
XIX LEGISLATURA

Doc. **XVII-bis**
n. **7**

**DOCUMENTO APPROVATO
DALLA COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA**

nella seduta del 3 dicembre 2025

A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

deliberata nella seduta del 18 ottobre 2023

**SULLA FRAGILITÀ EMOTIVA E PSICOLOGICA DEI PIÙ GIOVANI ANCHE
DA UN PUNTO DI VISTA NEUROPSICHIATRICO, CON *FOCUS* SU DEPRES-
SIONE, AUTOLESIONISMO, DISORDINE ALIMENTARE FINO ANCHE ALLA
FORMA PIÙ GRAVE, IL SUICIDIO**

(Articolo 144, comma 3, del Regolamento della Camera dei deputati)

Trasmesso alle Presidenze il 3 dicembre 2025

PAGINA BIANCA

INDICE

1. L'obiettivo dell'indagine	Pag.	5
2. Il contributo dell'Istituto Superiore di Sanità	»	6
3. Il punto di vista degli specialisti	»	12
4. Le attività delle associazioni e degli enti del Terzo settore	»	16
5. Le iniziative e le proposte delle Istituzioni	»	19
5.1 L'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza	»	19
5.2 Le iniziative del Ministero della Salute	»	22
5.3 Il quadro epidemiologico	»	23
5.4 Iniziative del Ministero della Salute nell'ambito della tutela della salute in età evolutiva e nei giovani	»	26
5.5 Le iniziative del Ministero dell'Istruzione e del merito	»	40
5.6 Le iniziative del Ministero per la Famiglia, la natalità e le pari opportunità	»	44
6. Conclusioni	»	46
Appendice	»	49

PAGINA BIANCA

1. L'obiettivo dell'indagine

La salute mentale dei bambini e degli adolescenti, ad avviso della Commissione, costituisce uno degli aspetti fondamentali per un corretto sviluppo psicofisico in età adulta. Peraltro, oltre la metà delle patologie neuropsichiatriche in età adulta, secondo i dati forniti dal Ministero della Salute, sembrerebbe insorgere prima dei 14 anni. Le fragilità emotive e psicologiche dei minori che poi sfociano in situazioni patologiche sono aumentate in maniera esponenziale nell'ultimo decennio. Si è passati infatti dai 155 accessi l'anno al pronto soccorso per richieste di supporto neuropsichiatrico del 2011, ai 1824 del 2021 ⁽¹⁾.

Nel programma dell'indagine si è messo in evidenza che i fenomeni di depressione, ansia ed autolesionismo, fino ad arrivare all'ideazione e ai tentativi di suicidio, costituiscono una realtà diffusa, anche in età infantile e adolescenziale. Già prima dell'insorgenza della pandemia da Covid la richiesta di aiuto in tal senso da parte dei minori risultava in aumento. L'insorgere della pandemia ha determinato quindi un'esplosione dei disturbi dell'umore nei minori, un malessere psicologico diffuso, che è difficilmente gestibile dalle sole famiglie.

L'indagine conoscitiva, deliberata dall'Ufficio di presidenza della Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza il 23 ottobre 2023, ha approfondito, con lo svolgimento di audizioni mirate, l'impatto e le conseguenze di tali disturbi della sfera emotiva dei minori, considerando il livello complessivo dell'emergenza neuropsichiatrica, soprattutto in relazione alle strutture di prima accoglienza e a quelle terapeutiche residenziali e semiresidenziali esistenti sul territorio, indispensabili per garantire interventi di maggiore complessità e intensità, anche al fine di evitare l'ospedalizzazione, come in seguito specificato. La presa in carico precoce di bambini e ragazzi con disturbi della condotta rappresenta un obiettivo di lungo periodo idoneo a trattare, sin dall'esordio, problematiche che, se trascurate, possono sfociare in problemi comportamentali più gravi. In tale contesto si è tenuto conto dei più recenti approfondimenti svolti dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in materia.

La Commissione si è posta l'obiettivo di individuare le politiche più adeguate a promuovere il benessere mentale dei bambini e degli adolescenti allo scopo di farne degli adulti sani, consapevoli ed autonomi. La finalità dell'indagine peraltro si inquadra nell'ambito delle competenze attribuite alla Commissione dalla legge istitutiva (legge 23 dicembre 1997, n. 451) che all'articolo 1, comma 1, riconosce alla stessa funzioni di indirizzo e di controllo – tra le altre – anche sulla concreta attuazione « della legislazione relativa ai diritti e allo sviluppo dei soggetti in età evolutiva ».

L'indagine si è articolata secondo il seguente ciclo di audizioni: Ministro della Salute; Ministro dell'Istruzione e del merito; Ministro per la Famiglia, la natalità e le pari opportunità; Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza; esperti in pediatria, psichiatria infantile e

(1) Vedi https://www.epicentro.iss.it/mentale/bambini_adolescenti.

psicologi; rappresentanti di enti e associazioni attivi nel campo della tutela del diritto alla salute dell'infanzia e dell'adolescenza.

Complessivamente, sono state svolte, dal gennaio 2024 al novembre 2025, 13 audizioni, che hanno coinvolto complessivamente 17 esperti della materia e 4 rappresentanti delle Istituzioni.

2. Il contributo dell'Istituto Superiore di Sanità

La pandemia Covid e le misure adottate per il suo contenimento hanno avuto effetti rilevanti nella vita quotidiana delle persone, specialmente quelle di minore età, con conseguenze sul loro benessere psico-fisico e sulla prevalenza di disturbi neuropsichici, in rilevante aumento già in epoca pre-pandemica.

I diritti dei bambini e dei ragazzi – al gioco, allo sport, al tempo libero, allo sviluppo delle potenzialità, alla socializzazione – durante la fase pandemica acuta e in quelle successive, sono stati compressi. Lo *stress*, le restrizioni alla mobilità, le limitazioni delle relazioni sociali e l'impatto sulla condizione lavorativa, con le difficoltà del mercato del lavoro causate dallo *shock* pandemico, hanno comportato periodi di incertezza complessiva, i cui risvolti economici e sociali hanno peggiorato situazioni di vulnerabilità preesistenti, soprattutto tra bambini e ragazzi che, in una fase molto delicata della loro vita, hanno visto una compromissione del proprio benessere mentale ⁽²⁾.

Subito dopo le prime settimane di *lockdown*, nel maggio 2020 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) diffondeva il documento *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19* elaborato in collaborazione con le principali sigle scientifiche e professionali del mondo della pediatria e della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e con il supporto dell'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza (AGIA), con lo scopo di evidenziare le condizioni di rischio e proporre strategie di promozione dello sviluppo neuropsichico nel minimo rischio possibile di contagio per bambini, adolescenti e i loro familiari.

Prima dell'inizio del 2021 venivano diffusi numerosi segnali d'allarme dai presidi territoriali e ospedalieri di accoglienza e cura delle persone di minore età, i quali registravano un incremento di minorenni con disturbi neuropsichici, ed in particolare di ansia e disturbi dell'umore, comportamenti autolesivi, disturbi del comportamento alimentare e del sonno, disturbi della condotta, abuso di alcol o sostanze e ritiro sociale, soprattutto in riferimento agli adolescenti.

Nel marzo 2021, l'ISS coordinava l'attivazione di una Rete interregionale dedicata all'analisi del fenomeno e, attraverso un'iniziativa finanziata dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione e del merito, l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e le Regioni – in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 – promuoveva la sua trasformazione in un Gruppo di Coordinamento interregionale stabile nell'ambito del progetto *Effetti dell'emergenza pandemica Covid 19 sui minori di età: strategie di*

(2) Cfr. l'audizione di Elisa Fazzi, professoressa ordinaria di neuropsichiatria infantile presso l'Università degli Studi di Brescia e presidente della Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SINPIA) – res. sten. del 16 ottobre 2024.

prevenzione e contrasto delle problematiche di salute mentale e delle dipendenze (Bando CCM 2021⁽³⁾).

Nell'ambito di questa progettualità, veniva sviluppato un modello di analisi mirata dei flussi informativi regionali e nazionali esistenti, tramite la definizione condivisa di indicatori robusti adeguatamente calibrati rispetto alle realtà organizzative locali e tale da poter essere applicato in modo tempestivo e aggiornato semestralmente. Il Gruppo di Coordinamento Interregionale predispone, in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i contenuti formativi e un manuale per sostenere campagne di prevenzione e promozione del neurosviluppo e della salute mentale e per il contrasto delle dipendenze, particolarmente per coloro in situazione di maggiore vulnerabilità o rischio.

Dal 2022, in linea con questa progettualità, l'ISS e l'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza (AGIA) stanno conducendo una ricerca nazionale finalizzata a quantificare e qualificare le condizioni di rischio e i disturbi del neurosviluppo e della salute mentale dei bambini e degli adolescenti per attivare strategie di supporto dirette ai soggetti in condizioni di fragilità o a rischio. Questa ricerca clinica ed epidemiologica prevede l'organizzazione di *focus group* multiprofessionali e multidisciplinari con esperti che operano nell'ambito psico-sociale, educativo e sanitario in contatto con le persone di minore età⁽⁴⁾.

L'indagine epidemiologica è stata avviata nel novembre 2023 – in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione e del merito e gli Uffici Scolastici regionali – nelle scuole di 5 Regioni italiane⁽⁵⁾ per individuare la popolazione a rischio di disturbi e per orientare i ragazzi e le loro famiglie ai servizi di accesso e presa in carico prossimali.

L'analisi è stata condotta sui flussi dei dati regionali e nazionali relativi ai servizi ospedalieri (schede di dimissioni ospedaliere e flusso informativo dell'Emergenza Urgenza) dal 2017 al 2022.

Tale scelta è legata principalmente a due motivi.

In primo luogo, l'accesso ai servizi ospedalieri è deputato alle situazioni più complesse e gravi, che richiedono un'assistenza tempestiva, intensiva e appropriata per poter recuperare la propria salute mentale compromessa. Inoltre, rispetto a tali situazioni, sia in epoca pre pandemica sia ancor più in epoca pandemica, vi sono state numerose segnalazioni di difficoltà nell'accesso ai servizi e di carenza di strutture appropriate a garantire le risposte necessarie. Da tempo è segnalata la disomogeneità tra Regioni/Province Autonome nei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), relativamente a mandati, organizzazione, tipologia e quantità delle risorse umane, presenza delle diverse tipologie di strutture indispensabili (territoriali, semiresidenziali, residenziali, di ricovero).

L'Istituto riferisce che particolarmente rilevante è la carenza di posti letto per il ricovero ordinario di NPIA: nel 2021 erano presenti in totale 403 letti di ricovero ordinario di NPIA a livello nazionale, corrispondenti a 4 letti ogni 100.000 abitanti di età compresa tra 0 e

(3) https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/archivio-2021.

(4) I risultati di questa prima fase di ricerca sono stati diffusi nel maggio 2022 attraverso la pubblicazione « *Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi* » e una pubblicazione scientifica sulla rivista *Journal of Clinical Medicine*.

(5) Regione Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania e Sicilia.

17 anni a fronte di un tasso minimo necessario di 7 letti ogni 100.000 abitanti, con inoltre ben 5 regioni totalmente prive di letti di ricovero ordinario di NPIA. Il tasso di posti letto italiano è tra i più bassi d'Europa, seguito solo da Spagna e Portogallo ⁽⁶⁾.

In secondo luogo, il *focus* sulla risposta alle situazioni di acuzie è legato alla tipologia e qualità di flussi disponibili a livello nazionale. In Italia, ad oggi, non esiste un flusso informativo nazionale sui disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza e il suo sviluppo rappresenta uno degli obiettivi prioritari evidenziati nelle « *Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza* » (Conferenza Unificata, luglio 2019), in corso di realizzazione. Pertanto, le valutazioni effettuate sugli accessi ai servizi sono riferite a campioni poco rappresentativi e a dati raccolti in maniera non sistematizzata. Nella maggior parte delle Regioni/PA, infatti, il monitoraggio delle attività di NPIA avviene tramite i flussi amministrativi ambulatoriali *standard*, che riescono a descrivere solo in minima parte le caratteristiche di utenti complessi e multiproblematici come quelli seguiti dai servizi di NPIA. Circa il 90 per cento degli utenti con disturbi NPIA necessitano esclusivamente di interventi ambulatoriali, per i quali solo in Emilia-Romagna, Piemonte e parzialmente in Toscana esiste un flusso specifico, mentre in Lombardia e Veneto vi è un flusso ambulatoriale aspecifico. Relativamente ai ricoveri ordinari e di *day hospital*, le informazioni sono presenti nel flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (flussi SDO); tuttavia, fino ad oggi esse non sono mai state analizzate a livello nazionale in modo appropriato, sistematico e tempestivo considerando i seguenti fattori: età, codici diagnostici, luogo di ricovero, ed altri aspetti specifici, ad esempio i tentati suicidi.

Una importante criticità è legata al luogo dove avvengono i ricoveri ordinari: una parte rilevante di essi avviene in luoghi non appropriati per età o per tipologia di disturbi, ad esempio in reparti di psichiatria per adulti o pediatrici, proprio per l'assenza di un numero sufficiente di posti letto di ricovero ordinario di NPIA, con rilevante impatto sulla continuità di cura e sugli esiti.

Globalmente, i risultati evidenziano rilevanti criticità nell'assistenza e nella continuità di cura per disturbi psichiatrici acuti e/o che richiedono l'accesso alle strutture ospedaliere di bambini e adolescenti (0-17 anni) tra il 2017 e il 2022, ed una rilevante disomogeneità interregionale delle risorse strutturali e umane a disposizione. In particolare, l'assistenza ospedaliera e sanitaria distrettuale – residenziale, semi-residenziale e dei centri ambulatoriali – risulta essere deficitaria e fortemente disomogenea per quanto riguarda la distribuzione regionale e la dotazione di risorse dei servizi territoriali, semi-residenziali e residenziali nonché per il numero dei posti letto di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, in particolare in confronto ai posti letto di pediatria e psichiatria.

La disomogeneità di cura interregionale e l'insufficienza degli investimenti è stata evidenziata anche in relazione alle spese sanitarie per l'assistenza neuropsichiatrica territoriale (attività residenziale, semi-residenziale, ambulatoriale e domiciliare) delle diverse Regioni tramite

(6) I Paesi europei con un maggior tasso di posti letto per popolazione sono la Germania e l'Olanda (Signorini et al., 2018), tra 10 e 15 volte superiore a quello italiano.

l'analisi dei costi del SSN, ricavati dai modelli di rilevazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Tramite l'analisi dei dati provenienti dal Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR) è stato possibile analizzare gli accessi in pronto soccorso (PS) per disturbi psichiatrici dei minorenni, dal 2017 al 2022. Si è registrato un aumento degli accessi al PS in epoca pre-pandemica (2017-2019), seguito da una netta diminuzione in epoca pandemica (2020), sebbene meno marcata di quella avvenuta per le altre tipologie di disturbi, e un progressivo aumento in epoca post pandemica (2021-2022) che numericamente non ha ancora raggiunto i valori del 2019. L'Istituto rileva che, ciononostante, si è assistito ad una evidente modificazione dei quadri clinici, con un aumento della complessità, un aumento dei disturbi dell'umore, dei disturbi d'ansia, dei disturbi del comportamento alimentare e dei disturbi della condotta, nonché un maggior numero di accessi nel sesso femminile ⁽⁷⁾.

L'andamento longitudinale mostra un aumento degli accessi in PS nei minorenni per molti gruppi diagnostici, in particolare nelle fasce d'età 11-13 e 14-17, in alcuni di essi sia in epoca prepandemica che postpandemica. Si registrano anche differenze in base al genere. In particolare, le bambine e le ragazze con « Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare », hanno visto un particolare incremento nell'accesso in PS, già presente tra il 2017 e il 2019 e divenuto ancora più marcato tra il 2019 e il 2022, a fronte di una significativa disparità e disomogeneità dei percorsi assistenziali dedicato a questo tipo di disturbi nelle diverse Regioni italiane, come risulta dalla mappatura dei centri dedicati ai DNA in Italia da parte dell'ISS. Anche l'aumento degli accessi per sindromi affettive è particolarmente marcato nelle femmine, e prevalentemente localizzato in epoca post pandemica, con accessi che divengono tre volte più numerosi di quelli dei maschi.

L'aumento di complessità dei quadri e della gravità e urgenza del fenomeno si evidenzia nell'aumento progressivo negli anni degli accessi in PS considerati come medio gravi o gravi in sede di *triage* ⁽⁸⁾, già evidente in epoca prepandemica, ma ulteriormente amplificato in epoca postpandemica. Nello specifico, a partire dall'anno 2020, si è registrato un ulteriore aumento dei « codici gialli » per preadolescenti e adolescenti, fino a quasi a raddoppiare, così come un incremento dei « codici rossi ».

Lo stesso *trend* si osserva, da marzo 2020 a dicembre 2022, attraverso l'analisi dei dati delle SDO regionali che evidenziano un aumento rilevante dei ricoveri ordinari nelle ragazze con « Sindromi affettive » (dal 2021) e « Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare » (dal 2020), con un numero di ricoveri all'incirca raddop-

(7) Cfr. l'audizione di Elisa Fazzi, professoressa ordinaria di neuropsichiatria infantile presso l'Università degli Studi di Brescia e presidente della Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SINPIA) – res. sten. del 16 ottobre 2024.

(8) Il *triage* è il processo di valutazione e selezione rapida dei pazienti per determinare la priorità di trattamento in contesti come il pronto soccorso. L'obiettivo è stabilire l'ordine di accesso alle cure in base alla gravità dei sintomi e al rischio evolutivo, e viene svolto da infermieri specializzati che assegnano un codice di priorità (spesso a colori) dopo una breve valutazione. Questo sistema, che può essere applicato anche in ambito informatico, è fondamentale per garantire un'assistenza tempestiva a chi ne ha più bisogno.

piato per quest'ultima classe diagnostica sia nella fascia 11-13 anni che nella fascia 14-17 anni. Nel 2021 sono aumentati anche i ricoveri per maschi e femmine di entrambe le fasce di età con «disturbi della condotta».

