

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

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

8.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 3 APRILE 2014

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE MICHELA VITTORIA BRAMBILLA

INDICE

	PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:	
Brambilla Michela Vittoria, <i>presidente</i>	3
INDAGINE CONOSCITIVA SULLA POVERTÀ E SUL DISAGIO MINORILE	
Audizione del componente del Consiglio direttivo dell'Associazione italiana salute mentale infantile (AISMI) con delega ai rapporti enti e media, Marilisa Martelli (Svolgimento e conclusione):	
Brambilla Michela Vittoria, <i>presidente</i> .	3, 7, 10
Mattesini Donella (PD)	7
Martelli Marilisa, <i>componente del Consiglio direttivo dell'Associazione italiana salute mentale infantile (AISMI) con delega ai rapporti enti e media</i>	3, 8
Granaiola Manuela (PD)	7
Silvestro Annalisa (PD)	8
Zampa Sandra (PD)	8

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE
MICHELA VITTORIA BRAMBILLA

La seduta comincia alle 14.50.

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

Sulla pubblicità dei lavori.

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

(Così rimane stabilito).

Audizione del componente del Consiglio direttivo dell'Associazione italiana salute mentale infantile (AISMI) con delega ai rapporti enti e media, Marilisa Martelli.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla povertà e sul disagio minorile, l'audizione del componente del Consiglio direttivo dell'Associazione italiana salute mentale infantile (AISMI) con delega ai rapporti enti e media, dottoressa Marilisa Martelli, che ringraziamo per avere accettato il nostro invito.

Vi ricordo che l'audizione che inizialmente avevamo ipotizzato per oggi del dottor Luca Bernardo è stata rimandata al giorno 15 maggio prossimo. Pertanto, la seduta odierna sarà interamente dedicata all'audizione della dottoressa Martelli.

Do quindi la parola alla nostra ospite per lo svolgimento della sua relazione, alla

quale potranno seguire quesiti e osservazioni da parte dei commissari, nel rispetto dei tempi che ci siamo dati.

MARILISA MARTELLI, *componente del Consiglio direttivo dell'Associazione italiana salute mentale infantile (AISMI) con delega ai rapporti enti e media.* Vi ringrazio molto, anche a nome dell'Associazione italiana salute mentale infantile. Fornirò, dapprima, qualche nota sull'AISMI.

L'AISMI è un'associazione nata nel 1998 a cura di specialisti della salute mentale infantile operanti sia nell'ambito delle università, sia del servizio sanitario — come faccio anch'io — sia del privato (potete desumere queste informazioni anche dalle note che sono a vostra disposizione). In particolare, l'AISMI pone l'accento sulla prima infanzia. È nata, infatti, negli anni in cui ci sono stati dei cambiamenti importantissimi dal punto di vista scientifico rispetto alle acquisizioni sul primo sviluppo dell'infanzia, per cui si pone l'accento sulla prima infanzia, detta prescolare, e si sottolinea la necessità, per la migliore comprensione dell'infanzia, di contributi provenienti da più discipline (ciò sembrerebbe scontato ma, purtroppo, non lo è affatto).

(Segue la proiezione di alcune slides).

Questo che vedete è un affresco particolarmente interessante del Ghirlandaio — una delle immagini utilizzate anche nell'ultimo convegno di AISMI — del 1400, dalla cappella Tornabuoni di Firenze. È molto interessante perché l'intuito del pittore coglie non solo il momento, molto delicato, del *post partum* alla nascita del Battista, ma soprattutto certe necessità di una primipara, che potremmo dire attempata (lo siamo un po' tutte, perché l'età si

è molto innalzata). Potete vedere come sia raffigurata la necessità di operazioni molto concrete per la mamma: le vivande, il prendersene cura, l'andare a trovarla. Per il bambino, invece, vedete la presenza di un *caregiver*, cioè di qualcun altro che può occuparsi di lui se la mamma è svuotata di energie. È veramente molto interessante. Vedremo ora un altro tipo di raffigurazione completamente diversa (sono nella relazione che ho preparato e che dovrebbe essere in distribuzione). Andiamo molto brevemente al concetto di salute mentale.

