

## Trasformare la salute mentale in Europa

# Salute mentale di bambini e giovani nella Regione Europea dell'OMS

### ABSTRACT

La maggior parte dei disturbi psicologici insorge prima dell'età adulta. Sono molto diffusi, invalidanti e spesso curabili. Questo articolo analizza i problemi attuali che contribuiscono alla crescente crisi della salute mentale infantile, adolescenziale e giovanile in Europa. Tra questi, l'impatto della pandemia di COVID-19, l'escalation dei conflitti militari, la crisi climatica e gli ambienti digitali non regolamentati. I problemi di salute mentale nei giovani sono ulteriormente aggravati dal cambiamento del modo in cui bambini e ragazzi interagiscono con il mondo, l'assistenza sanitaria e altri servizi. Viene delineata una serie di raccomandazioni per affrontare i problemi di salute mentale attraverso l'integrazione di approcci creativi di prevenzione e trattamento con l'aiuto di servizi e sistemi di supporto basati sulla comunità, nonché solide strategie di ricerca e attuazione per garantire un'assistenza basata sull'evidenza ed economicamente vantaggiosa.

### INTRODUZIONE

A livello globale, vi è una forte urgenza di affrontare la crescente crisi riguardo il tema salute mentale di bambini, adolescenti e giovani.

Nel primo incontro della Coalizione Pan-Europea per la salute mentale dell'OMS, il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria per bambini e giovani in tutta la regione (Europa) è stato indicato come una priorità fondamentale. L'infanzia e l'adolescenza rappresentano infatti un periodo cruciale di opportunità per il miglioramento della salute mentale, con benefici cumulativi e la possibilità di evitare rischi maggiori durante il corso della vita. La maggior parte dei disturbi psicologici ha inizio nell'infanzia e nell'adolescenza, con il picco di insorgenza a 14,5 anni.

L'insorgenza precoce della psicopatologia è anche associata a una maggiore cronicità e complessità della stessa negli anni successivi.

A livello globale, circa 300 milioni di 2,5 miliardi di persone di età compresa tra 5 e 24 anni soffrono di un disturbo psicologico.

Vi sono evidenze scientifiche di un aumento dei tassi di ansia e depressione durante l'infanzia e l'adolescenza e preoccupazione per un aumento delle diagnosi di condizioni neuroevolutive come ADHD e autismo, con una significativa variabilità in tutta Europa.

I dati disponibili mostrano un calo del benessere auto-riferito durante l'infanzia e l'adolescenza.

Nonostante una notevole riduzione complessiva dei suicidi in tutta la regione nell'ultimo decennio, soprattutto nell'Europa meridionale, alcuni paesi come il Regno Unito mostrano un costante aumento annuale dei tassi di suicidio fino al 2,5% nei ragazzi e all'8,5% nelle ragazze dal 1990 al 2020. Gli studi hanno dimostrato che sentimenti di disperazione, isolamento e pressioni legate al rendimento scolastico e sociale contribuiscono a questi tragici esiti. Si stima che il 59% dei giovani tra i 16 e i 25 anni siano molto o estremamente preoccupati per le condizioni del pianeta.

Tuttavia, sono necessari ulteriori studi sui bambini della scuola primaria, quando insorgono queste preoccupazioni, così da arrivare all'identificazione di azioni risolutive.

Nella regione Europa dell'OMS, è essenziale un approccio collaborativo per affrontare il rapido declino della salute mentale dei bambini e degli adolescenti, che richiede adattamenti in base alle caratteristiche dei vari paesi.

Questo lavoro è guidato dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, che coordina il lavoro di una serie di parti interessate in tutti i paesi della regione.

## **SFIDE CORRENTI**

### **Impatto della pandemia da COVID-19**

La pandemia ha sconvolto gravemente la vita dei bambini e degli adolescenti, impattando la loro socializzazione, istruzione e salute mentale.

