci, ma anche sul fatto che 1 ogni 10 (il 30 per cento è la nostra statistica personale, di cui vi parlerò), il 10 per cento di questi ragazzi assume psicofarmaci senza prescrizione, quindi si comprende facilmente che li abbiano reperiti su *internet*, che è un canale.

Mi chiedo come questi psicofarmaci possano arrivare dalla casa farmaceutica, che li deve spedire con forme di assoluta sicurezza, in queste para-agenzie che poi vendono potenti sonniferi ai ragazzi via *internet*.

La verità (questa è la mia esperienza personale) è che i ragazzi acquistano gli psicofarmaci in farmacia senza prescrizione, usano tutte le tecniche che poi ci raccontano, ossia la tecnica dell'urgenza, si mettono a piangere, si buttano per terra, il farmacista è un vecchietto e si spaventa, ci sono mille soluzioni che ci vengono raccontate e prendiamo ovviamente come un racconto, però in effetti questo 30 per cento per quanto riguarda noi e un 10 per cento dichiarato dalla ricerca del CNR di Pisa è un dato che dobbiamo attenzionare.

Non dico che esista un mercato nero sommerso, ma esiste un'attenzione che deve essere posta, perché lo psicofarmaco per i ragazzi diventa una sorta di droga. L'attenzione dei genitori deve essere quella di comprendere che spesso i ragazzi prendono la prima pasticca di Tavor nell'armadietto farmaceutico nel bagno di famiglia o nei cassetti dei genitori, ma a fronte di tante diagnosi comprendiamo che, per quanto ci sia questo canale successivo al fatto che il ragazzo ha iniziato ad assumere psicofarmaci, c'è anche quello di *internet* o di altri mezzi attraverso cui il ragazzo se li procura.

A proposito di prevenzione e di presa in carico precoce, sono preoccupata della prevenzione perché, se la prevenzione diventa presa in carico precoce, diventa un percorso nuovamente medicalizzato. Noi siamo qui in una sede politica, quindi siamo in una sede sociale, e la presa in carico e la prevenzione, prima che essere medicalizzata, prima che essere strutturata, necessariamente è una presa in carico delle amministrazioni locali, necessariamente è una presa in carico sociale, perché nel momento in cui noi mettiamo in campo politiche scolastiche, scuola aperta, scuola che fa cultura, punti di aggregazione per i giovani e non soltanto per i bambini 0-8 anni o 0-10 anni, ma quando hanno finito la scuola media dove sono i centri di aggregazione culturali a misura di giovani, non a misura di bambini?

Quando scriviamo nei comprensori dei condomini romani (io ho molto diffuso queste foto) «vietato praticare qualunque genere di gioco», di che stiamo parlando?

Stiamo parlando di *cyberbullismo*, ma se non creiamo spazi di cultura, spazi di gioco, se fare sport costa tantissimo perché alcuni sport costano tantissimo, quindi ci sono sport per i poveri e sport per i ricchi, se non facciamo questa politica dalla base, con il coinvolgimento delle associazioni e di chi fa questo lavoro, con la presa in carico pedagogico-familiare, coinvolgendo la scuola, le agenzie, la presa in carico psichiatrica, se proprio deve arrivare, se non siamo in presenza di un danno biologico o neurologico, significa che noi, a partire da me, abbiamo fallito.

Il 2018 è l'anno europeo del patrimonio culturale, grazie alla presidente Blundo, all'onorevole Bechis e a tutti i senatori, gli onorevoli e le colleghe presenti, il patrimonio culturale è nell'anima dei nostri bambini e soprattutto i bambini sono l'anima del nostro patrimonio culturale. Grazie per il lavoro che potremo fare insieme.

PRESIDENTE. Grazie alla professoressa Vincenza Palmieri per questa audizione così puntuale e chiara, ma anche così sconcertante, perché purtroppo sconcertanti sono i numeri che la professoressa ci ha dato; parlare di un aumento del 40 per cento rispetto ai dieci anni precedenti credo che debba farci porre notevoli domande e debba metterci in una posizione di veri interventi politici.

Ringrazio ancora la professoressa, rimando a dopo le domande e sono contenta che finalmente siamo riusciti ad avere queste audizioni che sarebbero state interne all'indagine conoscitiva sui minori fuori famiglia, ma si collegano al tema della salute psicofisica dei minori e quindi al *focus* sulla salute mentale dei minori.