Mentre troviamo la definizione di salute mentale per gli adulti, così come è data dall'Organizzazione mondiale della sanità, cioè uno stato di benessere e di equilibrio nel quale una persona è in grado e capace di provvedere a sé e di apportare un contributo alla propria comunità, non troviamo la stessa definizione per la salute mentale infantile. Al contrario, questa definizione, di fatto, rinvia alla promozione dello sviluppo di bambini e adolescenti attraverso le azioni che possono essere svolte sugli ambienti e sugli adulti di riferimento, che come sapete sono fondamentalmente i genitori, gli educatori, i maestri e i professori.

Illusterò molto brevemente le ricerche che trovate nella relazione con la correlazione importante di tutti gli studi rispetto al rapporto tra povertà e precarietà sociale in genere e la salute mentale del bambino e dell'adolescente.

Un punto molto inquietante è che bambini e adolescenti sono tra i soggetti più vulnerabili alle situazioni di povertà per le conseguenze che sopportano a carico dello sviluppo affettivo e relazionale. Troverete in ogni tipo di documento questa connotazione affettivo relazionale, che ha a che fare con il mondo degli affetti, quindi, delle emozioni, con il mondo interno dei bambini, e la capacità di metterla al servizio della costruzione delle relazioni con gli altri, che siano il gruppo dei pari o gli adulti.

Mi interessa sottolineare — potete trovare tutti gli studi nella relazione — come incida la povertà su eventuali problemi di

comportamento e sulla salute mentale infantile, attraverso i fattori di rischio familiare ad essa connessi, quindi, la violenza in famiglia, lo scarso accudimento o, per esempio, gli stili educativi incoerenti, che favoriscono problemi di comportamento. Vedete ora — nella slide successiva — tutti i fattori di rischio rispetto all'insorgere di psicopatologie di vario grado ed entità. Mi interessa inoltre mostrare come siano stati correlati questi dati alla categoria particolare — di cui avrete letto — del DHD, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività. Lo svantaggio socio economico nell'infanzia è stato associato anche a un elevato consumo di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti — aspetto su cui ritorneremo — nonché a condotte devianti.

Ci tengo anche a mostrarvi come questi fattori psicosociali stressanti agiscano attraverso due modalità, *in primis*, il meccanismo cosiddetto additivo, che aumenta il potere disfunzionale. Un primo livello porta a disturbi del comportamento dirompente. Dagli studi che ci vengono segnalati, un po' in tutto l'ambito nazionale, sia a livello delle scuole medie, sia delle scuole elementari — ma a volte anche a livello delle scuole materne — si tratta di disturbi del comportamento che, attualmente, gli educatori fanno fatica a governare e a contenere.

Naturalmente, se questi fattori psicosociali continuano nel tempo, possono costruirsi e instaurarsi veri e propri disturbi, che chiamiamo internalizzati, cioè che non appaiono all'esterno come un disturbo della condotta, essendo ben più subdoli e, evidentemente, pericolosi per lo sviluppo, proprio perché possono rappresentare segnali depressivi, ansiosi o di altro genere.

È chiaro che non possiamo agire direttamente sul livello socio economico della famiglia, ma sarebbe necessario un intervento tempestivo. Infatti, la tempestività nell'avere cura dei bambini — non sto parlando, in particolare, della cura in senso medico o psicologico — non solo fa regredire questi comportamenti disfunzionali, ma soprattutto evita l'instaurarsi di condotte persistenti e invalidanti.

La scorsa settimana, ad esempio, ci siamo occupati di un bimbo di 7 anni con un disturbo della condotta, violento a scuola. Occuparsi, attraverso vari interventi che vedremo a breve, di quel disturbo della condotta di quel bambino, vuol dire intervenire sulla possibilità che questi possa, per esempio, seguire meglio le lezioni a scuola e avere un buon apprendimento.

Sorvolo sui dati relativi alla povertà, che conoscete benissimo. Ci premeva mostrarvi come dai dati a disposizione attualmente, emerga un incremento della povertà assoluta proprio dei bambini più piccoli, cioè di quelli che abbiamo visto essere in una situazione di maggiore vulnerabilità, un aspetto che, naturalmente, comporta un rischio gravissimo per le future generazioni. L'altro punto è il forte peggioramento delle condizioni economiche, soprattutto delle famiglie degli immigrati.