I lockdown hanno provocato un grande cambiamento a livello sociale durante il quale genitori e figli sono stati costretti a vivere a stretto contatto senza un più ampio sostegno sociale. I lockdown prolungati, la chiusura delle scuole e le misure di distanziamento sociale hanno portato ad un aumento della sensazione di isolamento, solitudine, ansia e incertezza.

Le misure anti-COVID-19 variavano in base ai Paesi: il numero di giorni di chiusura delle scuole variava da zero in Finlandia e Svezia a 341 giorni in Italia.

Il 17% dei bambini nella Repubblica di Moldavia ha riferito di aver avvertito gli effetti negativi del COVID-19 sulla propria salute mentale e sul proprio benessere, rispetto al 38% e al 37% nella Repubblica d'Irlanda e nel Regno Unito. Gli studi indicano un aumento dei ricoveri per disturbi psichiatrici dopo il lockdown, compreso un aumento sostanziale delle richieste di intervento per autolesionismo al pronto soccorso.

Allo stesso tempo, i cambiamenti nei servizi successivi al COVID-19 hanno creato opportunità per sviluppare la telepsichiatria e migliorare l'accesso ai servizi digitali.

### **Social media e tecnologie digitali**

Sebbene la tecnologia digitale e i social media offrano opportunità di connessione, il loro uso eccessivo è stato identificato come un possibile fattore di rischio per la salute mentale di bambini e adolescenti. Tuttavia, le prove rimangono contrastanti.

Tra le preoccupazioni principali rientrano la sovraesposizione a immagini di guerra e contenuti sessuali inappropriati.

Il rapporto dell'indagine sul comportamento nei bambini in età scolare del 2021/22 ha misurato l'uso delle tecnologie digitali tra i giovani in Europa, Asia centrale e Canada, tra cui l'uso dei social media (SMU), il contatto sociale online e i comportamenti di gioco. Rispetto all'indagine del 2017/2018, i risultati del 2021/2022 hanno mostrato una maggiore prevalenza di SMU problematici, passata dal 7% all'11% dei giovani, con l'aumento più elevato in Romania.

La prevalenza più bassa di SMU è stata riscontrata nei Paesi Bassi, con una prevalenza del 5, mentre la più alta è stata riscontrata in Romania, con una prevalenza del 22%.

Il cyberbullismo, le preoccupazioni relative all'immagine corporea e la pressione a conformarsi agli standard online ed il confronto sociale contribuiscono ad aumentare i livelli di ansia e depressione. L'esposizione costante a rappresentazioni irrealistiche della vita può esacerbare sentimenti di inadeguatezza e insicurezza, già accentuati durante l'infanzia e l'adolescenza.

Gli algoritmi delle piattaforme social sono stati collegati all'isolamento sociale, alla riduzione dell'attività fisica e ai disturbi del sonno. A sua volta, il sonno disturbato è associato ad un peggioramento della salute mentale.

Attualmente, vi sono solide evidenze di associazioni tra scarsa salute mentale e utilizzo dei social media, ma è plausibile anche la causalità inversa.

### **Disuguaglianze socio-economiche e gruppi minoritari**

I bambini che provengono da contesti socio-economici svantaggiati hanno un rischio maggiore di sviluppare disturbi psicologici a causa di fattori stressanti come povertà, instabilità economica, mancanza di accesso ad un'istruzione di qualità.

Durante la pandemia di COVID-19, bambini e giovani provenienti dai contesti più svantaggiati sono stati i più gravemente colpiti. Le reti sociali hanno infatti risentito della chiusura di molte risorse che offriva la comunità, come club/circoli per giovani, organizzazioni sportive, artistiche, ecc.

La scarsa alfabetizzazione e lo stigma attorno ai problemi di salute mentale continuano a impedire a molte persone di cercare aiuto, nonostante l'impegno nel trattamento sembri essere in miglioramento.

Una delle tendenze più allarmanti è l'aumento dei tassi di autolesionismo e suicidio tra gli adolescenti appartenenti a gruppi emarginati, come i giovani LGBTQ+, migranti e i giovani con disabilità.