Lascio la parola ai colleghi che desiderino intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

DONELLA MATTESINI. Grazie, presidente, ringrazio gli auditi e tengo a precisare di aver proposto questa questione della salute mentale perché è un tema che ritengo assolutamente fondamentale e poco all'attenzione della politica, della cultura e dei *mass media*, è un tema di cui non si

parla come non si parla della sessualità, come non si parla della vita dei minori.

Prima abbiamo parlato del fatto che non ci sono dati, purtroppo questo è un male dell'Italia, nel senso che viviamo nell'emergenza, ad esempio ci occupiamo di vaccini, abbiamo il decreto in Senato ma non abbiamo l'anagrafe vaccinale nazionale, la introdurremo con il decreto, ma non ci sono dati che permettano di programmare in generale, quindi mi ha colpito il fatto che lei ci abbia fornito una serie di dati importanti.

Le volevo chiedere quindi da dove risultino questi dati, per poter ulteriormente interagire, se abbiamo una dimensione di carattere nazionale, come li abbiate composti, perché questo è un punto particolarmente importante.

Condivido il fatto che rischiamo di avere una sanitarizzazione, perché quel tema fondamentale che si chiama integrazione vuol dire occuparsi non di un segmento, ma della totalità di quella persona, in questo caso integrazione sociosanitaria, scolastica, educativa. È un tema vero e quindi un impegno che dobbiamo assumere, altrimenti diventa una somma di interventi sconsiderati che rischiano di entrare in contraddizione tra loro, creando ulteriori problemi nella persona che li riceve e che come se fosse un sacco vuoto riceve l'intervento del sostegno, poi quello dello psicologo e degli altri.

La mia esperienza sul territorio è che esista una difficoltà diffusa di presenza e di organizzazione della neuropsichiatria infantile in generale, però anche laddove funziona c'è un approccio iniziale che non arriva mai al servizio pubblico, parte in genere un intervento privato, forse perché fa riferimento anche al meccanismo che dicevano loro, nel senso che, se vado da un privato, c'è una *privacy*, un meccanismo di autotutela e difficoltà ad affrontare il tema del disagio, che è cosa diversa dalla malattia.

Dobbiamo arrivare alla diagnosi perché, a meno che non ci sia un danno neurologico, c'è un disagio. I disturbi dell'apprendimento ad esempio sono disagio o malattia? Il confine è labile. Mi interessa co-

munque capire come abbiate raccolto i dati, se siano uniformi sul territorio oppure l'uso di psicofarmaci riguardi le grandi città o alcune regioni, per modulare interventi e proposte che possano essere più efficaci, anche se il tema è generale.

PRESIDENTE. Prima di lasciarvi la parola per rispondere volevo aggiungere anche le mie domande. Sicuramente per l'aumento delle difficoltà scolastiche che vengono diagnosticate come disturbi la legge 170 del 2016 sui DSA permette di considerare soltanto il riferimento alla neuropsichiatria infantile, quindi possono essere disagi o derivare da altro, e forse abbiamo troppo indirizzato verso un canale psichiatrico, sanitario, e non verso un canale di prevenzione all'interno della scuola, con un ruolo del pedagogo più presente e più riconosciuto, che attualmente manca.

Mi dispiace che sia andata via la collega Iori che ha presentato il disegno di legge sul riconoscimento degli educatori e dei pedagogisti che purtroppo resta fermo e non vede ancora la luce, mentre sarebbe importante questa figura che è rimasta molto marginale, se non per esclusive sperimentazioni che sono state fatte in alcune scuole del sud e non so se anche del centro o del nord.

Sempre riferendomi all'indagine conoscitiva che ho promosso sui minori fuori famiglia e che riguarda lo stato psichico e di salute di questi ragazzi, volevo chiedere alla dottoressa Vincenza Palmieri se le risultati che il numero dei bambini diagnosticati e il numero dei 6.000 minori ricoverati sia dovuto a questa condizione di istituzionalizzazione e di allontanamento dalla famiglia d'origine, perché mi vengono segnalate situazioni di bambini che all'interno degli istituti presentano condizioni di grave disagio psichico, non ultima una bambina con eczemi dovuti a uno *stress*, quindi mancano studi e indagini sullo stato di salute dei bambini istituzionalizzati. Per questo avrei voluto queste audizioni all'interno di quell'indagine, però le abbiamo posticipate perché sono a cavallo di due indagini, quindi vorrei conoscere la situazione.