Questa altra raffigurazione che vi mostro, rispetto alla precedente, è altrettanto acuta: una neomamma, in uno stato evidente di precarietà, lavora e insieme accudisce il bambino. Ci colpisce qui soprattutto il fatto che non c'è nessun contatto oculare tra mamma e bambino, perché sono tutti e due impegnati in altre attività. Questa figura ha lo stesso potere di previsione che aveva l'altra rappresentazione. Il bambino si autoconsola secondo un concetto che chiamiamo transizionale, ma che potete vedere tranquillamente quando girate per le strade, laddove i bambini hanno in mano il cellulare o il *tablet* a età sempre più precoci.

Le richieste che ci arrivano attualmente ai servizi di salute mentale, possono essere, in senso vasto, di tipo psicologico, psichiatrico — in questo ambito opero io — o da parte di altri servizi educativi. C'è una maggiore complessità e una diversa qualità della domanda. Tali domande, molto più complesse, richiedono una formazione diversa, anche rispetto ai diversi contesti culturali che abbiamo.

Alcuni esempi su cui abbiamo ultimamente lavorato come AISMI — che conoscete benissimo — sono le condotte ali-

mentari, l'uso di sostanze e di alcol nei preadolescenti e negli adolescenti, le allergie plurime dei bambini, sempre più precocemente presenti, l'uso di farmaci. Sottolineerei anche che stiamo notando un abuso del pronto soccorso, classico segnale di allarme, che mostra l'incapacità dell'adulto di far fronte a situazioni che si possono porre rispetto ai bambini. Nella mia città, per esempio, Bologna, stiamo riflettendo molto con i dirigenti scolastici sull'utilizzo delle ambulanze per problemi di comportamento non gestibili da parte delle scuole.

Sui minori stranieri, nella relazione troverete uno scritto più esteso. Le tre categorie che abbiamo a cuore in questo momento e di cui ci stiamo occupando rispetto alla salute mentale sono: bambini e ragazzi nati in Italia, quindi, che hanno vissuto l'evento migratorio solo indirettamente attraverso il vissuto dei propri genitori; bambini e adolescenti nati nel Paese di origine, ma che sono poi immigrati insieme ai propri genitori; minori stranieri non accompagnati, con il loro carico di traumi fisici ed emozionali. Naturalmente, per queste tre popolazioni sono in atto, dal punto di vista sia concettuale, sia operativo, modalità di intervento molto differenziate. Nella relazione faccio cenno, in particolare, a tutti i testi della professoressa Moreau di Parigi, la quale ha coniato degli interventi in senso transculturale.

Nella nostra ricerca sulle famiglie migranti, abbiamo notato, in particolare, il senso di rassegnazione e di solitudine che deriva anche dalla discrepanza tra il livello socioculturale e le occupazioni lavorative. Abbiamo condotto un'indagine rispetto ai giovani genitori migranti e da questa traspariva, appunto, una totale discrepanza tra il loro livello di studio, molto elevato, e le loro occupazioni, per esempio, badanti, camerieri o altro. Questo fatto, naturalmente, ci interessa, perché incide sull'identità dei genitori e quindi dei loro bambini.

Veniamo alle proposte. Cosa sarebbe necessario fare? Tutti i colleghi, non solo di AISMI, sottolineano l'importanza degli

investimenti, non solo economici, ma anche di studio e di ricerca oltre che professionali. Il nostro compito, infatti, è cambiato moltissimo, come quello degli insegnanti e degli educatori. Non si può costruire qualcosa con vecchie teorizzazioni dei nuovi interventi. È importante, inoltre, la rivalorizzazione dei servizi educativi e scolastici. Quando vediamo un bambino in difficoltà o con disagio di vario tipo, siamo assolutamente rinforzati nella misura in cui possiamo avere a che fare con un asilo nido, con una scuola materna, con una scuola elementare o media in cui ci sia, come spesso sottolineo, almeno un educatore, un professore che possa avere nella testa questo bambino.