I dati relativi ai medici specialisti in neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza operativi nell'ambito del sistema sanitario nazionale confermano complessivamente una estrema disomogeneità interregionale ed una carenza di medici specialisti a fronte delle necessità di cura. Il tasso di specialisti NPJA per milione di abitanti nella fascia di età 0-17 anni non raggiunge gli *standard* minimi previsti dalla determinazione del fabbisogno del personale del Servizio Sanitario Nazionale, approvato in Conferenza Unificata il 22 dicembre 2022 (300 medici specialisti per 1.000.000 di abitanti per i soli servizi territoriali) in nessuna Regione/PA. Le Regioni con maggiori carenze sono Calabria, Basilicata, Campania e Abruzzo, le quali dispongono di meno di un terzo degli specialisti NPJA necessari in base alla popolazione residente.

L'Istituto Superiore di Sanità rappresenta che per comprendere l'aumento e l'aggravamento delle problematiche che impattano sul benessere, sul neurosviluppo e sulla salute mentale dei bambini e ragazzi italiani, è essenziale considerare anche l'andamento dei diversi fattori di rischio che possono essere coinvolti ed, in particolare, le loro modificazioni in epoca pandemica, tra cui il contesto educativo, quello culturale, l'ambiente sociale ed economico, la disponibilità di servizi sociali, sociosanitari e sanitari di base e specialistici in termini di qualità e quantità, e la presenza di situazioni di vulnerabilità o di disturbi concomitanti. Tale analisi è infatti fondamentale per meglio individuare come calibrare le azioni a supporto del neurosviluppo e della salute mentale di bambini e ragazzi.

Una fotografia dei comportamenti degli adolescenti italiani nel periodo immediatamente successivo alla pandemia è stata scattata nella VI rilevazione 2022 del Sistema di Sorveglianza HBSC Italia (*Health Behaviour in School-Aged Children* – Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare), indagine patrocinata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, coordinata dall'ISS insieme alle Università di Torino, Padova e Siena, con il supporto del Ministero della Salute, la collaborazione del Ministero dell'Istruzione e del merito e di tutte le regioni e le aziende sanitarie locali. L'indagine ha coinvolto un campione rappresentativo di circa 89.000 ragazzi e ragazze di 11, 13, 15 e 17 anni di età, da tutte le regioni italiane e da più di 1800 istituti scolastici. Relativamente al benessere psicofisico emergono da questa indagine, nel confronto con la rilevazione precedente nel biennio 2017-2018, alcuni elementi utili a pianificare interventi di promozione e prevenzione primaria in queste fasce di età: la percentuale di ragazzi e ragazze che si definiscono in buona salute è sensibilmente in calo rispetto alla precedente valutazione, un calo più marcato nel sesso femminile all'aumentare dell'età e con una percentuale significativa di ragazzi, ma soprattutto ragazze (fino al 74 per cento del campione), che riferiscono la presenza di sintomi di probabile natura psicosomatica assieme a sintomi di irritabilità, difficoltà nell'addormentamento, ed ansia. L'indagine, nel suo complesso, riporta, nel campione di adolescenti attenzionato, una percezione discreta della propria qualità di vita, ma evidenzia significative fragilità, legate soprattutto alla rarefa-

zione dei legami sociali, all'incremento dell'uso dei *social media* e a stili di vita scorretti.⁽⁹⁾

In questo contesto globale di mutamenti sociali e culturali, i fattori socioeconomici rimangono tra i principali determinanti della vulnerabilità dei minori. Nel 2019, circa 18 milioni di minori nell'UE, pari al 22,2 per cento della popolazione minorenni, vivevano in famiglie a rischio di povertà ed esclusione sociale. Oggi, anche a causa degli impatti della pandemia e della guerra in Ucraina, la situazione è notevolmente peggiorata, con 19,8 milioni di bambini, che rappresentano il 24,4 per cento di tutti i minori nell'UE, che vivono in condizioni di disagio e privazione materiale e sociale (Commissione per l'Occupazione e gli Affari Sociali, 2023). L'Italia ha registrato un aumento significativo nella percentuale di minori a rischio di povertà ed esclusione sociale, passando dal 27,1 per cento nel 2019 al 29,7 per cento nel 2021, mentre la media europea per i minori in questa situazione è del 24,4 per cento (*Save the Children*, 2023). La condizione di povertà è particolarmente accentuata tra i bambini con *background* migratorio, tra cui i rifugiati, i richiedenti asilo, i minori senza documenti e quelli non accompagnati, nei quali frequentemente si associano anche marcati fenomeni di marginalizzazione e ritraumatizzazione.

Particolarmente significativo il dato delle persone che in Italia si trovano già in condizione di povertà assoluta. Nel 2024 in Italia si riscontravano circa 2,2 milioni di famiglie, equivalenti a circa 5,7 milioni di individui⁽¹⁰⁾. Di questi, i minorenni sono 1 milione e 283mila, pari al 13,8 per cento della popolazione dei minori di età.

La povertà educativa rappresenta un altro rilevante determinante della salute, ed ancor più per quanto riguarda il neurosviluppo e la salute mentale. L'accesso all'istruzione fin dai primi anni di vita è ancora limitato in Italia: solo il 13,7 per cento dei bambini frequenta asili nido pubblici o convenzionati, frequenza considerata un importante fattore protettivo per la salute mentale e il neurosviluppo, e il tempo pieno è garantito solo per il 38,1 per cento dei bambini più grandi.

Il rapporto tra neurosviluppo, salute mentale e dispersione scolastica è particolarmente rilevante e insieme complesso. In effetti la dispersione scolastica aggrava in modo significativo gli esiti per la salute mentale e il neurosviluppo, ma allo stesso tempo chi ha problemi di neurosviluppo o di salute mentale è a maggior rischio di dispersione scolastica. Molti studi hanno approfondito il tema della dispersione scolastica pre e post pandemia. *Save the Children* rileva un tasso di dispersione scolastica tra gli adolescenti nel 2021 del 12,7 per cento.

Due indagini condotte nel 2023 dalla Fondazione Cariplo sulle disuguaglianze nella scuola italiana hanno evidenziato come frequentemente i percorsi scolastici, anziché colmare i *gap* esistenti, finiscano per aumentare ulteriormente lo svantaggio socio-culturale, ed in modo ancora più marcato nel caso di bambini e ragazzi con *background* migratorio.

L'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza, nell'ultimo rapporto dedicato alla dispersione scolastica in Italia, riportava che nel

(9) In tal senso, si veda l'audizione del Ministro della Famiglia, delle pari opportunità e la natalità, On. Eugenia Maria Roccella, audita nella seduta dell'11 novembre 2025.

(10) <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/10/La-povertà-in-Italia-Anno-2024.pdf>.

2019, nella scuola primaria di I e II grado, la percentuale di abbandono complessivo è stata dello 0,64 per cento, mentre per la scuola secondaria di II grado, del 3,79 per cento⁽¹¹⁾. A tale stima va aggiunta la dispersione scolastica « implicita », ovvero il fenomeno per cui una quota di alunni, pur conseguendo il diploma di scuola media inferiore e superiore, non raggiunge realmente i livelli di istruzione di base, come da prove INVALSI, in particolare per gli alunni che vivono in contesti di disagio socio-culturale. Si stima che complessivamente nel 2021 la percentuale degli alunni diplomati, ma con carenze istruttive, sia stata stimata nel 14,4 per cento.

A questi dati si aggiunge anche la quota di giovani « NEET » (*Not in Employment, Education or Training*), ovvero i giovani che non sono né occupati né impegnati in corsi di studio o formazione, che si stima rappresentino il 23,1 per cento dei giovani tra i 15 e i 29 anni in Italia, a fronte di una media europea del 13,1 per cento (Fondazione Italia Sociale, 2022). La povertà educativa in Italia è quindi un fenomeno caratterizzato da molteplici sfaccettature e concorre come fattore di rischio per la salute mentale da più punti di vista. Tra i fattori di vulnerabilità, sia direttamente per la salute mentale sia per il rischio di povertà educativa che determinano, la presenza di Bisogni Educativi Speciali (BES) è particolarmente rilevante. I bambini e i ragazzi con BES costituiscono l'8 per cento degli iscritti nella scuola secondaria e il 6,5 per cento nella scuola primaria di primo grado. Di questi, più della metà presenta disturbi specifici dell'apprendimento (51,8 per cento), mentre un'altra quota significativa è rappresentata da studenti in situazioni di svantaggio socio-economico, linguistico e culturale (35,4 per cento) (ISTAT 2021-2022).

3. Il punto di vista degli specialisti

La Commissione, nel corso dell'indagine conoscitiva, ha svolto una serie di audizioni, convocando diversi esperti in pediatria, neuropsichiatria infantile e psicologi. Segnatamente, Maria Luisa Scattoni, coordinatore nazionale del *Network* italiano per il riconoscimento precoce dei disturbi dello spettro autistico (NIDA) – Servizio coordinamento e supporto alla ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità e Gemma Calamandrei, direttore del Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale dell'Istituto Superiore di Sanità, nella seduta del 23 gennaio 2024; Elisa Fazzi, professoressa ordinaria di neuropsichiatria infantile presso l'Università degli Studi di Brescia e presidente della Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SINPIA), e Marco Crepaldi, psicologo e presidente fondatore di *Hikikomori* Italia, nella seduta del 16 ottobre 2024; Giuseppe Ducci, psichiatra e direttore del Dipartimento di salute mentale della ASL Roma 1, nella seduta dell'11 febbraio 2025; Alberto Siracusano, professore di psichiatria presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e coordinatore del Tavolo tecnico sulla salute mentale presso il Ministero della Salute, attualmente presidente del Consiglio superiore di sanità, e Mariella Falsini, presidente della

(11) <https://www.garanteinfanzia.org/wp-content/uploads/2025/06/dispersione-scolastica-2022.pdf>.

Fondazione « Fiocchetto Lilla », nella seduta del 25 febbraio 2025; Barbara Rosina, presidente del Consiglio nazionale dell'ordine degli assistenti sociali (CNOAS), e Francesco Pisani, Professore ordinario di Neuropsichiatria infantile del dipartimento neuroscienze umane presso l'Università La Sapienza di Roma, nella seduta del 20 maggio 2025; Sara Carucci, professoressa presso il Dipartimento di scienze mediche e sanità pubblica dell'Università degli Studi di Cagliari e responsabile della Clinica di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza della ASL di Cagliari, e Stefano Vicari, professore ordinario di Neuropsichiatria infantile alla Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e primario presso l'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria Infantile dell'IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, nella seduta del 17 giugno 2025.

Numerose le questioni sollevate dagli auditi, tra le quali la mancanza a livello nazionale di un sistema informativo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'età evolutiva, la scarsa risposta assistenziale sul territorio e la disomogenea offerta dei servizi nelle Regioni.

In particolare, la professoressa Fazzi evidenzia innanzitutto che i disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva sono molto frequenti, colpiscono un bambino o un adolescente su cinque e sono una delle prime cause di disabilità *long life*, nel percorso della vita, di disturbi psichiatrici in età adulta. Una diagnosi precoce e un intervento tempestivo e appropriato possono cambiare la storia naturale della maggior parte dei disturbi della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Sottolinea inoltre la difficoltà nel raccogliere dati, statistiche e numeri che consentano di monitorare il fenomeno. Si dispone attualmente delle esperienze di centri specializzati, di studi di prima accoglienza e di grandi ospedali, ma è difficile ancora avere un dato epidemiologico che rifletta la realtà di tutto il Paese.

Secondo stime della SINPIA, basate anche sulle esperienze *standard* di letti sulla popolazione, servirebbero 300 letti in più per arrivare ai 700 stimati necessari, che permetterebbe di coprire tutto il territorio nazionale ed evitare che, anche in urgenza, larga parte della popolazione debba convergere su servizi di terzo livello, come, ad esempio, quelli dei grandi ospedali romani o degli IRCCS che si trovano sommersi di richieste, già a livello di pronto soccorso.

Il problema è che ci sono sia carenze di letti ospedalieri sia di strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali che sono indispensabili per garantire interventi di maggiore complessità e intensità, per evitare l'ospedalizzazione e la saturazione del sistema.

Nei reparti di neuropsichiatria spesso non si trova posto, i giovani pazienti vanno in reparti non appropriati, per adulti o in reparti di psichiatria, meno in pediatria.

Quanto ai servizi territoriali, sono il primo momento di ascolto e di accoglienza per le famiglie e possono indirizzare ai percorsi diagnostici e prevenire l'ospedalizzazione. L'attività ambulatoriale e un potenziamento dell'offerta territoriale hanno un effetto protettivo sull'accesso al pronto soccorso per ricoveri urgenti, a cui magari si fa fatica a far fronte.

In effetti c'è un incremento marcato e trasversale degli accessi per disturbi di neuropsichiatria infantile, più evidente per i disturbi psi-

chiatrici; c'è una progressiva maggiore complessità delle situazioni cliniche, più complicate e più gravi; ci sono criticità nella continuità e nell'intensità di cure; c'è il tema della saturazione del sistema e della disomogeneità marcata su tutto il territorio nazionale delle offerte di aiuto.

Il professor Siracusano⁽¹²⁾ ha evidenziato la necessità di promuovere una nuova cultura sulla salute mentale secondo quanto emerge dai contenuti del Piano di azione nazionale per la salute mentale (PANSM) 2025-2030⁽¹³⁾, il documento programmatico del Ministero della Salute che definisce le strategie per migliorare l'assistenza in materia di salute mentale.

Ad avviso dell'esperto, una nuova cultura della salute mentale « significa portare anche a livello di prevenzione nelle scuole e in tutti i luoghi di formazione quella che può essere una nuova comprensione del perché la nostra salute mentale peggiora e, contemporaneamente, sviluppare degli aspetti di promozione, di resistenza e di resilienza, come si usa dire oggi, a ciò che ci può far ammalare. Esiste un concetto nuovo, che si chiama "salutogenesi", che è il potenziamento di tutte le nostre difese che ci possono permettere di arrivare a un benessere psicologico e difenderci da tutti i fattori di rischio che abbiamo prima elencato. Questa è una premessa generale. Su questo si cala un piano di azione abbastanza specifico, che riguarda i disturbi dell'età evolutiva e la loro transizione nell'età adulta. C'è un grande problema dei disturbi diagnosticati intorno ai 12, 13, 14 anni e la loro continuità terapeutica, una volta che questa fase ha raggiunto i 18 anni, diventa molto difficile il coordinamento tra i servizi di neuropsichiatria infantile e quelli della età adulta ».

Nel Piano d'azione sono individuati una serie di percorsi che possono consentire, una volta individuato il problema, tramite l'intervento di *équipe* multidisciplinari, a seconda delle necessità del caso, la progressione tra una presa in carico già in età evolutiva intorno ai 16 anni dai servizi dell'età adulta e una prosecuzione una volta che vengono compiuti i 18 anni.

Altro punto essenziale analizzato è quello delle « nuove dipendenze comportamentali », tanto di tipo tecnologico quanto di tipo di sostanze d'abuso, diventate una pratica frequentissima tra i giovani. Questo si collega ai determinanti della salute mentale, tra i quali si è individuato un tema specifico nel concetto di *One Mental Health*, sia ambientale che dell'essere umano, che si combinano nello sviluppo di un certo tipo di fattore di rischio che diventa patologia. Uno di questi, di cui oggi si parla moltissimo è la solitudine. La solitudine rappresenta esattamente un problema della *One Mental Health*, in quanto ha la capacità di influenzare tanto dei disturbi che sono legati al comportamento alimentare, quanto dei disturbi legati all'umore come l'ansia e la depressione.

Sul tema dell'isolamento, lo psicologo Marco Crepaldi ha illustrato il fenomeno dell'*hikikomori* (isolamento sociale volontario), sottolinea-

(12) Cfr. res. sten. del 25 febbraio 2025.

(13) Cfr. testo versione aggiornata del Piano di azione nazionale per la salute mentale (PANSM) 2025-2030, in corso di approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, disponibile al seguente Link: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1763127310.pdf>.

ando che non è sempre legato a patologie psichiatriche, ma spesso a difficoltà di adattamento sociale, ansia e bullismo. Ha evidenziato il ruolo della competizione sociale, della dinamica familiare – iperprotezione o aspettative elevate nei confronti dei figli – e del sistema scolastico (bullismo, mancanza di supporto personalizzato).

Ha stimato che in Italia ci siano tra 100.000 e 200.000 *hikikomori*, con un impatto significativo sulle famiglie. Ha discusso il ruolo di internet, non come causa diretta, ma come fattore che può inasprire l'isolamento. Ha sottolineato la necessità di lavorare sul ruolo di genere maschile per incoraggiare i ragazzi a chiedere aiuto.⁽¹⁴⁾

Il professor Pisani riferisce di numeri drammatici che fotografano il *trend* spaventoso di un'emergenza sociale che sta diventando anche un'emergenza sanitaria⁽¹⁵⁾, rispetto alla quale è necessario prevenire l'ospedalizzazione. Secondo i dati del Policlinico Umberto I di Roma, nel 2022 sono state eseguite 1.100 consulenze al pronto soccorso a ragazzi tra 14 e 17 anni, nel 2023 1.500, registrandosi dunque un incremento esponenziale con gravi carenze di posti di ricovero. Al Policlinico si contano solo sedici posti letto dedicati agli adolescenti, costantemente quattro o cinque giovani sono costretti – il 95 per cento sono ragazze – ad aspettare al pronto soccorso.

Anche il Professor Vicari⁽¹⁶⁾ parla di vera e propria emergenza psichiatrica e i dati relativi all'IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma mostrano inequivocabilmente la stessa tendenza sopra descritta: le consulenze di psichiatria svolte in pronto soccorso fino al 2013 erano 230-240; negli anni sono aumentate notevolmente per arrivare già in epoca prepandemica, cioè nel 2019, a oltre mille, dunque circa tre al giorno; durante la pandemia, si è toccata quota 1.824. Oggi si contano quasi a cinque richieste al giorno.