Mi dispiace moltissimo per la successiva audizione del MOIGE che arriva a ridosso della conclusione, ma purtroppo ho chiesto che le audizioni della Commissione fossero in giorni diversi da quelli di lavoro parlamentare e il martedì non è un giorno molto felice.

Do la parola alla dottoressa Palmieri per la replica.

VINCENZA PALMIERI, presidente dell'Istituto nazionale di pedagogia familiare (INPEF). Cercherò di essere brevissima, quindi darò delle risposte sintetiche. I dati sono il frutto della mia ricerca personale e della ricerca dei miei collaboratori e di tutto lo *staff*, si trovano in rete e basta mettersi studiarli per ore e ore, perché sono dati Istat, della Glaxo o del CNR, dati che a noi addetti ai lavori spesso vengono inoltrati, abbiamo i nostri canali per cui, se esce un comunicato stampa come quello dell'anno scorso che parla di 200.000 studenti italiani, primi in Europa per uso di psicofarmaci, salta subito all'attenzione, perché facciamo questo lavoro 365 giorni all'anno.

Andiamo a reperire e poi mettiamo insieme i numeri che sono nazionali e abbiamo anche una suddivisione regione per regione, e sono molto felice di sapere che la Basilicata, la mia regione di provenienza (sono di Matera) sia la regione dove si somministrano meno psicofarmaci.

Come diceva la presidente prima e come abbiamo evidenziato tutti, c'è un rischio di sanitarizzazione, un rischio abbastanza concreto. È chiaro che la struttura pubblica dà un servizio veloce e per essere veloce ha un indirizzo sanitario, non può essere un impegno a prendere in carico dal punto di vista spirituale, metodologico, attento; ascoltiamo i genitori, ascoltiamo i nonni, ascoltiamo gli zii, come facciamo noi che siamo un istituto di pedagogia familiare, quindi è chiaro che il privato, che deve essere accessibile e sostenibile, offre un servizio a volte successivo a quello della struttura pubblica.

Nel nostro caso vanno prima alla struttura pubblica, ma magari poi non si ritrovano in quello che è stato l'indirizzo, nei sistemi dispensativi, nei sistemi compensa-

tivi ai sensi della legge 170 sui DSA, sebbene li avessero accettati perché inizialmente sedotti dal fatto che, se avessero accettato la diagnosi di disturbi specifici dell'apprendimento, il loro figliolo non sarebbe stato bocciato. Quando poi si accorgono con il passare degli anni che non è proprio così, che il ragazzo riceve un programma dimezzato e incomincia a manifestare altre difficoltà, chiedono di uscire da questa strettoia dei DSA, perché in Italia siamo tutti dislessici, è scoppiata una pandemia, che è successo?

L'attenzione alla scuola è fondamentale, perché rimane la prima agenzia per 10 milioni di ragazzi e dovremmo stare tutti i giorni lì perché ci sono tutti questi ragazzi, con il pedagogo nella scuola, la scuola aperta al territorio, il pedagogo familiare che crea rete, gli insegnanti che tornano a fare gli insegnanti e non i diagnostici, perché la legge 170 (la presidente Blundo mi perdonerà se anticipo qualche elemento dei nostri lavori) dà mandato agli insegnanti della scuola materna di individuare gli elementi predittivi dei disturbi dell'apprendimento, con uno sconfinamento nell'area sanitaria.

Per quanto riguarda la sanitarizzazione e se i DSA sono un disturbo o meno, sicuramente non possono essere un disturbo perché la legge parla di ben altro, abbiamo riscontrato come una mancanza di esercizio non possa essere riconducibile a una patologia e spero che ci siano audizioni dove si possa affrontare compiutamente anche con i dati questo tema.

Perdonatemi per la celerità nella risposta, ma voglio consentire alla collega di avere il suo spazio. In settimana vi fornirò i dati tramite gli uffici della Commissione.