Ricordo sempre un'intervista di Vasco Rossi, in cui raccontava il suo passato, il suo essere un adolescente molto scapestrato e molto dedito a una serie di condotte che potremmo dire devianti. Egli ricordava con grande senso di riconoscenza il suo professore di lettere all'istituto tecnico — quindi non in un liceo — che lo aveva valorizzato moltissimo su un tema molto dirimpente, poiché egli era molto distruttivo nei confronti della scuola: quest'insegnante lo aveva capito e, in effetti, aveva svolto un lavoro straordinario di salute mentale. Non era certo uno psichiatra, ma era il suo professore. Oggi, conosciamo i testi favolosi che Vasco Rossi ha scritto e che tutti i giovani, e non solo, hanno amato.

Vengo alla riorganizzazione e messa a sistema dei servizi sociali e sanitari. Così enunciata, questa non è che la sintesi di quanto troverete illustrato nella relazione, ma il punto è il nodo socio-sanitario, tutto da risolvere, che è una delle questioni salienti rispetto al lavoro che conduciamo tutti i giorni. A fronte di un tessuto così cambiato, così modificato, così disgregato, è necessario, infatti, proprio un collegamento, una riflessione, una prassi congiunta tra sociale e sanitario, oltre che con il sistema educativo.

In tema di unificazione, tutti i colleghi sono stati molto soddisfatti degli interventi che sono stati previsti. Vi elenco le sigle, anche se non amiamo quanto voi questi

acronimi: DPS, disturbi pervasivi di sviluppo, l'autismo; DHD, che ho appena citato; DSA, disturbi specifici dell'apprendimento; DCA, disturbi del comportamento alimentare. Dietro queste sigle, veramente brutte posto che a nessuno di noi piace non essere chiari, ci sono investimenti importanti su questi segmenti di cura, che hanno consentito un rafforzamento dell'identità professionale e, soprattutto, dell'assistenza ai bambini e ai ragazzi che presentano questi tipi di disturbi.

Ora, però, è necessario, per quanto possibile, superare questa frammentazione. Ci troviamo, infatti, di fronte a una sorta di competizione tra queste popolazioni cliniche per avere una certa etichetta diagnostica, quindi, per ricevere più interventi grazie ad essa. Questo è drammatico, perché non è attraverso interventi cumulativi che curiamo bene un bambino: lo facciamo bene se abbiamo una chiarezza di vedute e una visione multidisciplinare, multidimensionale, non perché aumentiamo le ore di intervento!

È necessario disporre di dati aggiornati. L'aggiornamento dei dati non può essere a carico del servizio, delle scuole ed è necessario disporre per verificare i progetti, le prassi, ma soprattutto per pianificare un piano per l'infanzia.

Ancora, l'altra settimana, lavoravamo a degli interventi in strada per una *baby gang* di scuola media: la collega parlava, appunto, degli investimenti secondo la legge n. 285 del 1997: questa è la quotidianità per noi!

Gli investimenti devono essere sicuri. Questi investimenti, sommati ad una pianificazione dall'alto consentono di ridurre il timore di contaminazione tra professioni diverse. Prevedere dei percorsi di cura fa sì che ciascuno di noi non si occupi soltanto del proprio particolare. Questo è essenziale per evitare che gli interventi siano mirabili su pochi bambini, perdendo di vista il disegno generale.

Sul lavoro integrato tra pubblico e privato ci sono delle esperienze e ne abbiamo, noi stessi, di molto importanti, ma sono necessari una visione e un timone

saldo nelle mani del pubblico, naturalmente con interventi mirati e importanti da parte del privato e del privato sociale.

L'ultima frase vi potrà suonare un po' retorica, ma a me viene sempre in mente il racconto di alcuni colleghi parigini che, in un recente congresso, hanno parlato del loro intervento sugli adolescenti che avevano messo a ferro e fuoco la *banlieue* parigina: non è retorico sottolineare che, quando questi ragazzi di seconda generazione non trovano uno spazio, un pensiero, un certo tipo di accoglienza, possono rappresentare un pericolo non solo per loro stessi, ma per tutti, per i loro coetanei e per gli adulti di riferimento. L'obiettivo, quindi, è davvero la salvaguardia della nostra comunità.

PRESIDENTE. Molti di questi temi potranno essere ripresi e approfonditi anche con il Ministro della salute, alla quale abbiamo chiesto la disponibilità per un'audizione. Siamo in attesa di conoscere le date. Certamente, le *slides* che ci ha mostrato aprono molti interrogativi, ai quali dobbiamo cercare davvero di dare una risposta.