In sintesi, dagli interventi degli esperti del settore la Commissione ha ricavato una serie di spunti. In primo luogo la consapevolezza che la salute mentale minorile è una sfida sociale e culturale, non solo sanitaria. Gli assistenti sociali⁽¹⁷⁾ osservano un aumento generalizzato di disagio giovanile, spesso non riconosciuto o non ascoltato. Gli audit ritengono che servano interventi strutturali e territoriali, non solo clinici, con presidi sociali e sociosanitari capillari. Si denuncia la carenza di personale e una conclamata disparità territoriale: i livelli essenziali delle prestazioni (LEPS) non sono garantiti in modo uniforme. Si auspica di dare più importanza all'ascolto dei ragazzi, alle politiche di prevenzione e al rafforzamento dei consultori familiari, oggi meno della metà di quelli previsti. Tra l'altro si reputa necessario sostenere la genitorialità consapevole e contrastare la povertà educativa, l'abbandono scolastico e il ritiro sociale. Inoltre è stata avanzata

(14) Si evidenzia che la Camera dei deputati ha dibattuto specificamente sulla problematica e nella seduta n. 180 di mercoledì 18 ottobre 2023 ha approvato le mozioni Montaruli, Panizzut, Tassinari, Lupi ed altri n. 1-00160, Di Biase ed altri n. 1-00198, Di Lauro ed altri n. 1-00200 e Zanella ed altri n. 1-00202 concernenti iniziative volte a prevenire e contrastare il cosiddetto fenomeno «*Hikikomori*» relativo all'isolamento sociale volontario, con particolare riguardo alle fasce più giovani della popolazione, i cui testi sono consultabili al seguente link: https://www.camera.it/leg19/410?idSeduta=0180&tipo=documenti_seduta&pag=allegato_a#si.1-00202.mod.v1.

(15) Cfr. res. sten. del 20 maggio 2025 e memoria depositata.

(16) Cfr. res. sten. del 25 febbraio 2025.

(17) Cfr. Audizione dott.ssa Barbara Rosina, presidente del Consiglio nazionale dell'ordine degli assistenti sociali (CNOAS), res. sten. del 20 maggio 2025.

la richiesta di riconoscimento pubblico e di aggiornamento delle competenze professionali degli operatori sociali.

4. Le attività delle associazioni e degli enti del Terzo settore

La Commissione, nel corso dell'indagine conoscitiva, ha svolto il 10 giugno 2025, l'audizione di Andrea Iacomini, Portavoce di UNICEF Italia ed ha svolto il 23 settembre 2025 l'audizione di Ernesto Caffo, presidente della Fondazione SOS il Telefono Azzurro ETS, e di Giusy D'Alconzo, *Child Rights Policy Leader* di *Save The Children* Italia ETS.

Stando all'indagine dell'UNICEF sulla condizione dei bambini nell'Unione europea del 2024⁽¹⁸⁾, il quadro che è emerso evidenzia che il suicidio è la seconda causa di morte – dopo gli incidenti stradali – tra i giovani tra i 15 e i 19 anni, circa un decesso su sei. Secondo le stime, circa 11,2 milioni, il 13 per cento di bambini e giovani di 19 anni e più nell'Unione europea soffrono di disturbi mentali. I tassi aumentano con l'età, passando da circa il 2 per cento dei bambini di età inferiore ai 5 anni e al 19 per cento dei giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni. In totale, circa 5,9 milioni di maschi e 5,3 milioni di femmine fino all'età di 19 anni soffrono di disturbi mentali.

Tra i giovani di età compresa tra i 15 e 19 anni, circa l'8 per cento soffre di ansia e il 4 per cento di depressione. I tassi per entrambe le condizioni sono più alti in questa fascia d'età per le femmine (il 9,6 per cento e il 4,6, rispettivamente) che per i maschi (il 5,5 per cento).

Diversi studi suggeriscono che i problemi di salute mentale tra i giovani europei sono aumentati durante la pandemia da COVID-19. Tuttavia, l'impatto a lungo termine della pandemia sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti deve ancora essere determinato. È di recente pubblicazione un testo significativo, la *Report Card 19* dal titolo « Il benessere di bambine, bambini e adolescenti in un mondo imprevedibile », un documento dell'istituto di ricerca UNICEF Innocenti – *Global Office of Research and Foresight* che dal 2000 monitora i diritti e il benessere dei bambini nei Paesi dell'Unione europea e dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OSCE) nei cosiddetti « Paesi ad alto reddito ». In particolare, proprio la *Report Card 19* offre una prospettiva su come la pandemia da COVID-19 e la chiusura globale abbiano colpito i bambini in 43 Paesi dell'OSCE e dell'Unione europea.

Il tasso di suicidio sembra essere rimasto generalmente stabile negli ultimi anni nel gruppo di Paesi esaminati, compresa l'Italia. Al contrario, la soddisfazione degli adolescenti per la vita è in calo. Lo *shock* della pandemia di COVID-19, unito alle tendenze globali – cambiamento climatico e conflitti in corso – hanno rappresentato un momento particolarmente difficile nella crescita di bambine, bambini e adolescenti e anche la rapida evoluzione delle tecnologie digitali presenta contemporaneamente rischi e benefici per la salute mentale dei minorenni.

Un'indagine ancora più approfondita su una serie di problemi di salute mentale rivela un suo peggioramento, iniziato già nei primi anni

(18) <https://www.unicef.it/media/nuovo-rapporto-la-condizione-dei-bambini-nell-unione-europea-nel-2024>.

Novanta. Chiaramente, i fattori recenti non possono spiegare in maniera esaustiva questa tendenza. La salute mentale è un fenomeno complesso e multiforme e tutelarla e promuoverla comporta delle sfide che spesso non hanno una soluzione univoca: sono necessari interventi di risposta diversificati, che includano servizi di promozione, prevenzione, e specialistici, mirati e universali, oltre a interventi tempestivi coordinati tra i vari servizi, per bambine, bambini e adolescenti di qualsiasi età, al manifestarsi del disagio.

Tutte queste componenti richiederebbero maggiori investimenti, dal momento che la salute mentale riceve ancora pochissimi finanziamenti rispetto ad altri settori, come la salute fisica e l'istruzione. Nella *Report Card* 19 l'Italia era posizionata a un posto piuttosto alto, era al nono posto, su 36 Paesi all'interno della graduatoria. La posizione elevata nella classifica è dovuta a due fattori: il primo, il sesto tasso più basso di suicidi adolescenziali su 42 Paesi con dati disponibili; il secondo, il nono tasso più basso di mortalità dei bambini su 43 Paesi con dati disponibili. L'Italia è riuscita, quindi, a migliorare questo indicatore nel corso della pandemia: è passata da 0,75 a 0,68 per mille bambini, quindi è sicuramente in posizione positiva.

Il rapporto – sempre la *Report Card* – invita i Governi e le parti interessate ad agire in diverse aree politiche per affrontare il declino del benessere dei bambini, tra cui: sostenere lo sviluppo delle competenze, comprese quelle numeriche, alfabetiche e digitali, nonché le competenze sociali ed emotive, in particolare per i bambini che sono rimasti indietro durante la pandemia e per quelli provenienti da contesti svantaggiati; migliorare la salute mentale attraverso la promozione e la prevenzione, fornendo servizi specializzati, affrontando la violenza e il bullismo, sia *online* che *offline*; migliorare la salute fisica, garantendo ai bambini la disponibilità di cibo nutriente, limitando il *marketing* e la promozione di alimenti non salutari; coinvolgere i bambini per comprendere meglio le loro esperienze, i loro punti di vista, la partecipazione e l'ascolto, e lavorare con loro per trovare soluzioni che promuovano il loro benessere ⁽¹⁹⁾.

I dati suggeriscono una frase abbastanza paradigmatica: investire è meglio che curare. In termini di costo economico dei disturbi mentali in Europa, si stima che sia pari a 57,6 miliardi di dollari americani. Questa cifra rappresenta la perdita annuale di capitale umano dovuta ai disturbi mentali calcolata in base al valore specifico per Paese degli anni di vita corretti per disabilità (*DALYs-disability-adjusted life years*). Questa stima si basa sul valore del capitale mentale perso, ovvero le risorse cognitive ed emotive con cui bambini e giovani avrebbero potuto contribuire all'economia se non fossero stati ostacolati da condizioni di salute mentale. Questo è un dato dell'UNICEF del 2021. Altri dati suggeriscono che il peso economico delle malattie mentali può raggiungere fino al 4 per cento del prodotto interno lordo dell'Unione europea ogni anno, equivalente a oltre 600 miliardi di euro. Questo è un dato del Parlamento europeo del 2023 ⁽²⁰⁾.

Tra le problematiche emerse in questi ultimi anni, e ancora di più negli ultimi mesi, c'è il tema che riguarda la manifestazione degli

(19) Cfr. l'audizione di Andrea Iacomini – res. sten. del 10 giugno 2025.

(20) https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_it.

intenti suicidari che sempre più spesso i ragazzi confidano alle *chatbot* ⁽²¹⁾. La Fondazione Telefono Azzurro riferisce che i casi di rischio suicidario segnalati all'ente rappresentano circa l'8,3 per cento, gli atti di autolesionismo il 6,1 per cento, i disturbi alimentari il 2 per cento. L'altra componente, il 36,8 per cento, riguarda tematiche più legate a disturbi d'ansia e di depressione. Telefono azzurro ancora evidenzia che, sulla base di ricerche condotte con Doxa, la frequenza nell'usare sistemi digitali ha portato a un aumento delle situazioni in cui ci sono una difficoltà di relazione dei ragazzi con gli adulti e una mancanza di autostima. Ulteriore elemento rilevato è lo stigma riservato a chi chiede aiuto. Questo ha limitato anche l'accesso di bambini e adolescenti – soprattutto degli adolescenti – ai servizi per loro disponibili, che sono quelli dei consultori e delle strutture degli sportelli scolastici.

La Commissione al riguardo propone di integrare il contributo fornito da UNICEF Italia il 10 giugno 2025 richiamando l'esigenza, evidenziata nella memoria depositata, di dotare il Paese di un sistema strutturato di raccolta e monitoraggio dei dati relativi alla salute mentale di bambini, bambine e adolescenti, in linea con le raccomandazioni formulate dal Comitato ONU sui diritti dell'infanzia nel 2019. Tale esigenza, orientata alla definizione di un quadro epidemiologico nazionale omogeneo e aggiornato, risulta funzionale a guidare in maniera più efficace le politiche pubbliche e a cogliere tempestivamente segnali di rischio e di benessere.

Save The Children, organizzazione internazionale, in Italia dal 2014 ha lanciato un programma di contrasto alla povertà educativa, creando dei servizi e degli spazi gratuiti ad alta intensità educativa, che sorgono nei quartieri più svantaggiati e privi di servizi. Oggi sono ventisette in quindici regioni. Si chiamano « Punti luce » e lavorano su due piani, un piano comunitario, rafforzando la comunità educante, e un piano individuale attraverso quelle che vengono definite le doti educative, ossia dei piani personalizzati che seguono ogni bambino, bambina e adolescente nel suo percorso personale, che è diverso ovviamente per ciascuno, anche nei quartieri più svantaggiati ⁽²²⁾.

Con lo stesso approccio *Save The Children* interviene nelle scuole, lavorando con gli insegnanti e le famiglie, in una fase della vita molto importante, che sono i primi mille giorni di vita. Vi sono dei centri rivolti a bambini e bambine tra 0 e 6 anni, che si chiamano « Poli Millegiorni » proprio per prestare attenzione a questi primi mille giorni fondamentali. Poi esistono dei centri chiamati « Spazi mamma » che supportano le mamme, ma anche i papà e i genitori nei quartieri più svantaggiati.

Save The Children ha messo inoltre in campo un progetto, « Fiocchi in ospedale », realizzato all'interno delle strutture ospedaliere proprio per supportare i nuclei più a rischio. L'organizzazione lavora su più fronti, in particolare promuovendo le competenze digitali attraverso un progetto che si chiama « Connessioni digitali ». Sono state coinvolte 99

(21) Una *chatbot*, noto anche come *chatterbot* o robot di conversazione, è un *software* progettato per simulare una conversazione con un essere umano (l'utente di *chatbot*). L'obiettivo principale di una *chatbot* è quello di fornire risposte automatiche che possano sembrare umane, utilizzando spesso sistemi di elaborazione del linguaggio naturale (NLP), per analizzare e rispondere alle domande degli utenti.

(22) Cfr. l'audizione di Giusy D'Alconzo, *Child Rights Policy Leader* di *Save The Children* Italia ETS – res. sten. del 23 settembre 2025.

scuole nel triennio 2021-2024, perché la prima forma di sicurezza per un ragazzo o una ragazza sia la consapevolezza di come funzionano gli strumenti digitali, cosa significa proteggere la *privacy* e la conoscenza anche di strumenti non semplicemente tecnologici. Ad esempio, lo spirito critico è fondamentale per distinguere una *fake news* da un'informazione vera⁽²³⁾.

Dal 2002 *Save The Children* è impegnata per la protezione dei minori dagli abusi che avvengono *on line*. Gestisce in collaborazione un progetto – si chiama « Stop it »⁽²⁴⁾ – molto importante per la segnalazione di materiale pedopornografico da parte degli utenti in via anonima. C'è la possibilità per chiunque di segnalare piattaforme che sembrano a rischio. In tutti questi ambienti avvengono cose che è importante intercettare quando possono essere segnali di disagio, ma in tutti questi ambienti avvengono anche cose belle, il rapporto tra pari, l'amicizia, la crescita, su cui è importante investire se si vuole intervenire prima che il ragazzo o la ragazza manifestino segnali di disagio, non perché non sia importante intervenire dopo – ovviamente lo è ed è fondamentale – ma l'intervento precoce e l'intercettazione precoce dei segnali di disagio è fondamentale perché non ci siano peggioramenti⁽²⁵⁾.

5. Le iniziative e le proposte delle Istituzioni

5.1 L'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza

Nel corso dell'audizione, svolta il 22 luglio 2025, dell'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza, Marina Terragni, veniva rimarcato che la tutela della salute dei minorenni poggia sulle Convenzioni Internazionali, prima fra tutte la Convenzione di New York del 1989 sui diritti dell'infanzia e l'adolescenza e nell'articolo 32 della Carta costituzionale.

La Convenzione di New York impone agli Stati di garantire ai minori l'assistenza sanitaria senza alcuna distinzione, tutela che va oltre l'ambito strettamente sanitario per combinarsi a contesti più ampi che coinvolgono gli aspetti sociali e relazionali. La promozione della salute, intesa in senso ampio e non solo come assenza di malattia, è espressamente prevista dalla legge 12 luglio 2011, n. 112, istitutiva dell'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza. Inoltre, proprio per il 2025 la Rete europea dei Garanti per l'infanzia e l'adolescenza (ENOC) ha scelto di occuparsi della protezione e della promozione del diritto dei minorenni alla salute fisica⁽²⁶⁾. Se i minorenni europei godono in generale di un elevato *standard* di salute e benessere, vi sono grandi disparità tra i paesi e all'interno di essi.

(23) *Ibidem*.

(24) <https://stop-it.savethechildren.it>.

(25) Cfr. XVI^a edizione dell'Atlante dell'Infanzia (a rischio) in Italia dal titolo « Senza filtri » che punta l'attenzione sul rapporto tra iperconnessione e isolamento negli adolescenti, disponibile al seguente Link <https://s3-www.savethechildren.it/public/2025-11/xvi-atlante-dell-infanzia-bonus-track.pdf>.

(26) Il diritto del minorenne alla salute non dovrebbe essere inteso come il diritto di essere sano di per sé, ma piuttosto come il diritto a condizioni e servizi che garantiscano il godimento dei migliori *standard* sanitari possibili nelle circostanze attuali (CG n. 14 del Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali).

Sempre in premessa, la Garante ha fornito alcuni numeri, per inquadrare il tema, e i dati di alcune ricerche.

Secondo l'OMS nel mondo tra il 10 per cento e il 20 per cento di bambini e adolescenti soffrirebbe di disturbi mentali e il 50 per cento delle patologie psichiatriche esordisce prima dei 14 anni di età. In Italia, circa 1 minore su 5 (20 per cento) soffre di un disturbo neuropsichiatrico. Questo significa che circa 2 milioni di bambini e adolescenti presentano problemi che rientrano nell'ambito della neuropsichiatria infantile, dall'autismo a ADHD⁽²⁷⁾, disturbi d'ansia, depressione e disturbi alimentari.

In Italia tra il 2017 e il 2022 – ultimi dati di cui dispone l'Autorità – il numero degli accessi di minori in Pronto Soccorso (PS) pediatrico è passato da circa 108 mila a quasi 117 mila, prevalentemente per sindromi nevrotiche, disturbi comportamentali, dipendenza o abuso, disturbi del comportamento alimentare. A titolo di esempio altri dati parziali ma indicativi, ancora più severi: all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma le consulenze neuropsichiatriche presso il PS sono passate dalle 237 del 2013 alle 1.415 del 2023 con un picco di 1.824 nel 2021. Un aumento del 500 per cento: da 1 consulenza ogni giorno e mezzo di media a circa 4 al giorno. Gli accessi per autolesionismo sono passati dai 25 del 2013 ai 607 del 2023.

In sostanza, a partire dal 2010-2012, si osserva un aumento preoccupante della patologia psichica in età evolutiva. Nascono sempre meno bambini, e quelli che nascono corrono un maggior rischio di ammalarsi di un disturbo psichiatrico. Due recentissimi studi pubblicati su riviste del gruppo JAMA (*JAMA, Journal of the American Medical Association* e *JAMA Pediatrics*) evidenziano il legame tra un'esposizione continua agli schermi e problemi mentali. Il primo *Addictive Screen Use Trajectories and Suicidal Behaviors, Suicidal Ideation, and Mental Health in US Youths*⁽²⁸⁾, analizza l'evoluzione di un uso compulsivo di *smartphone*, *social media* e videogiochi in oltre 4.200 bambini statunitensi tra gli 8 e i 12 anni, seguiti dal 2016 al 2020-2022. Non sarebbe solo il numero di ore trascorse davanti allo schermo a determinare il rischio psicologico quanto piuttosto l'utilizzo compulsivo, che interferisce con scuola, relazioni e attività quotidiane. Il comportamento compulsivo comporta un rischio 2-3 volte maggiore di sviluppare ansia, depressione e pensieri suicidari. Un secondo studio, *Role of Sleep and White Matter in the Link Between Screen Time and Depression in Childhood and Early Adolescence*⁽²⁹⁾, condotto dall'Università di Pittsburgh su 976 adolescenti tra i 9 e i 13 anni, ha esplorato l'impatto dell'uso

(27) L'ADHD, acronimo di Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, è un disturbo del neurosviluppo che si manifesta con disattenzione, iperattività e impulsività. Questi sintomi, legati a disfunzioni neurobiologiche nel controllo comportamentale e dell'attenzione, possono creare difficoltà nel normale svolgimento delle attività quotidiane, scolastiche e sociali. L'ADHD può persistere dall'infanzia all'età adulta, con sintomi che si manifestano in modi diversi a seconda dell'età.