PRESIDENTE. La collega Mattesini ci deve lasciare perché ha un impegno in altra Commissione, però preannuncio che a settembre ci sarà un convegno per approfondire il tema, quindi la professoressa Vincenza Palmieri avrà modo di presentare al meglio le proposte e i lavori finora fatti.

Lascio la parola alla dottoressa Elisabetta Scala.

ELISABETTA SCALA, vicepresidente del Movimento italiano genitori (MOIGE). Grazie di questo invito e grazie anche perché la nostra associazione fa un lavoro diverso da quello che fate voi, che è più specialistico; noi siamo un'associazione di genitori, quindi ci fa piacere che ci abbiate chiamato, perché siamo parte in causa di tutto questo, l'altra faccia della medaglia.

Faccio una breve premessa sull'attività che noi svolgiamo su vari campi a cui avete accennato nel documento che ci avete fatto avere e mi soffermerò alla fine su un *focus*, perché abbiamo pensato che tra tanti temi valesse la pena di sceglierne uno e approfondirlo, mentre sugli altri di cui sicuramente avranno parlato altri, sicuramente ci sarà modo di parlarne.

Noi ci occupiamo da tanto tempo di prevenzione, come associazione di genitori lavoriamo soprattutto in questo campo su cui siamo convinti sia importante investire di più, perché, come dicevate anche voi, il risultato è positivo quando i bambini, i ragazzi e gli adolescenti non arrivano da noi, e questo si può fare soltanto con un buon lavoro di prevenzione.

Noi lavoriamo tantissimo con le scuole, perché genitori e minori si incontrano nella scuola, è il luogo in cui bisogna fare questo lavoro, ma in Italia purtroppo sulla prevenzione si investe sempre poco, il problema emerge in caso di fatti eclatanti di cronaca, come ad esempio *blue whale* e il problema del *cyberbullismo*, il problema del suicidio giovanile, ma quanto si può fare prima?

Noi stiamo facendo tanto e c'è moltissima richiesta da parte delle scuole, ad esempio sulla prevenzione negli ambiti delle dipendenze, che sono strettamente legati a un certo tipo di disagio psichico degli adolescenti, perché tutto ciò che porta alla dipendenza non aiuta il ragazzo a superare una serie di difficoltà, ma anzi lo getta ulteriormente in altre dipendenze, quindi partendo dal fumo di sigaretta, il cui uso nei minori è cresciuto nonostante il divieto sia stato innalzato e ben venga, perché sicuramente ha un'efficacia almeno dal punto di vista del ricordare che non fa bene ai minori fumare ancora di più che ai

maggioresni così come per l'alcol, sino al tema delle droghe.

C'è una grandissima confusione nei ragazzi sul fatto che una droga faccia male e a loro avviso faccia anche bene, perché vanno su *internet* e riescono a trovare i pro e i contro, per cui dicono che ci sono gli effetti negativi, ma ci sono anche quelli positivi, come se gli uni potessero compensare e annullare gli altri; immagino vi capiti spesso di dover chiarire innanzitutto questo ai ragazzi, che neanche hanno idea del male che si stanno facendo: l'informazione è un tema importante che ci porta al discorso di *internet*.

Mi preme chiedervi se possiate fare qualcosa rispetto ai siti *internet* perché, se la Polizia postale può intervenire su un sito pedopornografico, purtroppo non può intervenire su un sito pro Ana (che cioè promuove l'anoressia) o su un sito che inneggia al suicidio giovanile – adesso forse su *blue whale* qualcosa si è fatta, però non li possono oscurare – o su un sito che mostra immagini di bullismo.

Queste cose creano nel giovane un disagio così rapido che non permette di intervenire e di poter fare qualcosa prima che sia troppo tardi, perché ho in mente dei casi in cui l'adolescente che aveva provato una volta a suicidarsi e magari si è iniziato a intervenire perché si era capito che aveva una depressione grave, su *internet* ha poi trovato il modo di riuscirci la seconda volta, prima che si potesse fare qualcosa.

Questo non aiuta noi genitori: è vero che dobbiamo controllare, ma come facciamo a controllare un adolescente che naviga su *internet*? Un conto è un bambino, un conto è un'adolescente, quindi qui c'è tutto il tema delle depressioni giovanili che non vanno sottovalutate.