Vorrei lasciare spazio a qualche domanda da parte dei colleghi, in modo che la dottoressa Martelli possa fornire un'unica risposta complessiva per tutti. Abbiamo un quarto d'ora, ma possiamo pensare, laddove ve ne fosse il bisogno, anche ad organizzare una seconda seduta sul tema. Do quindi la parola agli onorevoli colleghi che intendono intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

MANUELA GRANAIOLA. Vorrei chiedere alla dottoressa se è stato valutato, o che cosa pensa di un'ottica di genere anche per la salute mentale dei bambini e delle bambine. Ciò che davvero mi sembra molto preoccupante è questo aumento delle *gang*, di questo bullismo al femminile, che mi sembra un fenomeno nuovo e non trascurabile. Vorrei capire come sia possibile affrontare tali questioni in un'ottica di genere, che cominci presto.

DONELLA MATTESINI. La ringrazio, anzitutto, per l'analisi e le proposte che ha

avanzato. Ci ha infatti fornito dati importanti e ci ha proposto anche dei percorsi al fine di prendere delle decisioni.

Credo che abbiamo tutti il dovere di provare a cambiare cultura, anche con le parole. Quando si parla di bambini o di giovani, si dice sempre che sono il nostro futuro, il che è come dire che oggi ci siamo noi e che poi solo domani vedremo: è giunta l'ora di occuparsi di loro! L'emergenza è adesso ed è anche nel modo in cui parliamo, dando il senso di un'emergenza o piuttosto di qualcosa che può essere dilazionato.

Ricordo inoltre a noi politici, che lei ha giustamente sottolineato, almeno per come ho colto il suo intervento, l'importanza di un lavoro integrato tra pubblico e privato, ma ancora prima ci ha detto dell'importanza di un lavoro integrato tra le varie istituzioni e tra le varie politiche. Ci ha parlato non soltanto di integrazione tra professioni, ma tra soggetti. Si parla, quindi, di istruzione e di sanità e di sociale.

È infatti ovvio che se vogliamo affrontare — come lei indicava — la necessità di agire rapidamente rispetto ai disagi che si possono manifestare, agendo nel contempo rapidamente anche per le politiche di prevenzione, ossia di promozione del benessere, serve che questa rete esista. A noi compete, in modo particolare in qualità di membri della commissione bicamerale, il ragionamento sul Titolo V della Costituzione su questi temi. È un passaggio particolarmente importante.

Oggi, infatti, abbiamo non soltanto difficoltà rispetto a ciò che ci descriveva, ma proprio rispetto alla totale mancanza di integrazione tra politiche sociali, sanitarie ed educative in termini sia di programmazione nazionale, sia di azione. Questo deve essere un punto importante. È chiaro che serve l'equilibrio, ma se vogliamo avere politiche che abbiano anche una valenza nazionale, in modo che i bambini del Piemonte, della Toscana o della Sicilia siano uguali, occorre che vi siano, da un lato, un livello di programmazione e di integrazione dei servizi minimi, dall'altro, possibilità di accesso paritarie. È un ra-

gionamento cui dovremo addivenire, magari tentando anche di presentare una prima parte di conclusione di questo percorso, in modo che ciò possa essere utile per il dibattito che si sta già avviando sulla riforma del Titolo V.

Con riferimento all'uso di ambulanze, non ho ben capito cosa intendesse dire, ma la questione mi ha incuriosito e vorrei capire meglio.

Infine, vorrei ringraziarla perché, giustamente, ci ha posto una questione legata ai disagi psicologici, psichiatrici e così via, ma ci ha anche indicato una serie di attività importanti, di cui poco si parla. Mi ha molto colpito — e di questo voglio ringraziarla — la parte della sua esposizione in cui ci ha detto che dovremmo ripensare le città, gli spazi di vita e simili: ciò è fondamentale. Dobbiamo agire, forse anche a partire da questa Commissione, nell'ambito di una normalità che non c'è più: sto pensando all'ANCI e ai provvedimenti sui finanziamenti per le regioni per quanto riguarda i piani strutturali, l'assetto urbano e così via, che diventano determinanti.