(28) Si vedano: « Schermi, bambini e salute mentale: non è solo una questione di timer » – Il Sole 24 ORE del 19 giugno 2025 e « Traiettorie di utilizzo dello schermo che creano dipendenza e comportamenti suicidi, ideazione suicidaria e salute mentale nei giovani statunitensi » – (<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2835481>).

(29) Si vedano: « Ruolo del sonno e della materia bianca nel legame tra tempo trascorso davanti allo schermo e depressione nell'infanzia e nella prima adolescenza » – JAMA Pediatria – Rete JAMA e La nuova mappa della depressione giovanile passa dagli smartphone – Il Sole 24 ORE (<https://www.ilssole24ore.com/art/la-nuova-mappa-depressione-giovanile-passa-smartphone-AHQ1oQVB>).

degli schermi sulla qualità del sonno e sulla struttura cerebrale. Si è visto che il sonno interrotto è il principale meccanismo attraverso cui il tempo davanti agli schermi genera sintomi depressivi: per i bambini e gli adolescenti la semplice perdita di sonno è un fattore di rischio molto sottovalutato. Per ogni ora in più di esposizione agli schermi, si è osservato un aumento dei sintomi depressivi, mediato in gran parte da un sonno ridotto e da alterazioni della sostanza bianca cerebrale, la rete che permette una comunicazione fluida tra le diverse aree del cervello.

Nel 2024 l'Autorità ha promosso una consultazione pubblica dal titolo *Salute mentale: come stanno i ragazzi*, raccogliendo le testimonianze dirette di 7.470 adolescenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado. In particolare, i ragazzi hanno manifestato la necessità di figure di sostegno al loro benessere psicologico: il 62,7 per cento dei ragazzi vorrebbe rivolgersi a uno psicologo, il 29,3 per cento almeno ad un allenatore, il 16 per cento ad un insegnante e il 12,9 per cento a un medico ⁽³⁰⁾.

Per completezza, tra i molti studi, va segnalato quello svolto dall'*équipe* del professor Marco Gui presso l'università Bicocca di Milano, *Eyes Up* ⁽³¹⁾, riguardo agli effetti dannosi dell'accesso precoce al digitale sull'apprendimento e sulle disuguaglianze educative, studio che ha confermato l'associazione negativa tra precocità dell'accesso a *smartphone* e *social media* e *performance* scolastiche. Significativo il fatto che oggi si sia generato un *digital divide* al contrario: mentre un tempo il *digital divide* indicava lo svantaggio dei figli di famiglie meno abbienti e scolarizzate che non disponevano di *device* per accedere al *web*, oggi il *digital divide* indica il fatto che i bambini di famiglie svantaggiate vi accedono molto più precocemente, mentre i ragazzi di famiglie più colte e benestanti vi accedono più tardi, con la riduzione dei rischi connessi, compresi i problemi di apprendimento.

Nella presentazione dello studio si spiegava come oggi siano proprio i ragazzi della Generazione Z ⁽³²⁾, quelli nati dopo il 1996, i primi nativi digitali, a raccomandare di non dare lo *smartphone* ai bambini piccoli. Proprio dalla prima generazione nativa digitale arrivano segnali molto confortanti, indizi di uno sviluppo di anticorpi, come in un percorso di autoguarigione. Molto interessante in questo senso è un sondaggio condotto della società di ricerche di mercato inglese GWI ⁽³³⁾ su 20.000 giovani e i loro genitori in 18 Paesi. Il numero di ragazzi tra i 12 e i 15 anni che prendono una pausa da *smartphone*, *computer* e

(30) https://www.garanteinfanzia.org/wp-content/uploads/2025/06/salute-mentale-come-stanno-ragazzi_0.pdf.

(31) <https://www.benesseredigitale.eu/blog/news/eyes-up-come-si-svolge-il-lavoro-dei-ricercatori>.

(32) La Generazione Z comprende le persone nate all'incirca tra il 1997 e il 2012, ed è definita « nativi digitali » per essere la prima generazione cresciuta con *internet* e *smartphone* come parte integrante della vita quotidiana. Le sue caratteristiche principali includono una forte familiarità con la tecnologia, la comunicazione istantanea, l'attenzione ai temi sociali come l'uguaglianza e l'ambiente, e la ricerca di flessibilità e autenticità.

(33) GWI sta per *GlobalWebIndex*, una società di ricerche di mercato specializzata nel fornire approfondimenti e dati sui consumatori sul comportamento dei consumatori digitali. Raccolgono dati da milioni di utenti Internet in tutto il mondo per aiutare le aziende a comprendere il proprio pubblico *target*, le tendenze dei consumatori e le opportunità di mercato. GWI offre un'ampia gamma di dati e approfondimenti, inclusi dati demografici, comportamenti dei consumatori, consumo dei media, preferenze del marchio e altro ancora. La loro piattaforma consente alle aziende di accedere e analizzare questi dati per prendere decisioni informate e sviluppare strategie di *marketing* efficaci.

iPad è aumentato dal 18 per cento al 40 per cento dal 2022 e lo fanno per gestire meglio la propria salute mentale, la propria sicurezza personale e la propria capacità di concentrazione, ovvero reagiscono da soli, assumendo il controllo di *social media* e *smartphone*, senza delegare agli adulti il compito di dare dei limiti. I ragazzi ritengono che la generazione dei loro genitori non sia stata abbastanza consapevole e abbia concesso loro troppo accesso agli *smartphone* quando erano troppo giovani, e molti hanno assicurato che ne limiteranno l'accesso ai figli fino alla tarda adolescenza. Sono ormai numerosi i segnali di ribellione ai *social* nel mondo giovanile. Da un recente sondaggio realizzato da *The Guardian* è emerso che quasi la metà dei giovani preferirebbe vivere in un mondo in cui *internet* non esistesse e una percentuale simile sarebbe favorevole a un «coprifuoco digitale», mentre più di tre quarti hanno detto di essersi sentiti peggio dopo aver utilizzato i *social media* ⁽³⁴⁾.

Uno dei progetti dell'Autorità è quello di restituire a bambini e adolescenti quei liberi spazi di aggregazione, di compresenza incarnata, senza la vigilanza degli adulti e soprattutto fuori dalla sorveglianza «occhiuta» del digitale, con la collaborazione dei comuni, ed elaborare progetti per garantire spazi aggregativi, *safe space* e sostenendo i più significativi.

Secondo l'Autorità Garante la vera questione, a cui si collega anche il tema del *web*, è la fragilità dei nuclei familiari. Per un'efficace politica di prevenzione dei disturbi psichici ed emotivi di bambini e adolescenti non basta, anche se è indispensabile, lavorare sul digitale, ma si dovrebbe soprattutto lavorare sulle famiglie infragilite in ragione di molti fattori concomitanti: il rimpicciolirsi dei nuclei e la perdita del supporto da parte della famiglia più estesa, preziosissima quando nasce un bambino, lo sfarinamento della dimensione comunitaria – il «villaggio» – il progressivo isolamento, a cui spesso si sommano problematiche di tipo economico e sociale.

5.2. Le iniziative del Ministero della Salute

L'adolescenza è una fase della vita caratterizzata da rapidi cambiamenti fisici, emotivi e sociali. Questo periodo di vita determina le basi per il benessere e la salute mentale e complessiva in età adulta. Tuttavia, la prevalenza di disturbi mentali tra gli adolescenti è in preoccupante aumento. A livello globale, un adolescente su sette, nella fascia di età tra i 10 e i 19 anni, soffre di una condizione di salute mentale, spesso non riconosciuta né trattata. Disturbi come depressione, ansia e problematiche comportamentali rappresentano le principali cause di malattia e di disabilità in questa fascia d'età. Si rileva che il suicidio è classificato come la terza causa di morte tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni (WHO, 2024).

Le fragilità emotive e psicologiche dei minori suscettibili di esitare in situazioni patologiche sono aumentate esponenzialmente nell'ultimo decennio. Depressione, ansia, autolesionismo, ideazione e tentativi di

(34) Uno studio dell'Università di Chicago condotto dall'economista Leonard Bursztyn ha scoperto che il 58 per cento dei ragazzi preferirebbe vivere in un mondo senza Instagram o TikTok, piattaforme che oggi impegnate in veri e propri piani di *rivergination*. (https://home.uchicago.edu/bursztyn/CollectiveTraps_Nov2024.pdf).

suicidio, costituiscono una realtà diffusa anche in età infantile e adolescenziale; nella stessa fascia di età si fa strada un uso problematico dei *social media*, di *internet*, dei videogiochi e del gioco d'azzardo; nonché il consumo di sostanze sia legali (alcol, nicotina) che illegali. Gli studi di neuroscienze propongono una visione unitaria della dipendenza, secondo la quale i meccanismi neurobiologici alla base delle dipendenze sono gli stessi. Secondo questa *vision*, le dipendenze comportamentali e quelle da sostanza hanno in comune: il comportamento compulsivo, l'astinenza e la tolleranza, che possono portare ad effetti invalidanti sulla salute e sulle relazioni sociali.

5.3 Il quadro epidemiologico

L'Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, nel dicembre 2023 ha pubblicato lo studio *Dipendenze comportamentali nella Generazione Z: uno studio di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e focus sulle competenze genitoriali*, grazie al supporto del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Di seguito alcune definizioni relative alle dipendenze comportamentali ed i dati di prevalenza del predetto studio per quanto riguarda *Social Media Addiction* e *Internet Gaming Disorder* ⁽³⁵⁾.

La *Social Media Addiction* (SMA) attualmente non è inclusa nei manuali diagnostici che costituiscono il riferimento per l'attività clinica; tuttavia, la ricerca scientifica ha consentito di rintracciare dei criteri comuni per individuare i segnali di dipendenza dai *social media*. Sebbene non si sia giunti ad una definizione condivisa, generalmente con SMA si definisce una potenziale dipendenza comportamentale caratterizzata da un bisogno incontrollabile e compulsivo di acquisire informazioni o veicolare dei contenuti propri verso terzi tramite la rete. Tra i segnali più ricorrenti vi è l'impossibilità di smettere di usare i *social media*, nonché diventare ansiosi o irritabili se ne viene proibito l'uso. Nella popolazione scolastica nella fascia 11-17 anni, la prevalenza di comportamenti a rischio di SMA nell'ultimo anno è stimata al 2,5 per cento ovvero circa 99.632 adolescenti. Nello specifico, nella fascia di età 11-13 anni, la prevalenza di SMA è pari al 2,2 per cento degli adolescenti mentre in quella di 14-17 anni è pari al 2,7 per cento. In entrambe le classi di età la prevalenza è maggiore tra le femmine. I maschi mostrano prevalenze sotto la media nazionale.

L'*International Classification of Diseases* (ICD-11) ha assunto l'*Internet Gaming Disorder* (IGD) come categoria diagnostica e lo descrive come un modello di comportamento di gioco digitale (*online* o *offline*) persistente e/o ricorrente, che è caratterizzato da una incapacità di controllare l'avvio, la frequenza, l'intensità, la durata e la conclusione del gioco. Spesso, nel *gaming* autorizzato ai minori, il denaro viene utilizzato per proseguire nel gioco (microtransazioni effettuate con vero denaro scambiato con moneta virtuale) attraverso l'acquisto di scatole di cui non si conoscono i contenuti (*loot boxes*). Tale meccanismo di

(35) https://www.researchgate.net/publication/378100890_Behavioral_Addiction_in_in-Generation_Z_a_prevalence_study_in_the_school_population_11-17_years_and_correlation_with_parenting_perceptions.

stimolo, rinforzo, reazione, è quindi assolutamente simile a quello del gioco d'azzardo.

Nella popolazione 11-17 anni, la prevalenza di rischio di IGD relativa all'ultimo anno è il 12 per cento ovvero circa 478.177 adolescenti. In particolare, nella popolazione scolastica tra gli 11 e i 13 anni, frequentante la scuola secondaria di I grado, la prevalenza è 14,3 per cento (244.109 adolescenti) mentre nella popolazione scolastica compresa tra i 14 e i 17 anni, frequentante la scuola secondaria di II grado, la prevalenza è 10,2 per cento (234.068 adolescenti). Tra i maschi si osservano prevalenze di rischio di IGD più elevate rispetto alla media nazionale in entrambe le popolazioni: tra gli studenti maschi di età compresa tra gli 11 e i 13 anni è il 18 per cento (n. 158.606) e tra quelli di età compresa tra i 14 e i 17 anni è il 13,8 per cento (n. 162.969); tra le studentesse di età compresa tra gli 11 e i 13 anni la prevalenza è il 10,8 per cento (n. 89.666) e in quelle di età compresa tra i 14 e i 17 anni è il 5,5 per cento (n. 61.073). L'analisi delle prevalenze per età mostra un decremento del rischio di IGD con il progredire dell'età. Le prevalenze più elevate sono state osservate nelle fasce di età di 12 e 13 anni (rispettivamente 14,5 per cento e 14,3 per cento) e in quella di 11 anni (13,9 per cento). Negli studenti e studentesse di 14, 15 e 16 anni le prevalenze si assestano attorno all'11 per cento (rispettivamente 11,5 per cento e 10,5 per cento e 11,7 per cento) per diminuire poi tra i diciassettenni e le diciassettenni, tra i quali si registra una percentuale pari al 6,5 per cento.

L'ICD-11 (*International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*), stilato dall'OMS, definisce, il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), come caratterizzato da un modello di comportamento di gioco persistente o ricorrente, che può attuarsi *online* (cioè su internet) o *offline*. Il disturbo da gioco d'azzardo viene descritto anche nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition TR* (DSM-5 TR) come una dipendenza comportamentale caratterizzata da un persistente comportamento di gioco mal adattativo che crea problemi psico-sociali al soggetto coinvolto, ai suoi familiari, ed è causa di problemi finanziari e può condurre a disturbi di natura antisociale.

Nel corso degli ultimi anni la diffusione del gioco d'azzardo fra gli adolescenti è stata riconosciuta come un'importante tematica di salute pubblica.

Lo studio campionario ESPAD®⁽³⁶⁾ condotto nel 2022 rileva che il 57 per cento degli studenti tra i 15 e i 19 anni, pari a quasi 1 milione 500mila ragazzi, afferma di aver giocato d'azzardo nella propria vita e il 51 per cento (1 milione 300mila ragazzi) nel corso dell'anno. Entrambi i valori sono i più alti mai registrati dal primo anno di rilevazione. Nel 2022, quasi 200mila studenti hanno giocato d'azzardo online (8,1 per cento), in particolare i ragazzi. I giochi maggiormente praticati online sono totocalcio, totogol e scommesse sportive (47 per cento), seguiti da altri giochi di casinò virtuali, come roulette e dadi (28 per cento), scommesse virtuali (27 per cento) e slot machine/videolottery (25 per cento). La maggior parte dei giocatori online gioca

(36) ESPAD® Italia è una ricerca sui comportamenti d'uso di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e non, da parte degli studenti e delle studentesse di età compresa fra i 15 e i 19 anni frequentanti le scuole medie e superiori italiane: [tps://www.epid.ifc.cnr.it/project/espac-it](https://www.epid.ifc.cnr.it/project/espac-it).

presso la propria abitazione (60 per cento), il 44 per cento a casa di amici, il 25 per cento a scuola, il 21 per cento in luoghi pubblici chiusi, il 19 per cento presso luoghi pubblici aperti come piazze e parchi e il 6,4 per cento sui mezzi di trasporto. Lo strumento maggiormente utilizzato per giocare online è lo *smartphone*, seguito da computer, *tablet*, *console* e televisione. Il 60 per cento dei giocatori utilizza un *account* personale, il 30 per cento quello di un amico o di un conoscente maggiorenne, il 13 per cento quello di un genitore e il 6,7 per cento quello di fratelli o sorelle maggiorenni.

Nell'età adolescenziale il consumo di alcol tra i giovani rappresenta una criticità che suggerisce di mantenere alta l'attenzione su questa fascia di popolazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni, in Italia il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modifiche dalla legge 8 novembre 2012 n. 189, stabilisce il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni. Da ciò si deduce che i giovani di età inferiore ai 18 anni che consumano anche una sola bevanda alcolica durante l'anno, presentano un comportamento a rischio nel consumo di alcol. È assolutamente rilevante, secondo i dati riferiti all'anno 2023 forniti dall'ISTAT, il fatto che nella fascia di età 11-17 anni il 15,7 per cento abbia consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, valore che dovrebbe invece tendere allo zero. In questa fascia d'età, il 2,8 per cento ha le abitudini più rischiose perché si caratterizza per un consumo giornaliero di bevande alcoliche e/o per l'abitudine al *binge drinking* e/o per il consumo fuori pasto almeno settimanale, mentre il 12,9 per cento ha un consumo più occasionale (beve almeno una bevanda alcolica nell'anno o ha un consumo fuori pasto occasionale). C'è da osservare come in questa fascia di età vi siano differenze di genere meno marcate e i comportamenti di consumo delle ragazze sono quasi sovrapponibili a quelli dei ragazzi.