Non mi soffermo su altre cose che stiamo facendo, ma conoscete la nostra associazione e trovate i progetti sul nostro sito. Per quanto riguarda il tema delle diagnosi di DSA o di BES, purtroppo c'è una ricerca della diagnosi perché a volte c'è una situazione della scuola molto rigida. Se non si riesce a far sì che si personalizzi l'apprendimento di un bambino o di un ragazzo,

questo sarà costretto ad avere la diagnosi per ottenere che per esempio gli si dia più tempo per fare un compito o per acquisire una nozione, cosa che si potrebbe fare con dei semplici strumenti di compensazione che potrebbe applicare un qualsiasi insegnante.

Purtroppo questo non avviene perché bisogna seguire schemi rigidi, quindi c'è la ricerca disperata della diagnosi di dislessia, della diagnosi di BES. Penso ad esempio a tanti casi di bambini adottati, che hanno una serie di disagi legati all'adozione che non vengono compresi, quindi la ricerca del BES, perché altrimenti non possono ottenere dalla scuola la personalizzazione dell'educazione e dell'istruzione.

Vorrei trasmettervi un documento su una questione che stiamo approfondendo come associazione in collaborazione col professor Umberto Cantelmi, noto neuropsichiatra, esperto di tematiche riguardanti l'adolescenza e specialmente adolescenti e mondo dei *media*, ed è il problema dell'ipersessualizzazione dei minori, che poi si lega a tutto un discorso di educazione che non può essere soltanto sanitaria o sessuale, ma di educazione affettiva, che probabilmente manca ai nostri ragazzi.

Si tratta del frutto di uno studio molto approfondito del professor Cantelmi, con il quale stiamo verificando gli effetti sugli adolescenti, ma anche sui bambini e sui minori, tema ancora poco trattato qui in Italia, su cui, visto che negli Stati Uniti e in Gran Bretagna ci stanno ponendo molta attenzione, forse noi possiamo intervenire prima, evitando che i nostri ragazzi giungano all'eccesso dei Paesi anglosassoni.

Ringrazio ancora per l'attenzione dimostrata nel chiamare noi genitori, perché purtroppo in altre sedi abbiamo dovuto constatare che, in situazioni di disagio dei minori, i genitori vengano considerati incapaci o inadeguati al loro compito, come se dovessero essere scavalcati o messi da parte perché assenti. È vero, noi genitori faticiamo a svolgere il nostro ruolo, ma a maggior ragione dobbiamo essere invece inclusi in questo percorso, dobbiamo essere responsabilizzati e, laddove sbagliamo, essere corretti e aiutati, perché i problemi

degli adolescenti non si risolvono se non si aiutano i genitori a essere dei buoni genitori.

PRESIDENTE. Ringrazio tantissimo la dottoressa Elisabetta Scala, vicepresidente del MOIGE. Voglio anche informarla che questa audizione, insieme alle altre sullo stesso tema, verrà trasformata in un documento; la trascrizione di quanto è stato detto sarà a disposizione di tutti i colleghi, anche quelli non presenti oggi, e ciò che lei lascia come materiale verrà inviato dagli

uffici della Commissione a tutti loro, quindi l'essere stata qui è prezioso per noi e per tutta la Commissione e non verrà trascurato.

Ringrazio vivamente gli altri auditi e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 14.30.

*Licenziato per la stampa
il 1° marzo 2018*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

ALLEGATO

Contributo del MOIGE.

**La salute mentale dei minori:
il ruolo della ipersessualizzazione moderna**



Il termine "sessualizzazione culturale e dei media" si riferisce al modo con cui la sessualità sia di recente diventata non solo molto "visibile", ma anche molto "vissuta" attraverso i media, contenuti di tipo sessuale pervadono i programmi televisivi e cinematografici, le immagini pubblicitarie, le riviste, internet e gli altri media di intrattenimento.

I messaggi relativi alla sessualità sono troppi, troppo svincolati dal rapporto d'amore, troppo rappresentativi della felicità e del rapporto di coppia a scapito degli altri aspetti dell'intimità personale, troppo inappropriati per il pubblico dei media-dipendenti e dei più vulnerabili; raggiungono infine troppo presto il pubblico dei minori così da violare il loro diritto a una formazione sana ed equilibrata. La sessualità "servita" nei programmi ed alla quale si allude nelle scene di film e attraverso i messaggi pubblicitari è di tipo istintivo, trasgressivo e spettacolare; i comportamenti sessuali prevalgono sugli altri aspetti del rapporto interpersonale, la sessualità è presentata come ricreativa e senza conseguenze negative, sempre appropriata e dalle conseguenze solo positive.