Questi bambini, infatti, sono soli anche perché organizziamo la nostra vita quotidiana in modo tale che le piazze appartengano alle macchine e non ai bambini. Di questa riflessione la ringrazio. Infine, vorrei chiederle un ulteriore chiarimento laddove indicava la necessità di una strada per l'integrazione tra i vari soggetti istituzionali e politici come elemento di fondo.

ANNALISA SILVESTRO. Mentre la ascoltavo con molto interesse, mi ponevo dei quesiti che magari potrebbe affrontare. Quanto può influire sullo sviluppo o sulla salute mentale dei bambini e dei ragazzini il venirsi a creare di nuovi modelli di famiglia? Non parlo solo delle difficoltà di una coppia eterosessuale. Sappiamo che certi fenomeni sono molto più diffusi di quanto se ne parli.

Inoltre, mi chiedevo quanto potrebbe essere importante, anche per questa Commissione, riuscire a far comprendere alla collettività, quindi alle persone adulte, che i loro comportamenti e atteggiamenti an-

siosi e ansiogeni possono influire sul bambino. Personalmente, esercitavo una professione sanitaria. Ha citato il pronto soccorso: il sovrautilizzo dei servizi sanitari è un fatto culturale. Dobbiamo rivolgerci agli adulti che gestiscono questi bambini: come si potrebbe fare? Come Commissione bicamerale possiamo riuscire — penso di sì — a mandare messaggi di attenzione anche rispetto a questi atteggiamenti che poi si riverberano sui ragazzi e sui bambini? Secondo lei, può essere utile?

SANDRA ZAMPA. Concludo con un ringraziamento per l'utile relazione, che offre a questa Commissione una traccia importante di lavoro, e con una domanda telegrafica, in modo da lasciarle il tempo di rispondere. Lei affronta il tema dei minori stranieri sia di prima, sia di seconda generazione. Sarei curiosa di comprendere la relazione esistente con i bambini italiani, quindi, la capacità di integrazione tra nuovi arrivati e cittadini italiani, nati e da sempre residenti nel nostro Paese. Si nota la possibilità di una facile o di una complessa integrazione? C'è un arricchimento, oppure ci sono forme di rifiuto da una parte o dall'altra?

MARILISA MARTELLI, *componente del Consiglio direttivo dell'Associazione italiana salute mentale infantile (AISMI) con delega ai rapporti enti e media*. Vi ringrazio perché queste domande mi permettono di tornare su alcuni punti.

Rispetto all'ottica di genere, direi che c'è molto lavoro da fare ancora. In genere, la psicopatologia è segnalata soprattutto per i maschi, come è vero in tutto il mondo. Il rapporto è di 1 a 4 per i bambini e i ragazzi di sesso maschile: affinché un bambino o un ragazzo arrivino a un servizio di cura, è necessario che un adulto li porti. Questo è il punto discriminante ed essenziale. Questo fatto può cambiare la vita di un bambino, quindi, di un adulto in seguito. In genere, si porta un ragazzo o un bambino perché ha una condotta diversa, cioè crea disturbo. Se un bambino non crea disturbo,

sfugge; le bambine, invece, di norma, presentano i cosiddetti « disturbi internalizzati », cioè ansia e altri sintomi silenti, che non si mostrano. Questo è un fatto molto importante.

Lei ha parlato delle *gang* al femminile. Questo fenomeno ha a che fare con pratiche di accudimento che hanno un senso di unitarietà per bambini e per bambine: sono le stesse. Potremmo aggiungere che sono le stesse in difetto, ahimè, non in arricchimento, come lei faceva trapelare dalla sua domanda (nella valutazione, esse sono davvero molto più pericolose e molto più violente). Per questo, sottolineavo la necessità di un arricchimento tecnico. Non possiamo pensare che docenti, educatori, educatori professionali, così come tutti quelli che lavorano, per esempio, nella sanità con me, o gli psicologi abbiano a che fare con queste nuove patologie e situazioni.