Il Dipartimento delle Politiche contro la Droga e le altre Dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri (DPA) ha pubblicato nel giugno scorso la Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2025⁽³⁷⁾. Secondo la relazione, le sostanze consumate dai giovani in Italia includono in primo luogo le sostanze illegali. Nel 2024, il consumo di sostanze tra gli studenti è lievemente diminuito rispetto all'anno precedente. Nel 2024, il consumo di cannabinoidi, tra gli studenti è del 27 per cento (una volta nella vita) mentre l'uso frequente, rilevato nella stessa fascia di età, è del 2,7 per cento. Per quanto riguarda le nuove sostanze psicoattive il consumo tra i giovani si attesta intorno al 5,8 per cento. Nello specifico troviamo i cannabinoidi sintetici 3,5 per cento e gli stimolanti al 2,9 per cento). Il consumo di stimolanti (MDMA, amfetamina, ketamina) è stato rilevato nel 2,4 per cento. Per quanto riguarda la cocaina il consumo tra i giovani è dell'1,8 per cento. Solo gli oppiacei restano stabili all'1,2 per cento. Questi dati indicano un costante e persistente consumo di sostanze pericolose e un uso ancora significativo della cannabis, che rimane la droga più diffusa tra i giovani.

(37) <chrome-extension://efaidnbmnnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.politichea>.

Questa tendenza, anche se lieve, sembra riflettere l'efficacia delle attività di prevenzione svolte nei contesti territoriali e nelle scuole, oltretutto un possibile mutamento nei comportamenti giovanili e nella percezione del rischio.

Dall'indagine del CNR si rileva che il fumo di tabacco persiste nel 39 per cento degli studenti nel 2024. Le sigarette elettroniche sono utilizzate dal 40 per cento degli studenti mentre le sigarette senza combustione (E-cig) sono consumate dal 21 per cento degli studenti. Una nuova tendenza è segnata dal consumo di psicofarmaci senza prescrizione medica, utilizzati dal 12 per cento degli studenti. Un comportamento ritenuto da larga parte della comunità scientifica estremamente a rischio è il policonsumo: il 6,5 per cento degli studenti dichiara di aver consumato più di una sostanza psicoattiva illegale nel 2024.

5.4 Iniziative del Ministero della Salute nell'ambito della tutela della salute in età evolutiva e nei giovani

Il Ministero, per tutelare il benessere degli adolescenti, ritiene necessario un approccio multifattoriale. Promuovere la resilienza emotiva, fornire un'educazione socioemotiva e garantire l'accesso a ambienti di supporto e cure adeguate alla salute mentale sono azioni fondamentali. La diagnosi precoce, gli interventi basati sulla comunità e la prevenzione di comportamenti a rischio possono ridurre significativamente l'impatto delle sfide mentali, creando percorsi per adolescenti capaci di svilupparsi dal punto di vista emotivo-cognitivo e diventare adulti sani e consapevoli ⁽³⁸⁾.

Le evidenze scientifiche a oggi disponibili dimostrano che le strategie di prevenzione risultano tanto più efficaci, quanto più precocemente implementate, in particolare sin dalle prime fasi della vita.

Nell'ambito della promozione e tutela della salute dei bambini e degli adolescenti e di contrasto alle disuguaglianze, diverse attività impegnano il Ministero della Salute.

a) I primi 1000 giorni di vita.

I primi 1000 giorni di vita, il periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino, sono fondamentali per il suo sviluppo fisico e psichico.

Considerato che le condizioni di salute sono il prodotto di un intreccio complesso e multifattoriale tra diverse componenti dove ognuna può agire da fattore di rischio e/o da fattore protettivo, l'esposizione a tali fattori, in un periodo particolarmente plastico e delicato come quello dei primi 1000 giorni di vita, può comportare risposte potenzialmente adattive (variabili in relazione al periodo di esposizione), determinando, nel caso dei fattori di rischio, la comparsa di patologie e disturbi in età infantile o adulta e favorendo, nel caso dei fattori protettivi, un migliore sviluppo del bambino.

(38) Cfr. l'audizione del Sottosegretario di Stato alla Salute, on. Marcello Gemmato – res. sten. dell'11 novembre 2025.

Il documento di indirizzo « *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita* », elaborato dal Tavolo tecnico istituito *ad hoc* dal Ministero della Salute, oggetto dell'Accordo del 20 febbraio 2020 in Conferenza Stato-regioni, ha l'obiettivo di mettere a fuoco le principali azioni preventive, di provata efficacia, che possono essere adottate dai genitori e dai *caregiver*, con l'aiuto degli operatori sanitari, nonché recepite nelle politiche nazionali e locali, utili a ridurre i fattori di rischio e a rafforzare i fattori di protezione in questa delicata fase della vita.

Il documento, in linea con la Dichiarazione di Minsk (Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, 2015), con gli obiettivi per uno sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite (SDG Agenda 2030), con il documento *Nurturing care for Early childhood development: a global frame work for action*, prodotto dall'OMS, dall'UNICEF e dalla Banca Mondiale, e con l'attenzione mostrata negli anni dal Ministero della Salute in riferimento ai livelli essenziali di assistenza per la riduzione delle disuguaglianze in salute, pone particolare attenzione alla salute preconcezionale, anche a sostegno della natalità, con riferimento ai fattori di rischio e protettivi della fertilità di coppia, agli stili di vita della popolazione in età fertile, alle vaccinazioni di adulti e bambini, allo sviluppo della prima infanzia (*early life*), ai determinanti di salute e all'accesso ai servizi, con particolare attenzione ai gruppi di popolazione vulnerabili ⁽³⁹⁾.

Il documento rimarca l'importanza di una genitorialità consapevole, considerato che costruire ambienti familiari, educativo-scolastici e sociali ricchi di affetti, relazioni e stimoli sul piano socio-emotivo e cognitivo contribuisce in maniera determinante alla qualità dello sviluppo infantile e della società nel suo insieme.

In generale, la costruzione e lo sviluppo di una genitorialità consapevole non porta soltanto a una positiva crescita del bambino, ma fa crescere insieme la triade madre-padre-bambino, portando con sé le straordinarie gratificazioni che si sperimentano nel corso della vita di genitori, caratterizzata quindi non solo da compiti e responsabilità.

b) I principali determinanti di salute del bambino: sistema di sorveglianza 0-2 anni.

Considerata l'importanza in termini di salute pubblica dei primi 1.000 giorni di vita, è stato implementato nel nostro Paese il Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino, incluso tra le sorveglianze di rilevanza nazionale dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017.

Le tematiche indagate dalla sorveglianza ⁽⁴⁰⁾, rilevanti anche in merito alla costruzione di una genitorialità consapevole, comprendono: l'assunzione di acido folico in epoca periconcezionale, il consumo di

(39) L'area del portale del Ministero della Salute dedicata alla salute del bambino e dell'adolescente presta particolare attenzione a questo tema e il relativo Documento di indirizzo è disponibile sul portale stesso, nonché sul sito internet dell'ISS (<https://www.epicentro.iss.it/materno/primi-mille-giorni-progetto-nurturing-care-2022>).

(40) In sanità pubblica la sorveglianza è la sistematica raccolta, archiviazione, analisi e interpretazione dei dati, seguita da una diffusione delle informazioni a tutte le persone che le hanno fornite e a coloro che devono decidere di intraprendere eventuali interventi.

tabacco e di alcol in gravidanza e in allattamento, l'allattamento, la posizione in culla, la sicurezza in casa e in automobile, la lettura precoce in famiglia e l'esposizione agli schermi (computer, *tablet*, TV, cellulari), le vaccinazioni.

L'obiettivo è quello di rilevare informazioni su alcuni determinanti di salute del bambino in epoca periconcezionale e nei primi due anni di vita, al fine di produrre indicatori, in parte richiesti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità – nonché per i Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione – che consentano confronti territoriali e intertemporali.

Infine, si segnala che il Ministero della Salute partecipa alle attività del Comitato tecnico-scientifico (CTS) e allo *Steering Committee* del Sistema di Sorveglianza⁽⁴¹⁾.

c) *Bullismo e cyberbullismo: la sorveglianza Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) Italia 2022.*

L'età pre-adolescenziale e adolescenziale rappresenta una fase cruciale per lo sviluppo dell'individuo e costituisce quindi un momento chiave nel quale poter intervenire efficacemente con adeguate politiche di promozione della salute. La comprensione dei determinanti dei comportamenti a rischio che si instaurano spesso in questa età può contribuire alla definizione di politiche ed interventi che indirizzino verso l'elaborazione di valori positivi e facilitino l'adozione di comportamenti orientati a uno stile di vita sano.

Il bullismo e il cyberbullismo sono caratterizzati da manifestazioni violente e intenzionali, di tipo verbale, fisico, sociale, ripetute nel tempo da parte di un singolo o da più persone, anche *online*.

Esiste uno squilibrio di potere tra chi aggredisce, per ferire e umiliare, e chi subisce e non riesce a difendersi.

Si tratta di fenomeni che esprimono scarsa tolleranza e non accettazione verso chi è ritenuto diverso per etnia, per religione, per caratteristiche psicofisiche, per genere, per identità di genere, per orientamento sessuale e per particolari realtà familiari.

Per comprendere appieno la dimensione e la diffusione di comportamenti negli adolescenti è attivo dal 1983 lo studio (*Health Behaviour in School-aged Children* – Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare) che, in collaborazione con l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS, coinvolge sempre più Paesi e Regioni in Europa e Nord America.

Lo studio HBSC prevede una raccolta dati ogni 4 anni ed è il risultato di una collaborazione multidisciplinare che include professionisti di varie discipline (medicina clinica, epidemiologia, biologia, pediatria, pedagogia, psicologia, sanità pubblica, politica e sociologia) che lavorano per sviluppare le basi concettuali dello studio, identificare le domande di ricerca, decidere i metodi da utilizzare, lavorare sull'analisi dei dati e sulla diffusione/comunicazione dei risultati.

Il nostro Paese partecipa allo studio multicentrico HBSC già dal 2002, collezionando ad oggi 6 rilevazioni (2002, 2006, 2010, 2014, 2018 e 2022). L'indagine rappresenta lo strumento nazionale per il monito-

(41) <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/0-2anni>.

raggio dei fattori e dei processi che possono determinare effetti sulla salute degli adolescenti, attraverso la raccolta di dati sulla salute, sui comportamenti a essa correlati e sui loro determinanti.

Il Gruppo di lavoro nazionale è costituito dal Ministero della Salute, dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'Università degli Studi di Torino, dall'Università degli Studi di Padova, dall'Università degli Studi di Siena, dal Ministero dell'Istruzione e del merito e da referenti regionali ed aziende sanitarie locali ⁽⁴²⁾.

I ragazzi di 11, 13, 15 e 17 anni che hanno risposto al questionario della rilevazione HBSC Italia 2022 sono stati 94.178 distribuiti in tutte le regioni italiane (con un tasso di rispondenza complessivo pari al 97 per cento); le classi campionate sono state 6.388, distribuite anch'esse in tutte le regioni d'Italia, con un'adesione pari all'88,8 per cento. L'elevata partecipazione, sia dei ragazzi che delle classi, è indicativa di un buon livello di sinergia tra il settore scolastico e il settore sanitario, nonché di una sensibilità particolare delle famiglie dei ragazzi verso i temi affrontati.

Secondo i dati, gli atti di bullismo subiti a scuola sono più frequenti nei più piccoli (11 – 13 anni) e nelle ragazze; per il bullismo le proporzioni sono simili a quelle del biennio 2017/18. Il fenomeno del cyberbullismo è in crescita nelle ragazze e nei ragazzi di 11 e 13 anni. I due fenomeni decrescono al crescere dell'età. Gli 11enni vittime di bullismo sono il 18,9 per cento dei ragazzi e il 19,8 per cento delle ragazze; nella fascia di età di 13 anni sono il 14,6 per cento dei maschi e il 17,3 per cento delle femmine; gli adolescenti (15 anni) sono il 9,9 per cento dei ragazzi e il 9,2 per cento delle ragazze ⁽⁴³⁾.

Strettamente correlato al bullismo è il fenomeno della violenza domestica. I minori esposti a episodi di violenza familiare sono più propensi a esercitare forme attive di bullismo nei confronti dei compagni o a essere vittime di bullismo.

Nella fascia di età degli 11 anni risultano vittime di cyberbullismo il 17,2 per cento dei maschi e il 21,1 per cento delle femmine; i 13enni coinvolti sono il 12,9 per cento dei ragazzi e il 18,4 per cento delle ragazze; gli adolescenti di 15 anni sono il 9,2 per cento dei maschi e l'11,4 per cento delle femmine.

L'HBSC indaga anche alcuni aspetti del contesto di vita familiare e scolastico, come ad esempio il rapporto con i genitori, con i compagni di classe, gli insegnanti, i pari.

Le evidenze disponibili sugli effetti negativi sulla salute, intesa nel senso più ampio del termine, dimostrano quanto il fenomeno sia da considerare un serio problema di salute pubblica.

(42) <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/rete>.

(43) Il cyberbullismo si è sviluppato a seguito dell'ampio utilizzo dei mezzi di comunicazione online da parte di preadolescenti e adolescenti. La facilità di accesso a pc, *smartphone*, *tablet*, consente al « cyberbullo » di commettere atti di violenza fisica e/o psicologica, anche in anonimato, mediante i social network, e di offendere la vittima mediante la diffusione di materiale denigratorio (testi, foto e immagini) o la creazione di gruppi contro. Si tratta di un uso inappropriato della rete, realizzato fuori dal controllo degli adulti, con cui i ragazzi si scambiano contenuti violenti, denigratori, discriminatori, rivolti a coetanei considerati diversi per aspetto fisico, abbigliamento, orientamento sessuale, classe sociale o perché stranieri.

L'area del portale del Ministero della Salute relativa alla comunicazione sulla salute del bambino e dell'adolescente contiene una pagina dedicata al bullismo e al cyberbullismo.

d) Politiche e interventi sociali in favore dei minorenni in attuazione della Child Guarantee.

Il Ministero della Salute partecipa alle attività interministeriali in attuazione della *Child Guarantee*, nello specifico per l'ambito delle attività relative alla Cabina di Regia Nazionale – Piano di azione nazionale per l'attuazione della Garanzia Infanzia (PANGI), predisposto in attuazione dei principi previsti dalla Garanzia Europea per l'infanzia – *Child Guarantee* – (Raccomandazione UE 2021/1004 del Consiglio del 14 giugno 2021). La Raccomandazione prevede che gli Stati Membri sviluppino un piano nazionale d'azione dedicato per il contrasto alla povertà minorile e all'esclusione sociale.

In particolare, nell'ambito dell'area 1.2 « Salute e assistenza sanitaria » e relativi assi di intervento, l'Asse 2 riguarda il benessere psicologico e sociale di bambine e bambini, preadolescenti e adolescenti.

e) Prevenzione, intercettazione precoce e adeguata presa in carico dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione.

I disturbi riconosciuti dal DSM-5 come Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA), intesi come Anoressia (AN), Bulimia (BN), il Disturbo da Alimentazione Incontrollata o più comunemente *Binge Eating Disorder* (BED/DAI) e Disturbo evitante/restrittivo (ARFID), sono severi disturbi mentali a patogenesi multifattoriale che insorgono in età giovanile, tendono ad avere decorso lungo e complesso, mostrano elevata comorbidità (frequente l'associazione di altre patologie psichiatriche quali depressione maggiore, disturbi d'ansia, disturbi di personalità, dipendenza da alcool o da sostanze) e spesso comportano ridotte capacità di funzionamento relazionale e sociale con difficoltà interpersonali, scolastiche e lavorative, e alti costi, diretti e indiretti, per i pazienti, le loro famiglie e la società⁽⁴⁴⁾.

Il tasso di mortalità corrisponde al 10 per cento dei casi con DNA, collocandosi come seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali. È quindi indispensabile intervenire – come recita la nostra Costituzione – a tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Un simile scenario sollecita un forte ed efficace impegno comune finalizzato a indirizzare le strategie politiche e di intervento pubblico verso nuove forme di *governance* volte alla realizzazione di alleanze fra le varie istituzioni, al fine di promuovere, ciascuno secondo la propria specifica professionalità, la prevenzione, l'intercettazione precoce e la cura di tali disturbi. Ne sono un esempio le diverse iniziative sostenute dal Ministero della Salute e di seguito elencate.

Mappatura dei centri dedicati alla presa in carico e alla cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e mappatura delle asso-

(44) <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/>

ciazioni di settore. Tramite le risorse del CCM è stata finanziata un'azione strategica centrale che ha consentito, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, le regioni, le società scientifiche e le associazioni di settore, di portare alla costruzione e all'aggiornamento continuo di una mappa dinamica dei servizi presenti sul territorio (ambulatoriali, residenziali e semi-residenziali del Servizio sanitario nazionale sia in ambito pubblico che privato accreditato) e della loro offerta assistenziale per la presa in carico e il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione⁽⁴⁵⁾.

Al fine di tutelare la salute dei cittadini che soffrono di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione ed evitare la cronicizzazione di tali patologie, riducendo il conseguente impatto sulla spesa sanitaria a carico del Servizio sanitario nazionale e regionale, è stato istituito, presso il Ministero della salute, un apposito Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. (art. 1, commi 687-688, legge 30 dicembre 2021, n. 234 « Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 » e articolo 4, comma 8-*quinquies*, decreto-legge 30 dicembre 2023, n. 215, convertito con modifiche dalla legge 23 febbraio 2024, n. 18).

Il Ministero della Salute, a partire da quanto indicato dai documenti di riferimento nazionali sui trattamenti *evidence based*, sull'approccio multidimensionale, interdisciplinare, multiprofessionale integrato da parte di specialisti, e sulla formazione ed esperienza specifica in tema di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, con l'obiettivo di garantire un buon esito delle cure, ha ritenuto fondamentale investire le suddette risorse finanziarie, (ammontanti a 25 mln di euro per gli anni 2022 e 2023 e di 10 mln di euro per l'annualità 2024), per definire interventi di identificazione e di presa in carico assistenziale e di cura dei pazienti, minori e adulti, che soffrono di tali disturbi. Tali risorse hanno consentito di porre in essere azioni e linee di intervento al fine di garantire e stabilizzare livelli minimi di cura di base in ogni regione/provincia autonoma con la costituzione di una rete ambulatoriale integrata, multiprofessionale, competente e formata, che svolga funzione di filtro per l'orientamento ai *setting*⁽⁴⁶⁾ di cura più appropriati.