Tale ipersessualizzazione parrebbe attivare un marketing dove i "prodotti" sono venduti e proposti con l'ovvia e primaria intenzione economica, per fare audience, interessare, coinvolgere, stimolare e agganciare lo spettatore e



l'acquirente, senza troppo badare all'aspetto diseducativo, rischioso, eccessivo o inappropriato.

Numerosi sono gli stimoli presenti a livello "implicito" che vengono comunemente ritenuti innocui: la presenza decorativa di "bei" corpi femminili (o maschili), almeno seminudi e seducenti, accanto a qualsiasi prodotto da vendere, sui cartelloni pubblicitari per la strada, la donna è utilizzata come "bella decorazione" della scena, spesso è "oggetto" di godimento del maschio. Le battute e le allusioni verbali sulla sessualità sono ormai linguaggio comune, anche nei salotti serali televisivi.

Se è vero che i *mass media* siano i primi informatori in tema di sessualità, allora è d'obbligo pensare all'effetto di questa esposizione all'ipersessualizzazione dei messaggi che circolano e che sommergono bambini e adolescenti.

Questo piacere indotto, ricercato e spesso subdolamente pervasivo genera dei rischi, alcuni effetti riguardano sintomatologie di tipo depressivo, ansioso, dissociativo e connotate da dipendenze disfunzionali (come una "droga"). La "pulsione" primaria da soddisfare è quella del piacere sessuale, a prescindere dalla sua integrazione con le aree socio-affettiva, valoriale ed esistenziale. I bambini di quattro o cinque anni si concentrano sull'apparenza fisica che tende alla *sexiness* (magrezza e apparenza fisica), quelli della scuola primaria pongono attenzione alla *sexiness* che tende all'allusione sessuale, i prepuberi pensano ai rapporti sessuali disimpegnati, fino ai più grandi concentrati e ormai "erosi" dalla pornografia. L'impoverimento delle risorse personali e della qualità delle relazioni umane, sessismo, stili di vita incentrati sulla ricerca del "piacere" inteso in senso meramente consumatorio, sono solo alcuni risvolti di questo sovraccarico di messaggi fortemente erotizzati.

Attori, personaggi televisivi e mediatici, strumentalizzano la sessualità per incrementare la loro notorietà, indicando comportamenti sessuali percorribili magari con la sola fantasia condizionando fortemente lo standard idealizzato, desiderato, ricercato ed imitato.



Cresce la confusione fra sessualità reale e sessualità virtuale descritta dai media, essendo quest'ultima fundamentalmente disimpegnata e spesso descritta come il cardine assoluto della soddisfazione umana e dei rapporti interpersonali in genere, i limiti con la pornografia si fanno più sfuggenti e di fatto oltrepassati. Le foto di donne sexy, secondo alcuni studi, alterano la percezione maschile della donna "come se i maschi pensassero di agire direttamente su quei corpi femminili" come se le donne "non fossero completamente esseri umani".

L'esposizione a contenuti sessuali espliciti (per esempio online) aumenta la percezione che i comportamenti in essi descritti siano realistici e utili e di conseguenza cresce un'attitudine strumentale nei confronti della sessualità, prettamente legata al corpo e slegata dalla relazione.

E' opportuno non minimizzare gli effetti di questo esasperato atteggiamento consumistico rispetto alla sessualità: l'ipersessualizzazione mediatica plasma una spontaneità contraria alle soddisfazioni esistenziali legate alla responsabilità e all'amore per l'altra/o, avvilisce le capacità e le esperienze di empatia, tenerezza e interesse per l'interiorità propria e altrui, produce un cuore sempre più "intossicato" e insensibile ai richiami della coscienza, e ostacola la vocazione interiore a una realizzazione pienamente umana.

Fonte: Mugnaini D., Cantelmi T., Lambiase E., *Erosi dai media - la trappola dell'ipersessualizzazione moderna*, Stefano Lassi Edizioni S. Paolo, 2011.



17STC0026100