Senatrice Mattesini, la prevenzione costa e vanno previsti dei fondi! In tal senso, è stato per me, pur essendo direttore di un servizio, particolarmente umiliante non poter continuare a mantenere l'intervento importantissimo di una nostra giovane psicologa, che faceva un tirocinio e aveva avuto un'esperienza importante all'estero, rispetto ai ragazzi che arrivavano in coma etilico al pronto soccorso il sabato sera dopo avere bevuto come spugne (peraltro, ragazzi e ragazze sempre più giovani). L'intervento straordinario di tale collega consisteva nel parlare con loro ma, soprattutto, nel chiamare i genitori, i quali arrivavano stravolti la mattina perché magari stavano dormendo a casa. Quello era il momento in cui recuperare l'attenzione, anche da parte delle famiglie, secondo un intervento anche poco costoso. Tanti interventi simili, però, hanno un costo e non possiamo mettere in competizione costi diversi, popolazioni diverse ed età diverse.

Quanto alle ambulanze, onorevole Silvestro, si tratta di uno studio importante, condotto anche in ambito nazionale ma mai del tutto sviluppato. Riguarda tutti i bambini e ragazzi che arrivano con una sintomatologia psicosomatica, ma anche quelli che arrivano con dolori violenti

come cefalee, dolori addominali e simili. Sarebbe molto importante fare questo tipo di lavoro al pronto soccorso: c'è un lavoro enorme da fare.

Quanto alle scuole, una volta c'era un certo tipo di competenza educativa, che consentiva di arginare e porre dei limiti con più facilità rispetto a quella attuale. Spesso, si è di fronte a delle vere e proprie mutazioni genetiche! Non è che non si riesca perché si è sprovvisti dal punto di vista tecnico. In realtà, ci troviamo sempre più spesso davanti a bambini molto diversi, come nel caso di quello di sette anni, di cui parlavo prima. Tali bambini sono spesso figli di culture diverse, con la madre che magari arriva dalla Russia, con propri traumi subiti o reduce da storie violentissime e il padre da un'altra nazione: sono quelli che chiamiamo traumi transgenerazionali. È difficile porsi in una condizione di governo rispetto a questi fenomeni. Servono consulenze molto mirate e le scuole sono in trincea rispetto a tutto questo cambiamento. Pensate che nel servizio dove opero, ci sono più di 40 nazionalità rappresentate, più di 40 culture diverse di bambini e ragazzi che curiamo.

I nuovi modelli di famiglia sono stati il tema di uno degli ultimi seminari che abbiamo organizzato come Associazione italiana salute mentale infantile rispetto alle coppie e alle consulenze che sono già state chieste in varie città. È proprio l'inizio, soprattutto per noi che lavoriamo molto sui piccoli. È essenziale un'attenzione mirata su questo tema.

Quanto agli adulti, penso che si possano attivare tante iniziative, campagne, ma il punto assolutamente centrato e geniale, colto dal nostro maestro, Giovanni Bollea, 30 anni prima che le cose accadessero, come succede per tutti i geni, è dato dal passaggio alla scuola media, un passaggio delicatissimo: è centrale lavorare nella scuola media.

La scuola elementare è più governata in questi aspetti, ma è essenziale che nella scuola media entrino, mediante l'introduzione di lezioni soprattutto sulla responsabilità o, come una volta, sull'educazione

civica, persone che operano nell'ambito civile e che possano dedicare un po' del loro tempo a tale scopo: lì si snoda il destino dei ragazzi.

Questi sono preadolescenti molto a rischio, molto diversi da quelli di una volta. C'è veramente una precocizzazione dei comportamenti che a volte spaventa anche noi che facciamo questo mestiere. Mi pare di avere risposto, grossomodo, a tutte le vostre domande.

PRESIDENTE. Assolutamente sì. Naturalmente, distribuiremo il materiale che ci ha portato e lo metteremo a disposizione anche dei colleghi che oggi, purtroppo, non hanno potuto essere presenti. È sempre più difficile, ultimamente, evitare la sovrapposizione dei lavori in più Commissioni, anche perché le due Camere, in questo momento, svolgono un'attività molto frenetica e si fa fatica a prevederne la programmazione.

La ringraziamo e ci riserviamo, dottoressa, anche a seguito all'audizione con il Ministro della salute, da cui evidentemente emergeranno ulteriori approfondimenti e spunti, di rivolgerle un altro invito per approfondire ancora un tema che, come è evidente anche da quanto ha ben spiegato, forse non è stato ancora debitamente approfondito. Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15.30.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI*

DOTT. VALENTINO FRANCONI

*Licenziato per la stampa
il 4 giugno 2014.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

€ 1,00



17STC0003920