Le disuguaglianze socio-economiche e l'inclusione dei gruppi emarginati restano infatti una delle principali sfide per la salute mentale infantile in Europa.

### **Accesso a servizi di alta qualità**

L'aumento della prevalenza dei disturbi di salute mentale è accompagnato da un rapido aumento degli invii a specialisti, soprattutto a seguito della pandemia di COVID-19.

I servizi clinici in tutta Europa (e nel mondo) non sono progettati per far fronte a un carico di malattie così enorme. Tali servizi sono distribuiti in maniera non uniforme.

Inoltre, la crescente pressione sui servizi ha portato a tempi di attesa più lunghi, a un maggior tasso di burnout tra i professionisti e a difficoltà nel reclutamento clinico. I finanziamenti per la salute mentale di bambini e adolescenti restano scarsi in tutta la regione, nonostante le analisi economico-sanitarie indichino che molti interventi per bambini e giovani siano altamente vantaggiosi dal punto di vista economico. Secondo un'indagine del 2017 condotta tra gli operatori sanitari di 27 paesi europei, 16 hanno classificato le strutture che forniscono assistenza sanitaria ambulatoriale a bambini e adolescenti come assenti o insufficienti.

Anche quando si accede ai servizi, la qualità dell'assistenza ricevuta è variabile in base ai diversi livelli di partecipazione degli utenti alla progettazione e all'erogazione del servizio, alle sfide relative ai diritti umani, ai lunghi tempi di attesa per accedere all'assistenza ed alla scarsa formazione e al supporto inadeguato dei fornitori. Solo 19 dei 28 paesi esaminati nel 2017 avevano una valutazione standardizzata dei servizi di salute mentale e solo gli intervistati provenienti da sei paesi hanno affermato che era presente un monitoraggio regolare dei risultati del trattamento.

### **Avversità in infanzia**

Avversità infantili, come maltrattamenti (ad esempio abusi fisici, sessuali ed emotivi e negligenza fisica ed emotiva), sono un fattore di rischio prevalente e consolidato per l'insorgenza di psicopatologie, con evidenze meta-analitiche di effetti causali provenienti da studi quasi sperimentali.

I maltrattamenti infantili aumentano non solo il rischio di insorgenza di nuovi disturbi, ma sono anche associati a un decorso peggiore della malattia e a una risposta al trattamento peggiore.

Gli effetti sull'incidenza e sulla prevalenza della psicopatologia possono essere mitigati da interventi basati sull'evidenza.

L'impatto del maltrattamento sulla psicopatologia sembra essere spiegato dalla valutazione e dai ricordi di tali eventi da parte dell'individuo, e la terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma è efficace per il trattamento del disturbo da stress post-traumatico e dei sintomi successivi ad abusi sessuali, maltrattamenti ed esposizione a traumi multipli.

Tuttavia, la maggior parte dei giovani che sviluppano una psicopatologia correlata al trauma non accede ad alcuna assistenza sanitaria.

Nel 2017, su 27 paesi, dieci hanno fornito accesso ai rifugiati, sette agli orfani o alle vittime di disastri naturali o provocati dall'uomo e quattro a gruppi minoritari.

9 dei 27 paesi non avevano servizi progettati per soddisfare le esigenze specifiche di questi sottogruppi e solo sette hanno indicato di avere servizi altamente specializzati per bambini in affidamento, bambini che hanno commesso reati e sono stati accusati di crimini, bambini disabili, bambini con autismo o bambini che fanno uso di sostanze.

### **Conflitti militari**

Le guerre, come quella in Ucraina, hanno avuto un impatto notevole sulla salute mentale dei bambini e dei giovani nella regione europea dell'OMS.

A causa di questi e altri conflitti in tutto il mondo, milioni di bambini e adolescenti nella regione sono stati sfollati. Inoltre, diversi paesi hanno accolto un numero variabile di rifugiati.