Inoltre sono state pianificate azioni per l'intercettazione precoce degli esordi in modo da ridurre il ricorso a interventi più intensivi quando non appropriati; per il mantenimento dei pazienti il più possibile prossimali al territorio di residenza per favorire sia l'intensità che la continuità delle cure; per la garanzia di una rete dei servizi con progetti di prevenzione e promozione della salute e di cura, sia per

(45) Tale utile strumento di riferimento per i cittadini e per gli operatori, è disponibile on line e consultabile sia sul sito dell'ISS dedicato <https://piattaformadisturbialimentari.iss.it/> che nell'area tematica « salute mentale » del sito del Ministero della Salute (<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/salute-mentale/mappa-dei-serviziterritoriali-dedicati-ai-dna-le-associazioni-e-i-servizi-di/> Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione).

(46) Il *setting*, in psicologia, è l'insieme degli aspetti, delle regole e dell'area spaziotemporale che contraddistinguono la relazione tra il terapeuta e il paziente. Più in generale, nelle scienze umane, è il campo di ricerca in cui si svolgono le osservazioni e si raccolgono i dati.

target di popolazione a rischio che per i pazienti con lunga durata di malattia e alto rischio di complicanze mediche.

f) Intercettazione precoce degli adolescenti italiani con ideazione suicidaria, tentativo di suicidio e comportamenti autolesivi – Strategie per la riduzione del rischio suicidario in adolescenza.

L'OMS riconosce il suicidio come una priorità di salute pubblica e ha prodotto documenti strategici per la costruzione di *policy* e il sostegno alla programmazione in tale area.

Nel Piano d'Azione per la Salute Mentale dell'OMS 2013-2030 (*WHO's comprehensive mental health action plan* ⁽⁴⁷⁾), gli Stati membri dell'OMS si sono impegnati a lavorare verso l'obiettivo globale di ridurre il tasso di suicidi nei Paesi di un terzo entro il 2030. Inoltre, l'80 per cento dei Paesi dovrà attuare, entro il 2030, strategie nazionali e multisettoriali per la salute mentale e programmi di prevenzione.

La riduzione del tasso di mortalità per suicidi è un indicatore dell'obiettivo 3.4 degli Obiettivi di sviluppo sostenibile: entro il 2030, occorrerà ridurre di un terzo la mortalità prematura per malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e il trattamento oltre che promuovere la salute e il benessere mentale.

Come indicato dall'OMS, la malattia psichiatrica non è l'unico fattore di rischio per il suicidio, che va invece visto come la risultante di molti fattori genetici, psicosociali, biologici, individuali, culturali e ambientali. Depressione, abuso di alcol, disoccupazione e disuguaglianze sociali sono tutti fattori di rischio importanti e strettamente correlati tra loro. Ne consegue che le politiche di prevenzione del suicidio per essere efficaci non possono essere confinate al solo ambito sanitario ma devono prevedere un approccio di tipo multisettoriale (sanità, scuola, famiglia) e strategie basate sull'evidenza.

Inoltre, una strategia nazionale di prevenzione, assolutamente necessaria, risulterà essere più efficace se implementata, con interventi mirati, su popolazioni specifiche individuate in base ai principali fattori di rischio. Molte persone che tentano il suicidio provengono da gruppi vulnerabili ed emarginati. Inoltre, i giovani e gli anziani sono tra le fasce di età più suscettibili all'ideazione suicidaria e all'autolesionismo.

Data l'urgenza, più volte sottolineata in diversi consessi europei e mondiali, di mettere in atto strategie per la promozione della salute mentale, il Ministero della salute ha operato in tale direzione finanziando, con il Programma CCM 2024, le seguenti specifiche progettualità sulla tematica.

I) Progetto «Adolescenza e tentativo di suicidio. Nuovi fattori di rischio maschili e femminili e nuove opportunità per lo sviluppo di programmi di prevenzione e promozione di salute mentale», con due obiettivi principali. Il primo è quello di approfondire i fattori di rischio soggettivi, cioè riferiti direttamente dagli adolescenti che sono stati seguiti presso i reparti di Neuropsichiatria, per pensieri e/o comportamenti anticonservativi, differenziando i fattori di rischio in termini di severità e incidenza tra la popolazione maschile e femminile del campione. Il fine è di programmare, di conseguenza, interventi mirati e specifici.

(47) <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>.

Il secondo è quello di sviluppare un corso FAD e una App al fine di proporre agli adolescenti una psicoeducazione e una serie di « *homework* » per promuovere un percorso di salute mentale attivo e mirato alla diminuzione della sofferenza psicologica. Attraverso i nuovi strumenti tecnologici è possibile raggiungere molti adolescenti e aiutarli in maniera pratica e *on line* per il miglioramento della salute mentale. Per la realizzazione di tale programma si proporranno delle collaborazioni con le scuole superiori, con l'obiettivo di promuovere tale nuovo strumento.

Inoltre, la costruzione di un questionario *ad hoc* (costruito dalle esperienze dirette degli adolescenti), da poter far compilare prima e dopo l'intervento di prevenzione, consentirà di strutturare una misura oggettiva dell'efficacia dell'intervento proposto.

II) Il progetto « Prevenzione e intervento nei comportamenti autolesivi e suicidari nella rete territorio-ospedale » intende migliorare l'intercettazione precoce degli adolescenti italiani con comportamenti autolesivi e suicidari attraverso una migliore conoscenza dei profili di rischio specifici e dei percorsi attuati prima dell'evento indice, nonché del loro andamento nel tempo, elementi fondamentali per poter meglio mirare i successivi interventi e modularne l'intensità in base alle criticità, ai bisogni e ai punti di forza emergenti.

A questo fine, occorre innanzitutto migliorare la qualità delle informazioni disponibili sugli accessi ai servizi sanitari per comportamenti autolesivi e suicidari in infanzia e adolescenza, tramite la redazione, validazione e diffusione di linee di indirizzo per la codifica appropriata di tali eventi nei diversi livelli assistenziali e il perfezionamento di un protocollo di *datalinkage* mirato per lo studio di coorti di utenti con suicidio accertato o sospetto.

In secondo luogo, il progetto intende migliorare l'intercettazione precoce di preadolescenti e adolescenti in popolazioni ad alto rischio di comportamenti autolesivi e suicidari, in particolare nei servizi territoriali e ambulatoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, validando una procedura *ad hoc* per *step* successivi che possa essere appropriata e sostenibile anche nelle prese in carico di lungo periodo per tutte le tipologie di disturbi agli stessi afferenti e in contesti con risorse scarse.

In terzo luogo e a partire dalle informazioni emerse, il progetto intende migliorare l'intercettazione precoce, l'accesso e la continuità di cura di preadolescenti e adolescenti con rischio suicidario e autolesivo nella popolazione generale e la sensibilizzazione e il supporto a ragazzi, insegnanti, operatori delle comunità educative, tramite lo sviluppo di strategie comunicative che uniscano rigore scientifico e stili funzionali al coinvolgimento delle audience giovanili e ambienti tecnologici *ad hoc*, che vedono anche l'utilizzo dell'intelligenza artificiale e di *chatbox*.

g) *Transizione tra servizi per l'infanzia e l'adolescenza e i servizi per l'età adulta.*

L'interruzione o la discontinuità dell'assistenza che può avvenire nel caso di un percorso inefficace di transizione, pregiudica la salute, il benessere e la prognosi dei soggetti, così come le esperienze negative legate al passaggio della presa in carico hanno un impatto negativo sull'accompagnamento dei ragazzi ai nuovi servizi con un elevato

rischio di *drop-out*. Ciò potrebbe comportare ritardi nella cura, peggioramento delle condizioni cliniche, comparsa di comorbidità, ricorso inappropriato ai servizi sanitari di emergenza, aumento del carico psicologico, riduzione della qualità di vita e, parallelamente, maggiore compromissione del funzionamento sociale e lavorativo anche in età adulta con elevati costi umani, sociali ed economici.

Gli interventi dovrebbero essere declinati ed articolati in base ai punti di forza dei singoli utenti, ai loro profili funzionali e agli specifici bisogni prioritari, partecipati e condivisi attivamente con le famiglie e ove possibile con gli utenti, orientati a sostenere e/o abilitare non solo la persona con disturbo del neurosviluppo ma anche i suoi contesti di vita più significativi (famiglia, scuola, ambiti di socializzazione, lavoro, ecc.), attenti a promuovere la salute mentale del piccolo paziente e della sua famiglia nell'attualità e nel futuro, monitorati attraverso una verifica sistematica di « *outcome* »⁽⁴⁸⁾, sia specifica che globale.

A tal fine, nel Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 2025-2030 vi è un apposito capitolo « Salute mentale in infanzia e in adolescenza, transizione dai servizi per l'infanzia e l'adolescenza ai servizi per l'età adulta, accesso e continuità di cura » nel quale vengono affrontate le principali criticità emerse nei percorsi di transizione tra infanzia e adolescenza ed età adulta e i livelli di azione e supporto alla fase di transizione. Su tale Piano di Azioni è in fase di completamento l'iter di approvazione dell'Accordo in Conferenza Unificata ed è stato previsto uno stanziamento di risorse finanziarie dedicate nell'ambito della prossima legge di bilancio, con particolare attenzione all'assunzione di personale dei ruoli sanitario e socio-sanitario da destinare ai Servizi di salute mentale.

h) Evoluzione sistema informativo SISM per la rilevazione dei dati sulla Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Al fine di garantire risposte tempestive ed appropriate, il Ministero della Salute sta procedendo all'estensione della rilevazione del sistema informativo sulla salute mentale (SISM) anche alle attività dei servizi di neuropsichiatria infantile, attualmente non rientranti nel SISM ai fini della rilevazione delle prestazioni erogate a persone in età evolutiva affette da disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici.

Le finalità di questa rilevazione sono il monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento nonché fornire supporto alle attività delle Unità organizzative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UONPIA).

Questo nuovo flusso informativo è stato definito nell'ambito di un Gruppo di lavoro costituito da rappresentanti del Ministero della salute, dell'ISS, di FNOMCEO, di SINPIA, di SIP, di SIN, di AGENAS e di alcune Regioni.

A seguito dell'approvazione in Cabina di regia NSIS, sono iniziate le interlocuzioni informali con il Garante della Privacy che hanno

(48) In medicina, *outcome* (o esito) è un termine che indica il risultato di un trattamento medico, di un intervento o di un processo sanitario, come una misura di esito. Include una vasta gamma di valutazioni, dagli aspetti clinici (come guarigione o sopravvivenza) ai dati soggettivi riportati dai pazienti stessi, chiamati *Patient-Reported Outcomes* (PRO), che riguardano sintomi, benessere e qualità della vita.

portato ad una versione condivisa dello schema di decreto che è in attesa di essere trasmesso ufficialmente per l'acquisizione del previsto parere.

Contemporaneamente già a partire dall'anno 2023 sono state apportate delle modifiche ai flussi informativi attivati con il D.P.C.M. 17/05/1984, rinnovati ed ampliati con successivi decreti Ministeriali (l'ultimo è il Decreto 22 dicembre 2023) in modo da consentire il censimento delle strutture che erogano assistenza di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza nei diversi *setting* assistenziali (ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale e di riabilitazione). Inoltre è stata attivata la rilevazione aggregata a livello di struttura del numero di posti numero di utenti e giornate di assistenza in regime residenziale e semiresidenziale.

i) Politiche interministeriali in materia di benessere giovanile.

Il ruolo centrale del Ministero della Salute nel promuovere e nel coordinare politiche interministeriali in materia di benessere giovanile, ha portato alla stipula di due Protocolli.

Il « Protocollo d'intesa tra l'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità » per « Promuovere e garantire i diritti dei bambini e dei ragazzi nell'ambito del neurosviluppo e della salute mentale », stipulato il 3 luglio 2024, ha il fine di garantire e monitorare lo stato di benessere psico-fisico, il neurosviluppo e la salute mentale di bambini e adolescenti e di promuovere azioni e strategie di intervento coordinate, integrate e basate sulle evidenze finalizzate a rispondere ai bisogni psicosociali e di salute di bambini e adolescenti. Il protocollo, di durata triennale, prevede di monitorare lo stato di benessere psico-fisico di bambini e adolescenti attraverso: analisi aggregate di dati e serie temporali; condivisione di dati e competenze per produrre studi e analisi periodiche sul benessere psico-fisico dei minorenni; proposte ai decisori politici e alle istituzioni competenti di strategie di sostegno al benessere psico-fisico delle persone di minore età e proposte di prevenzione dei disagi basate sui dati e sull'osservazione degli andamenti dei fenomeni.

La collaborazione tra le suddette istituzioni, oltre a elaborare proposte di azioni e strategie di sostegno al benessere psico-fisico di bambini e adolescenti, con particolare riguardo a coloro che si trovano in condizioni di vulnerabilità, mira a diffondere la sensibilizzazione sui temi del neurosviluppo e della salute mentale e ad accrescere la consapevolezza verso la cultura della prevenzione. Mira, altresì, a promuovere azioni per implementare adeguatamente tutti i servizi e gli interventi nell'ambito dei disturbi del neurosviluppo e della salute mentale, al fine di garantire risposte appropriate ai bisogni in continuo aumento dei bambini e dei ragazzi e delle loro famiglie, secondo i principi trasversali della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e secondo le « Linee di Indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza » approvate con Intesa in sede di Conferenza unificata del 25 luglio 2019.

Il « Protocollo d'intesa triennale, tra il Ministero della Salute e il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia – Ufficio Regionale per

l'Europa e l'Asia Centrale », firmato il 9 novembre 2023, ha la finalità di promuovere e realizzare congiuntamente azioni di prevenzione, protezione, promozione della salute e del benessere dei minori e dei giovani, con particolare attenzione ai soggetti più vulnerabili e per l'attuazione delle azioni previste nel Piano di Azione Nazionale sulla Garanzia per l'Infanzia (PANGI).

Il Ministero della Salute e l'ISS – nell'ambito del protocollo di intesa con l'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza (AGIA) e attraverso le attività del progetto CCM « *Effetti dell'emergenza pandemica Covid 19 sui minori di età: strategie di prevenzione e contrasto delle problematiche di salute mentale e delle dipendenze* »- hanno collaborato per l'analisi dei dati dei flussi informativi che il Ministero della Salute raccoglie in qualità di garante dell'applicazione uniforme dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale, insieme alle regioni e alle province autonome.

In particolare, i dati provengono dal « Nuovo Sistema Informativo Sanitario » (NSIS) del ministero costituito per monitorare la qualità, efficienza e appropriatezza del Sistema sanitario nazionale. L'estrapolazione e analisi dei dati sono state effettuate dalla ex Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica. In particolare, sono stati analizzati i dati relativi agli accessi per disturbi psichiatrici di bambini e adolescenti in Pronto Soccorso e in degenza ordinaria e i dati relativi ai minorenni che hanno fruito dei servizi per le dipendenze patologiche, per poter analizzare le modificazioni nel tempo ed in particolare le possibili evoluzioni in epoca pandemica e postpandemica delle situazioni di disturbi già conclamati e di maggiore complessità e gravità. Sebbene tale tipologia di accessi rappresenti solo la punta dell'iceberg nell'ambito dei disturbi del neurosviluppo e dell'ampio arcipelago della salute mentale, l'analisi di questi dati ha permesso di mettere a disposizione informazioni importanti per la programmazione, per poter implementare strategie d'intervento efficaci a supporto della popolazione di minore età in condizioni di fragilità o a rischio e per la promozione del neurosviluppo e della salute mentale.

I risultati dell'analisi sono stati discussi con esperti del settore, tra cui rappresentanti delle Regioni e della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA). Al fine di supportare il Ministero nelle decisioni strategiche e tecniche in materia, è prevista la condivisione di tali informazioni in sede di Tavolo tecnico per la salute mentale e di Consiglio Superiore di Sanità organo di consulenza tecnico-scientifica del Ministero della Salute.

l) Iniziative del Ministero della Salute per favorire corretti stili di vita nella popolazione.

Gli stili di vita – ossia i comportamenti individuali adottati nella quotidianità, strettamente connessi a fattori ambientali, economici, culturali ed educativi – svolgono un ruolo centrale nel determinare lo stato di salute. Pertanto uno stile di vita attivo e salutare è un elemento basilare del benessere psicologico e fisico, soprattutto quando diventa una abitudine quotidiana consolidata nella vita delle persone. I benefici per la salute, correlati all'acquisizione quotidiana di sani stili di vita, riguardano tutte le fasce d'età: bambini, adolescenti, adulti e anziani.

Uno stile di vita sano, fin dai primi anni di vita, contribuisce ad una migliore protezione dello stato di salute lungo tutto il corso della vita dell'individuo. A tal proposito è importante sottolineare il ruolo educativo che la famiglia svolge nell'influenzare lo stile di vita dei propri figli, educandoli a scelte alimentari e ad uno stile che contempli l'attività fisica, fin dai primissimi anni di vita. Ciò suggerisce la necessità di individuare strategie volte alla sensibilizzazione delle famiglie per la protezione della salute psico-fisica dei propri figli che, inevitabilmente, passa attraverso l'adozione di sani stili di vita. Mantenere uno « stile di vita attivo » fin dalla primissima età, infatti, è fondamentale anche per favorire effetti positivi sulle funzioni cognitive. Uno stile di vita fisicamente, cognitivamente e socialmente attivo fornisce, infatti, un vantaggio simile a una « riserva cognitiva » in grado di migliorare il benessere psicologico con effetti duraturi anche in età avanzata. Infatti, è ampiamente riconosciuto l'effetto positivo dell'attività fisica sul benessere psicologico delle persone, contribuendo, oltre al mantenimento delle funzioni cognitive, anche alla riduzione del rischio di depressione e di demenza. La riduzione dei livelli di *stress* e di ansia, migliora la qualità del sonno, contribuendo a migliorare le funzioni psichiche superiori come l'attenzione, la memoria, il pensiero, ecc. con effetti anche sulla *performance*, contribuendo ad innalzare i livelli di autostima. Per di più, quando l'attività fisica è svolta in maniera collettiva, gli effetti benefici sul benessere psichico e sulla salute mentale sono potenziati dal contenuto socializzante, poiché arricchiscono l'individuo di esperienze relazionali appaganti.

È stato riscontrato dai dati di letteratura, infatti, che l'attività fisica /sportiva, è da considerarsi un fattore protettivo, specie nelle fasce di età giovanili, anche rispetto all'uso di sostanze psicoattive (sia legali che illegali) e al ricorso a comportamenti a rischio, poiché stimola, tra l'altro, l'attivazione di importanti centri cerebrali implicati nei processi della ricompensa, nella regolazione delle emozioni, nel controllo del comportamento, nel benessere psicologico percepito.

Il Ministero della Salute, condividendo la necessità e l'urgenza di investire in un approccio integrato di politiche a supporto di stili di vita sani per garantire una longevità in salute e la sostenibilità del welfare del nostro Paese, ha previsto l'istituzione della Direzione generale dei corretti stili di vita nell'ecosistema, al fine di promuovere ogni utile iniziativa per prevenire fattori di rischio modificabili, quali: consumo rischioso e dannoso di alcol, fumo, sovrappeso, sedentarietà, ecc.

Di seguito si riportano le principali iniziative intraprese dal Ministero della Salute per favorire corretti stili di vita nella popolazione.

m) Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 (PNP).

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 (PNP), rappresenta lo strumento fondamentale di pianificazione centrale degli interventi di promozione della salute e prevenzione. I cardini del PNP, in coerenza con il principio: « Salute in tutte le politiche » (*Health in all policies*), sono l'intersectorialità e la trasversalità dell'approccio per tutti gli obiettivi di salute. Tra gli obiettivi di salute del PNP, vi è la riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT), attraverso la promo-

zione di corretti stili di vita nella popolazione e nei soggetti a rischio. Il Ministero della Salute, nel PNP rivolge una particolare attenzione al *setting* scolastico, luogo elettivo per coinvolgere i bambini e gli adolescenti in progetti di promozione di corretti stili di vita. Il PNP, adottando le indicazioni contenute nel documento «Indirizzi di Policy integrate per la scuola che promuove salute» – oggetto dell’Accordo in Conferenza Stato-regioni del 17 gennaio 2019 – sostiene l’*empowerment* individuale e di comunità nel *setting* scolastico in un’ottica intersettoriale; promuove il rafforzamento di competenze e la consapevolezza di tutti gli attori della comunità scolastica (studenti, insegnanti, personale ATA, tecnici, dirigenti e genitori); favorisce modifiche strutturali e organizzative sostenibili per facilitare l’adozione di stili di vita salutari e la prevenzione di fattori di rischio comportamentali e ambientali, attraverso interventi di provata efficacia o «buone pratiche» validate. In particolare, lo sviluppo di competenze è considerato una delle strategie più efficaci per favorire sia processi di apprendimento sia lo sviluppo di stili di vita salutari.

n) Progetti innovativi finanziati con i fondi del CCM.

Il Ministero della Salute, inoltre, ha finanziato progetti innovativi con i fondi CCM⁽⁴⁹⁾ al fine di individuare le buone pratiche da disseminare sul territorio a protezione dell’infanzia e dell’adolescenza rispetto a fattori di rischio inerenti alle dipendenze patologiche.

Tra questi progetti CCM si annovera il progetto «EDUCATAMENTE 2.0», finalizzato alla promozione dell’uso consapevole della rete e dei dispositivi digitali in età evolutiva e prevenzione delle condotte a rischio *on line* e del cyberbullismo. Il progetto è stato affidato alla ASL Roma 1 che ha collaborato sia con l’Istituto Superiore di Sanità sia con il Dipartimento di Psicologia dell’Università Sapienza di Roma.

L’opportunità di finanziare questo progetto scaturisce dalla considerazione che l’impatto dell’utilizzo della rete e dei dispositivi digitali in età evolutiva è attualmente al centro dell’attenzione delle diverse agenzie che si occupano di accompagnamento alla crescita nell’era digitale; motivando esperti del settore a confrontarsi sulla questione relativa alla regolamentazione dell’uso dei *devices*, dei *social network* e del *web*, stante l’emergere di studi che nel loro utilizzo distorto, disfunzionale o disregolato, rintracciano fattori di rischio evolutivo. L’ambiente digitale rappresenta dunque a tutti gli effetti una determinante di salute e in quanto tale non può che rappresentare un territorio di studio, analisi e monitoraggio da parte del Servizio sanitario nazionale e delle diverse istituzioni che si occupano di definire politiche di

(49) Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) è un organismo di coordinamento tra il Ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze. Il CCM è stato istituito dalla Legge 26 maggio 2004, n. 138, con lo scopo di contrastare le emergenze di salute pubblica legate prevalentemente alle malattie infettive e diffuse e al bioterrorismo. Secondo la norma, il CCM opera «in coordinamento con le strutture regionali attraverso convenzioni con l’Istituto Superiore di Sanità, l’Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, gli Istituti Zooprofilattici sperimentali, le Università, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con altre strutture di assistenza e di ricerca pubbliche e private, nonché con gli organi di Sanità Militare», e agisce «con modalità e in base a programmi annuali approvati con decreto del Ministro della Salute».

intervento e di prevenzione a garanzia della salute e sicurezza dei cittadini, soprattutto se minori.

Il progetto, durato 24 mesi, al fine di raggiungere l'obiettivo finale di promuovere strategie di supporto all'uso consapevole della rete e dei dispositivi digitali in età evolutiva e alla prevenzione di condotte a rischio on line con particolare riferimento al cyberbullismo, si è articolato in quattro obiettivi specifici. Tra gli obiettivi specifici previsti vi è la costituzione di un Tavolo tecnico operativo (TTO) per il monitoraggio delle attività progettuali di livello nazionale che fornirà indicazioni per la costruzione di un programma di formazione nazionale integrato rivolto a pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale, operatori sociosanitari dei consultori e dei servizi di salute mentale, dei servizi sociali territoriali e dei servizi della giustizia minorile. È prevista, inoltre, la sperimentazione di un modello di intervento psicoeducativo con l'utilizzo della realtà virtuale, finalizzato alla individuazione di strategie di prevenzione primaria *evidence based*, rivolte agli studenti fascia di età 11- 19 anni e con minori e giovani adulti già segnalati/denunciati per condotte reato *on line*/cyberbullismo nell'ambito degli interventi di prevenzione secondaria. Saranno infine creati dei materiali informativi basati su informazioni scientificamente corrette destinati ai diversi target della popolazione generale, che saranno diffusi attraverso strumenti multimediali, preferibilmente interattivi, utilizzando le strumentazioni a disposizione delle unità operative.

Un altro progetto CCM finanziato dal Ministero della Salute è il *Play it safe and keep control*: strategie per un utilizzo responsabile di videogiochi, *internet* e *social media*.

La finalità del progetto è di sviluppare strumenti, *toolkit* e dispositivi utili a insegnanti e operatori dei servizi socio-sanitari in grado di accompagnarli nell'implementazione di azioni mirate a prevenire il *gaming disorder* e l'abuso di *internet* da parte degli adolescenti e a cogliere eventuali segnali d'allarme per una segnalazione precoce di eventuali situazioni problematiche o a rischio. Il progetto è stato affidato alla Regione Lombardia che svolge il ruolo di coordinatore per le altre regioni coinvolte (Nord Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Veneto Centro, Lazio, Toscana, Abruzzo) e l'Istituto Superiore di Sanità.

Riferisce il Sottosegretario Gemmato che il progetto ha iniziato le attività nel mese di aprile 2025 ed ha una durata di 24 mesi. Tra gli obiettivi specifici è prevista la progettazione e l'implementazione di un programma pilota rivolto alle scuole secondarie di I grado mirato alla prevenzione del *gaming disorder* e alla segnalazione precoce. Il programma pilota è inteso modulabile nelle diverse regioni in base alle strategie in atto nelle reti locali delle scuole che promuovono salute, affinché possa integrarsi in modo coerente con la programmazione curricolare e con i programmi preventivi già attivi nei diversi territori. Sarà effettuata anche un'analisi di fattibilità di interventi rivolti ad alunni degli ultimi anni della scuola primaria e ai loro genitori. Inoltre, è prevista la predisposizione di un modulo formativo (per es. corsi di perfezionamento) rivolto sia a professionisti che lavorano nel campo socio-sanitario, sia al personale scolastico. Le tematiche saranno relative al tema del benessere, con un particolare *focus* su *gaming*, *gaming*

disorder, internet addiction. Sarà dato spazio anche ad un approfondimento in merito a possibili percorsi di individuazione precoce dei comportamenti a rischio e presa in carico precoce scuola-servizi.

5.5 *Le iniziative del Ministero dell'Istruzione e del merito*

Il Sottosegretario di Stato per l'Istruzione e il merito, on. Paola Frassinetti, nella seduta del 7 ottobre 2025 ha illustrato alla Commissione le politiche attuate dal Ministero e le iniziative da attivare nel breve e lungo periodo ⁽⁵⁰⁾.

Il Ministero dell'Istruzione e del merito ha posto in essere interventi mirati in termini di orientamento e di didattica sempre più personalizzata con l'introduzione della figura altamente specializzata del docente *tutor*, per la quale sono state assegnate risorse pari a circa 150 milioni di euro per ciascun anno scolastico, e sono stati previsti rilevanti investimenti con risorse PNRR, in tema di orientamento e personalizzazione della didattica.

Il Ministero è, altresì, impegnato nella pianificazione di politiche e azioni in materia di prevenzione del disagio giovanile, di educazione alla salute, di promozione di corretti stili di vita e benessere psico-sociale degli studenti, di contrasto al bullismo e al cyberbullismo.

Con riferimento a tale fenomeno, il Ministero è già intervenuto, da tempo, con una pluralità di azioni di sistema per favorire la ricostituzione del patto educativo tra scuola e famiglia. Innanzitutto, in attuazione della legge n. 70 del 2024, è stato istituito il Tavolo tecnico per la prevenzione e il contrasto del bullismo e del cyberbullismo.

Tale legge prevede, tra le varie misure, in particolare:

- l'adozione, in ogni scuola, di un codice interno per la prevenzione e il contrasto di tali fenomeni;
- la designazione di un docente referente per il coordinamento delle iniziative di prevenzione e contrasto, anche con la collaborazione delle Forze di polizia nonché delle associazioni e dei centri di aggregazione giovanile presenti sul territorio;
- l'istituzione di un tavolo permanente di monitoraggio che coinvolga studenti, docenti, famiglie ed esperti di settore;
- l'istituzione della « Giornata del rispetto », il 20 gennaio di ogni anno, in memoria di Willy Monteiro Duarte, dedicata alla promozione del rispetto reciproco e alla sensibilizzazione contro ogni forma di violenza e di discriminazione.

La legge pone al centro la prevenzione e la tutela dei minori, sia nella posizione di vittime sia in quella di responsabili di illeciti, privilegiando azioni di carattere educativo e formativo, anche attraverso un approccio coordinato e sistemico, che affronta ogni aspetto del problema: dall'introduzione di una comunicazione strutturata alle famiglie, all'adozione di sanzioni specifiche in ambito scolastico, fino alla realizzazione di progetti di supporto e recupero, mirati a sostenere e rieducare i minori coinvolti.

(50) Cfr. res. sten. del 7 ottobre 2025.

Infine, la legge n. 70 del 2024 rafforza ulteriormente la strategia nazionale contro bullismo e cyberbullismo, istituendo il Tavolo tecnico nazionale, con il compito di elaborare un Piano di azione integrato per il contrasto e la prevenzione, prevedendo la collaborazione con scuole, enti locali, servizi socioeducativi, realtà sportive e Terzo settore. Il Tavolo sarà anche responsabile della raccolta e del monitoraggio dei dati sull'evoluzione del fenomeno, garantendo una risposta coordinata ed efficace a tutela dei minori.

Il Ministero ha inoltre sottoscritto, lo scorso aprile, il Protocollo d'intesa « Educare al rispetto della persona », finalizzato alla definizione di percorsi progettuali per supportare gli studenti nella gestione delle relazioni e nella prevenzione dei comportamenti violenti.

Avvalendosi dell'INDIRE⁽⁵¹⁾, il Ministero garantisce anche l'erogazione di specifici percorsi di formazione per i docenti coinvolti nelle attività di educazione al rispetto e alle relazioni, mediante la collaborazione dell'Ordine degli psicologi e di altri organismi scientifici e professionali qualificati.

Inoltre, il Ministero dell'Istruzione e del merito, in collaborazione con l'università di Firenze, ha realizzato la Piattaforma ELISA⁽⁵²⁾, che costituisce lo strumento operativo per la formazione dei docenti e per le scuole.

Il Ministero coordina, altresì, il progetto « Generazioni Connesse », cofinanziato dalla Commissione europea⁽⁵³⁾, che promuove l'uso consapevole della rete e la sicurezza digitale, attraverso campagne di sensibilizzazione, attività formative e interventi di educazione ai media rivolti a studenti, docenti e famiglie.

Per quanto riguarda le azioni volte a garantire sostegno psicologico agli studenti, il Ministero ha sottoscritto, nel marzo 2024, un Protocollo d'intesa con il Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi, finalizzato alla prevenzione dei disagi psico-comportamentali e alla promozione del benessere relazionale degli studenti. Il Ministero dell'Istruzione e del merito, sempre in collaborazione con il Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi, promuove un'iniziativa che punta a offrire un supporto professionale tramite la Rete agli studenti che manifestano disagio psicologico, puntando su equità e inclusione. Si tratta di un percorso *on line* con psicologi selezionati da un elenco fornito dall'Ordine, al fine di predisporre un servizio dedicato in particolare agli studenti dell'ultimo anno della secondaria di primo grado e al primo biennio della secondaria di secondo grado. L'accesso al servizio sarà gestito tramite la Piattaforma Unica del Ministero: ogni studente che risconterà disagi potrà richiedere il supporto di uno specialista, facilitando così l'assistenza anche nelle zone più difficili da raggiungere.

Per questo intervento è stato istituito presso il Ministero dell'Istruzione e del merito, con la scorsa legge di bilancio, il Fondo per il servizio di sostegno psicologico, con una dotazione di 10 milioni di euro per il 2025 e di 18,5 milioni annui dal 2026. Tali risorse finanziano presidi territoriali di esperti psicologi, che supportano le scuole nelle azioni volte al superamento delle fragilità evolutive, anche con riferi-

(51) <https://www.indire.it>.

(52) <https://www.piattaformaelisa.it>.

(53) <https://www.donmilanigragnano.edu.it/generazioni-connesse>.

mento alle situazioni di svantaggio sociale e culturale che ostacolano i processi di socializzazione e partecipazione alla vita della comunità scolastica.

Inoltre, le nuove Indicazioni nazionali per il curriculum ⁽⁵⁴⁾ e le Linee guida per l'educazione civica richiamano i temi dell'educazione al rispetto, dell'empatia e della parità di genere. In particolare, le Indicazioni nazionali, rafforzando quanto già previsto dalle Linee guida per l'educazione civica, sollecitano le scuole dell'infanzia e del primo ciclo a svolgere un ruolo di prevenzione, al fine di favorire la consapevolezza dei diritti e dei doveri di ciascuno, il superamento di pregiudizi e discriminazioni e la diffusione di una cultura del rispetto e della non violenza.

In considerazione di quanto emerso nel corso delle audizioni, che hanno confermato il ruolo della scuola quale luogo primario di individuazione precoce delle fragilità emotive e psicologiche, la Commissione evidenzia l'esigenza che, nel progressivo sviluppo delle politiche di sostegno psicologico, accanto alle iniziative digitali attivate dal Ministero sia prevista anche una presenza qualificata e continuativa di psicologi all'interno delle istituzioni scolastiche. In tale prospettiva, in un'ottica multidisciplinare coerente con i Piani Nazionali per l'Infanzia e l'Adolescenza, si segnala l'opportunità di valorizzare anche figure educative e socio-pedagogiche – quali pedagogisti ed educatori socio-pedagogici – come risorse integrative a supporto delle attività di prevenzione e del coordinamento pedagogico. Una tale integrazione non solo garantirebbe un accesso più diretto e immediato al supporto, ma consentirebbe ai professionisti presenti di partecipare in modo attivo e costante alla vita scolastica, elemento essenziale per cogliere tempestivamente i segnali di disagio e inserirsi nei processi educativi quotidiani, in coerenza con l'impostazione dei Piani Nazionali per l'Infanzia e l'Adolescenza, che individuano nella scuola un ambito strutturale per la presa in carico delle vulnerabilità.

Con l'istituzione della filiera formativa tecnologico-professionale, è stato avviato un percorso innovativo che consente non solo l'acquisizione delle competenze tecnologiche necessarie per rispondere alle esigenze del mondo del lavoro e per la prosecuzione degli studi nei percorsi di istruzione terziaria degli ITS *Academy*, ma, soprattutto, promuove lo sviluppo di competenze trasversali – le cosiddette *soft skills* – riconosciute come elemento essenziale per la formazione integrale della persona e per affrontare in modo efficace e consapevole le sfide della vita personale, sociale e professionale.

Con la recente legge 19 febbraio 2025 n. 22 è stato introdotto, nelle attività educative e didattiche delle istituzioni scolastiche, anche lo sviluppo delle competenze non cognitive e trasversali. Si tratta di competenze – che includono abilità legate agli ambiti emotivi e psicosociali – che possono essere sviluppate attraverso percorsi educativi mirati. Inoltre, la medesima legge prevede la predisposizione da parte del Ministero di un Piano straordinario di azioni formative per i docenti, in collaborazione con INDIRE, le istituzioni scolastiche, le università, gli enti accreditati per la formazione.

(54) https://www.mim.gov.it/documents/20182/51310/DM+254_2012.pdf.