Alcuni paesi, come la Bulgaria, con servizi di salute mentale relativamente poco sviluppati, hanno ricevuto la quota maggiore di domande di asilo da parte di minori non accompagnati tra il 2014 e il 2024. Ciò, a sua volta, ha aumentato ulteriormente il divario terapeutico.

Vi è un'elevata prevalenza di sintomi di PTSD e altri disturbi psichiatrici, come depressione e dipendenze, spesso concomitanti nei giovani che hanno vissuto questi conflitti militari.

Le evidenze disponibili per il trattamento di un gran numero di bambini e adolescenti colpiti dalla guerra, in particolare quelli che rimangono nelle zone di conflitto, sono limitate.

### **Approcci farmacologici limitati**

Il trattamento psicofarmacologico è una componente importante dell'approccio di intervento multimodale ai problemi di salute mentale nei bambini e negli adolescenti. I Piani di Investigazione Pediatrica (PIP) sono obbligatori per nuovi farmaci; tuttavia, i PIP si sono rivelati complessivamente inefficaci. Secondo la Relazione Decennale 2017 della Commissione Europea, la psichiatria rimane sottorappresentata in medicina pediatrica, rappresentando solo il 2,4% di tutte le aree terapeutiche pediatriche.

Il problema non è dovuto a una mancanza di efficacia o a problemi di sicurezza, poiché le prove attuali dimostrano un effetto da moderato ad elevato, come emerge dagli studi clinici, e una buona tolleranza complessiva.

Piuttosto, il problema è dovuto alla ridotta quota di mercato e alle sfide farmaceutiche, etiche ed alle barriere sistemiche e normative nel trattamento psicofarmacologico.

Molti studi psicofarmacologici condotti sui bambini sono superflui o mal progettati. Una revisione sistematica ha rilevato che il 22% degli studi pediatrici avrebbe potuto utilizzare metodi di estrapolazione migliori dai dati degli adulti e il 12% era completamente ridondante.

Strumenti come la farmacocinetica basata sulla fisiologia (PBPK) e le simulazioni sono sottoutilizzati, nonostante la loro promessa di migliorare la qualità degli studi.

Gli studi clinici tendono a includere popolazioni selezionate di bambini e adolescenti, il che rende difficile la traduzione dei risultati poiché i pazienti reali presentano spesso comorbidità complesse e un rischio elevato.

Molti farmaci vengono ancora utilizzati off-label (ovvero, utilizzare un farmaco per scopi, dosaggi o popolazioni di pazienti non previsti nella sua autorizzazione e scheda tecnica) oppure vi è una scarsa disponibilità di questi nella pratica psichiatrica infantile e adolescenziale.

Un'indagine condotta tra i membri dell'European College of Neuropsychopharmacology-Child and Adolescent Network ha individuato i disturbi/condizioni per i quali è necessario un ulteriore sviluppo farmacologico:

disturbo dello spettro autistico (sintomi principali), disregolazione emotiva/irritabilità, anoressia nervosa e depressione rappresentano i 4 principali.

Una sfida nell'identificazione di nuovi farmaci efficaci è l'effetto placebo.

Ad esempio, la risposta al placebo è generalmente più elevata nella depressione che nell'ansia e più elevata nella depressione giovanile rispetto a quella degli adulti.

Inoltre, la risposta al placebo è più alta negli studi multicentrici, il che è un fenomeno ricorrente negli studi sulla depressione giovanile, e sembra più comune negli studi finanziati dall'industria farmaceutica piuttosto che in quelli finanziati dal governo (al contrario di quello che ci si potrebbe aspettare).

La risposta placebo indica che i trattamenti con un tasso di risposta del 60%, come gli SRI, mostrano solo un'efficacia marginale a causa della scarsa separazione dalla condizione placebo, sebbene vi siano eccezioni a questa regola, come nel caso del disturbo ossessivo-compulsivo.