Relativamente alla tematica della prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti, delle dipendenze comportamentali e del disagio giovanile, tra le iniziative più significative, vi sono:

- il Protocollo d'intesa tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche antidroga, il Ministero dell'Istruzione e del merito, il Ministero della Salute, il Ministero dell'Interno e la Conferenza delle Regioni, per la definizione e diffusione di programmi preventivi sulle dipendenze da sostanze e sulle dipendenze comportamentali in ambito scolastico;

- il Protocollo d'intesa con il Ministero della Salute, finalizzato alla prevenzione delle dipendenze, alla promozione di stili di vita salutari e all'inclusione scolastica. Tale Protocollo, in sede di rinnovo, prevedrà l'estensione delle azioni ivi previste ad ambiti ulteriori, quali quelli del benessere emotivo e della salute ambientale;

- l'attivazione del Tavolo tecnico che supporta le reti di scuole, con l'obiettivo di favorire la co-progettazione di ambienti educativi per la promozione della salute e del benessere degli studenti, in linea con il modello promosso dall'Organizzazione mondiale della Sanità.

Infine, per quanto riguarda l'educazione alimentare e gli stili di vita sani e sostenibili, il Ministero dell'Istruzione e del merito pone in essere numerose iniziative volte a promuovere nelle scuole la consapevolezza sull'importanza della sostenibilità, della salute e della responsabilità verso l'ambiente e il territorio. A tale riguardo, in particolare, il Ministero ha sottoscritto diversi protocolli d'intesa, tra i quali:

- il Protocollo con il Ministero della Salute, per la promozione di corretti stili di vita;

- il Protocollo con Coldiretti, per l'Educazione alimentare, la sostenibilità, l'economia circolare e il consumo di cibo locale a chilometro zero, e la valorizzazione dei prodotti locali;

- il Protocollo con la fondazione Banco Alimentare Onlus, per il recupero delle eccedenze alimentari e il sostegno alle iniziative di solidarietà;

- il Protocollo con la fondazione italiana per l'educazione alimentare, per la realizzazione di attività formative per studenti e docenti su alimentazione sana e sostenibile.

L'insieme delle azioni illustrate evidenzia l'impegno del Ministero nel promuovere interventi integrati e coordinati tra Istituzioni, scuole e servizi territoriali, con l'obiettivo di realizzare un sistema educativo sempre più in grado di prevenire il disagio di bambini e adolescenti, di sostenerne il benessere e favorirne la crescita armoniosa.

Il Ministero dell'Istruzione e del merito intende proseguire lungo questa direttrice, consolidando le politiche già avviate e sviluppando ulteriori strumenti di prevenzione e accompagnamento, affinché ogni giovane possa disporre delle condizioni necessarie per esprimere appieno le proprie potenzialità e partecipare attivamente alla vita sociale e educativa.

5.6 *Le iniziative del Ministero per la Famiglia, la natalità e le pari opportunità*

La Ministra Eugenia Maria Roccella, nella seduta del 7 ottobre 2025, ha illustrato le azioni previste dal nuovo Piano nazionale per l'infanzia e l'adolescenza⁽⁵⁵⁾.

Un elemento importante è il criterio di valutabilità, misurabilità e realizzabilità a legislazione vigente, che caratterizza tutte le sedici azioni proposte. Il documento è orientato allo sviluppo armonioso di tutti i bambini e i ragazzi che stanno costruendo la propria personalità e, in questo quadro, accoglie le loro fragilità e vulnerabilità attuali e potenziali, puntando fortemente su politiche di prevenzione e di promozione positiva.

Il Piano riconosce la centralità della famiglia nello sviluppo dei bambini e degli adolescenti, considerando le relazioni affettive primarie all'interno del nucleo familiare come essenziali per la costruzione della fiducia, dell'amore e del senso di responsabilità.

Il riconoscimento del ruolo centrale della famiglia si traduce in azioni mirate a:

- sostenere i genitori lungo tutto il percorso di crescita dei figli, dai « primi mille giorni » all'adolescenza (azioni 1 e 2);
- rafforzare le competenze genitoriali per accompagnare i figli verso l'età adulta (azione 3 e 8);
- promuovere l'affido familiare come forma di prevenzione, solidarietà e protezione per bambini e ragazzi (azioni 4, 5, 6 e 7). In tema di affido è stato approvato alla Camera, ed è in attesa dell'esame da parte del Senato, un disegno di legge che ho promosso insieme al ministro Nordio per realizzare una raccolta dati sull'affido capillare ed efficace per valorizzare questo importantissimo strumento di solidarietà e per un coordinamento ottimale delle politiche.

Per affrontare le sfide che riguardano la relazione tra i minorenni e la Rete, il Piano per l'infanzia e l'adolescenza promuove l'educazione digitale dei minorenni e dei genitori (azione 9) e la diffusione di spazi aggregativi e dedicati anche allo svolgimento di discipline sportive per favorire la socializzazione degli adolescenti e contrastare l'isolamento e l'emarginazione degli stessi (azione 8).

Tutte le azioni citate si muovono nell'ottica di creare le condizioni che favoriscano il benessere delle persone di minore età nel loro percorso di crescita, per prevenire situazioni che possono generare fragilità emotive. A queste azioni, poi, se ne affiancano altre che sono

(55) Il Piano è stato elaborato dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, operante presso il Dipartimento per le Politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri, e, a seguito dei previsti pareri dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, della Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza e della Conferenza unificata, è stato adottato, su proposta della Ministra per la Famiglia la natalità e le pari opportunità, con decreto del Presidente della Repubblica 29 luglio 2025, previa deliberazione del Consiglio dei ministri. Il D.P.R. è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica Italiana – Serie Generale n. 226 del 29 settembre 2025 (<https://www.programmagoverno.gov.it/it/notizie/sesto-piano-nazionale-di-azione-e-di-interventi-per-la-tutela-dei-diritti-e-lo-sviluppo-dei-soggetti-in-eta-evolutiva-pubblicato-il-focus>).

volte, invece, a contrastare, in un'ottica preventiva, specifiche vulnerabilità, rafforzando il benessere dei minorenni con particolare attenzione alla salute mentale, considerata non solo in relazione ai disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, ma anche con riguardo al disagio psicologico e relazionale, alle dipendenze, all'autolesionismo e al suicidio.

Una di queste azioni (l'azione 11) affronta il tema dell'isolamento sociale tra bambini e ragazzi, noto anche come *hikikomori*. Una realtà sempre più diffusa e preoccupante. I dati più recenti evidenziano che migliaia di adolescenti si chiudono in sé stessi, spesso per lunghi periodi, a causa di un profondo disagio relazionale e personale. Le ragioni sono molteplici: senso di inadeguatezza, difficoltà nei rapporti con i coetanei, frustrazione, autosvalutazione. L'azione mira a far emergere il fenomeno, ancora poco noto, e a costruire risposte concrete. Con un duplice obiettivo: da un lato conoscere meglio le diverse forme di isolamento attraverso una ricerca mirata; dall'altro, definire strumenti e strategie per monitorare, prevenire e aiutare chi ne è colpito. Gli interventi per attuarla prevedono il coinvolgimento delle famiglie, delle scuole, dei servizi educativi e sanitari, in un lavoro di rete che tenga conto delle specificità territoriali. E, inoltre, si punta a rafforzare la consapevolezza dei genitori sui rischi legati all'uso del digitale, promuovendo il Bilancio di Salute Digitale come strumento di monitoraggio precoce del disagio mentale.

Il Piano prevede poi, attraverso i Centri per la famiglia, interventi di prevenzione e di orientamento sulle dipendenze da sostanze psicotrope rivolti sia ai genitori che ai ragazzi (azione 14); e, infine, si preoccupa di implementare la raccolta e analisi dei dati relativi a fenomeni quali i maltrattamenti dentro e fuori famiglia, gli abusi, il bullismo e cyberbullismo, per mettere in campo strumenti di prevenzione e contrasto sempre più efficaci.

Sul fronte della prevenzione e del contrasto dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minori, il nuovo Piano prevede dieci proposte di azione nel campo della prevenzione, dell'educazione e della salute, oltre a una scheda trasversale finalizzata alla promozione e diffusione, a livello internazionale, del modello italiano che in questo ambito è davvero un'eccellenza.

Il Piano attribuisce grande rilievo alla necessità di far emergere i fenomeni sommersi, all'intercettazione precoce dei segnali di disagio, alla considerazione delle differenze tra maschi e femmine nella tipologia dell'esposizione ai possibili abusi, all'omogeneizzazione degli interventi su base nazionale, all'importanza della raccolta e dell'analisi dei dati per il monitoraggio del fenomeno, sia nella sua manifestazione *off line* sia *on line*.

Per quanto riguarda l'ampliamento del concetto di salute, che comprenda anche la dimensione « digitale », l'azione 5 del Piano prevede uno studio sulla salute digitale dei minorenni, con specifico riferimento ai rischi dell'accesso alla Rete, partendo da una ricognizione degli studi esistenti. L'obiettivo è rilevare, attraverso uno studio dedicato, i rischi che possono derivare per i minorenni, in termini di salute fisica e mentale, dall'accesso non controllato alla Rete, con particolare riferimento ai contenuti nocivi e inappropriati; al *gaming on line* in relazione all'utilizzo dei relativi sistemi di messaggistica istan-

tanea, che possono permettere l'interazione anche con adulti malintenzionati; alla massiccia diffusione di utilizzo dei sistemi di intelligenza artificiale, che può favorire la creazione e condivisione di immagini di natura pedopornografica.

Per quanto riguarda infine i fenomeni di bullismo e cyberbullismo, insieme al Ministero dell'Istruzione e del merito, è stato istituito un tavolo tecnico specificamente dedicato, oltre ad aver potenziato con norme *ad hoc* gli attuali strumenti di prevenzione e contrasto, in un'ottica di alleanza tra famiglia e scuola. E, tanto sul bullismo e cyberbullismo quanto per promuovere l'utilizzo del *parental control*, oltre a realizzare specifiche campagne informative, il Ministero ha elaborato guide sia per gli adulti che per i minori, per sensibilizzare e rendere accessibili a tutti strumenti di fondamentale importanza.

La parola chiave che guida l'azione del Ministero è « sussidiarietà ». Nessuna politica, in particolare in un tempo di complessità e cambiamenti quale quello attuale, possa essere davvero efficace se calata dall'alto. Lo Stato deve essere presente, come ha dimostrato a Caivano e nelle altre periferie d'Italia, e come dimostra ogni giorno mettendo in campo strumenti di sostegno nei confronti dei più piccoli e delle loro fragilità, ma non invadente. Ciò significa promuovere politiche attive per favorire l'esercizio della libertà e la pratica della solidarietà, ma significa anche fare tutto questo mettendo le persone nella condizione di esprimersi e di realizzarsi.

6. Conclusioni

L'indagine conoscitiva, anche se non ha la pretesa di essere esaustiva, ha il pregio, grazie soprattutto al contributo degli specialisti intervenuti in audizione, di segnalare al legislatore cosa serve oggi per affrontare il problema della fragilità emotiva e psicologica dei più giovani, e di indicare una serie di azioni necessarie che potremmo racchiudere in due filoni di intervento: uno di natura preventiva, uno di natura di presa in carico\curativa.

Questo modello di azione è in linea con le più aggiornate evidenze scientifiche, secondo le quali prevenzione e cura sono non solo da considerarsi come momenti distinti e diversi, bensì due attività complementari in una stessa prospettiva olistica della traiettoria di salute di una persona lungo tutto il corso della vita.

Dalle istituzioni e dal mondo del terzo settore abbiamo raccolto preziose indicazioni sulle iniziative già messe in campo e su quelle da intraprendere, tra cui l'istituzione presso la presidenza del Consiglio di un tavolo di lavoro sul disagio giovanile, terreno di coltura per le fragilità emotive e i disturbi mentali, per il quale è stata chiesta la collaborazione di tutte le forze politiche rappresentate nella commissione.

Gli interventi di natura preventiva sono fondamentali e sono stati individuati attraverso lo studio dell'andamento dei diversi fattori a rischio che, come l'indagine ha messo ben in evidenza, si ritrovano in particolari contesti di svantaggio e disuguaglianza soprattutto dove domina una povertà assoluta e una povertà educativa.

Entrambi i filoni hanno in comune il metodo di intervento che potremo definire « di rete »: senza modelli di azione multidisciplinari e

organici su tutto il territorio nazionale difficilmente si potranno raggiungere risultati significativi per tutta la popolazione coinvolta. E a questo proposito la Commissione invita anche i diversi ministeri a mettere in sinergia i numerosi interventi e progetti che vengono promossi sul territorio nazionale anche in via sperimentale e che sono stati presentati durante le audizioni in commissione.

Procedendo quindi secondo la scansione dei due filoni di intervento alla luce dei dati e delle osservazioni raccolte durante l'indagine, la Commissione raccomanda al Parlamento e al Governo:

per gli interventi di natura preventiva:

1) proseguire nell'aumento della diffusione degli asili nido su tutto il territorio nazionale e investimento in generale sullo 0-6 e sui poli per l'infanzia;

2) aumento del tempo pieno nelle scuole;

3) favorire il modello di scuole aperte fino a sera per consentire nuovi luoghi di incontro per ragazze e ragazzi con attività formative extra scolastiche;

4) favorire la creazione delle comunità educanti capaci di creare raccordo tra scuola, ente locale, terzo settore e tutte le agenzie educative del territorio;

5) stabilizzazione dello psicologo scolastico con la previsione di un servizio di supporto psicologico in presenza;

6) presenza a scuola del nutrizionista;

7) interventi sull'uso degli *smartphone*, dall'educazione digitale fino alla previsione di limitazioni legate all'età;

8) interventi per una genitorialità consapevole e di accompagnamento;

9) supportare progetti regionali per la promozione dell'educazione alla salute, al benessere psico-fisico e allo sport, con particolare attenzione ai temi della sana alimentazione e dell'equilibrio emotivo, in linea con i contenuti dell'ordine del giorno G/1600/1/7 Cantù, Marti, Romeo, approvato al Senato il 30 luglio 2025.

per gli interventi di presa in carico\cura:

1) aumento della spesa sanitaria per attività residenziale, semi residenziale, ambulatoriale, domestica;

2) aumento del numero di posti letto per ricovero ordinario NPJA e diffusione su tutto il territorio nazionale (oggi 5 regioni sono prive di letti);

3) potenziamento del SISM con inserimento delle attività di neuropsichiatria infantile;

4) creazione di una banca dati nazionale per il monitoraggio dei disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza;

5) creazione di luoghi di accoglienza e cura solo per minori;

6) potenziamento dei posti di specializzazione in neuropsichiatria infantile per una vera copertura nazionale (oggi Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sicilia non hanno personale specializzato);

7) sviluppo di una nuova cultura della salute mentale attraverso il potenziamento del Piano di azione con il potenziamento delle *équipe* multidisciplinari diffuse sui territori;

8) creazione di un modello nazionale per la presa in carico dei disturbi del comportamento alimentare;

9) Aumento del numero dei servizi sociali/socioassistenziali sul territorio per una diagnosi precoce.

APPENDICE

Elenco dei soggetti auditi

23/01/2024 – Audizione della dottoressa Maria Luisa Scattoni, coordinatore nazionale del Network italiano per il riconoscimento precoce dei disturbi dello spettro autistico (NIDA) – Servizio coordinamento e supporto alla ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità, e della dottoressa Gemma Calamandrei, direttore del Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale dell'Istituto Superiore di Sanità;

16/10/2024 – Audizione di Elisa Fazzi, professoressa ordinaria di neuropsichiatria infantile presso l'Università degli Studi di Brescia e presidente della Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SINPIA), e di Marco Crepaldi, psicologo e presidente fondatore di Hikikomori Italia;

11/02/2025 – Audizione, in videoconferenza, di Giuseppe Ducci, psichiatra e direttore del Dipartimento di salute mentale della ASL Roma 1;

25/02/2025 – Audizione, in videoconferenza, di Alberto Siracusano, professore di psichiatria presso l'Università degli Studi di Roma « Tor Vergata » e coordinatore del Tavolo tecnico sulla salute mentale presso il Ministero della salute, di Mariella Falsini, presidente della Fondazione « Fiocchetto Lilla » e di Maria Carla Martinuzzi, pediatra e componente del Comitato scientifico della Fondazione Fiocchetto Lilla;

20/05/2025 – Audizione di Barbara Rosina, Presidente del Consiglio nazionale dell'ordine degli assistenti sociali (CNOAS), e di Francesco Pisani, Professore ordinario di neuropsichiatria infantile del dipartimento neuroscienze umane presso La Sapienza Università di Roma;

10/06/2025 – Audizione di Andrea Iacomini, Portavoce di UNICEF Italia;

17/06/2025 – Audizione, in videoconferenza, di Sara Carucci, Professoressa presso il Dipartimento di scienze mediche e sanità pubblica dell'Università degli Studi di Cagliari e responsabile della Clinica di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza ASL Cagliari, e di Stefano Vicari, Professore Ordinario di Neuropsichiatria Infantile alla Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e Primario presso l'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria Infantile dell'IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma;

08/07/2025 – Audizione, in videoconferenza, di Laura Dalla Ragione, Psichiatra e Psicoterapeuta, Direttore della Rete Disturbi Comportamento Alimentare della Usl 1 dell'Umbria e docente dell'Univer-

sità Campus Bio-Medico di Roma, e di Alessandro Albizzati, Direttore Struttura Complessa di Neuropsichiatria infantile ASST Santi Paolo e Carlo di Milano;

22/07/2025 – Audizione, in videoconferenza, dell’Autorità Garante per l’infanzia e l’adolescenza, Marina Terragni;

23/09/2025 – Audizione di Ernesto Caffo, presidente della Fondazione SOS il Telefono Azzurro ETS, e di Giusy D’Alconzo, *Child Rights Policy Leader* di *Save The Children* Italia ETS;

07/10/2025 – Audizione del Sottosegretario di Stato per l’Istruzione e il merito, on. Paola Frassinetti;

11/11/2025 – Audizione del Ministro per la Famiglia, la natalità e le pari opportunità, on. Eugenia Maria Roccella, e del Sottosegretario di Stato alla Salute, on. Marcello Gemmato.

PAGINA BIANCA



190172172780