### **Messaggi chiave:**

- In Europa secondo l'OMS si registra una crescente crisi di salute mentale tra bambini, adolescenti e giovani. Tuttavia, l'infanzia e l'adolescenza rappresentano un'opportunità cruciale per migliorare la salute mentale lungo tutto l'arco della vita.
- I principali fattori che contribuiscono all'aumento dei bisogni riguardanti la salute mentale sono l'impatto della pandemia da COVID-19, l'escalation dei conflitti militari, la crisi climatica e gli ambienti digitali non regolamentati. A tutto ciò si aggiunge un panorama in continua evoluzione del modo in cui bambini e ragazzi interagiscono con l'assistenza sanitaria e altri servizi.
- Per affrontare i problemi di salute mentale nei giovani è necessario un approccio olistico, dal trattamento alla prevenzione, dall'analogico al digitale, dal ricovero alla comunità.

## **POSSIBILI SOLUZIONI**

Le strategie preventive sulla salute mentale di bambini e adolescenti detengono il potenziale di ridurre significativamente il peso associato ad una cattiva salute mentale mirando ai fattori di rischio, intensificando i fattori di protezione e intervenendo precocemente per mitigare la progressione di disordini, e possono offrire un punto di partenza per affrontare molti problemi attuali. I sistemi sanitari europei offrono l'opportunità di sviluppare, implementare e valutare programmi di prevenzione innovativi. Strategie preventive primarie tradizionalmente si distinguono su tre livelli: la prevenzione *universale* comprende l'intera popolazione a prescindere dai livelli di rischio, promuovendo benessere e resilienza mentale, come gli approcci 'scuola-intera' per prevenire tentativi di suicidio; la prevenzione *selettiva* si focalizza su gruppi con un alto rischio di maturare problemi di salute mentale, ad esempio i bambini in famiglie a basso reddito, bambini neurodivergenti, o quelli esposti a esperienze avverse durante l'infanzia; infine la prevenzione *mirata* è rivolta a individui che presentano segni di cattiva salute mentale senza raggiungere le soglie per la diagnosi.

Le strategie preventive dovrebbero essere considerate complementari ad altre possibili soluzioni. La maggior parte dei problemi identificati non hanno un'unica soluzione, ed alcuni richiedono una combinazione della maggioranza delle possibili soluzioni identificate.

### **L'uso di approcci innovativi di erogazione per migliorare l'accesso a un'assistenza sanitaria mentale comunitaria e di alta qualità**

C'è un bisogno pressante di adottare un approccio innovativo per ampliare l'accesso a servizi di salute mentale per bambini e adolescenti, in special modo in regioni e popolazioni svantaggiate. I governi della regione Europea dell'OMS dovrebbero investire nel miglioramento della qualità dei servizi di salute mentale basati sulla comunità. L'assistenza di alta qualità è stata co-definita per mezzo degli Standard di Qualità dell'OMS per i Servizi di Salute Mentale per l'Infanzia e l'Adolescenza e si riferisce a standard di qualità su otto temi, che includono l'assistenza che è co-costruita con i giovani, che promuove i diritti umani e l'attenzione al miglioramento della qualità. Le teorie sul miglioramento della qualità non sono state ampiamente integrate con la salute mentale, ma nonostante ciò offrono strategie sistematiche per rafforzare la qualità dell'assistenza. Gli standard possono essere utilizzati per definire una visione realistica dell'erogazione di servizi di alta qualità, indicatori possono stimolare i progressi, e metodi possono essere usati per sviluppare approcci innovativi.

Un buon esempio di un tale intervento sono gli interventi di supporto alla genitorialità, che hanno una solida base di prove ma potrebbero non essere accessibili alle persone giovani che ne hanno più bisogno. Ci sono anche eccellenti esempi di contesti con scarse risorse nella regione Europea e oltre in cui non-specialisti e membri della comunità vengono formati per fornire valutazioni e trattamenti di alta qualità su larga scala, come il programma OMS Abilità per le Emozioni nella Prima Adolescenza o EASE (Early Adolescent Skills for Emotions). Per di più, l'implementazione di interventi di bassa intensità, come l'Insegnamento del Percorso di Recupero/Riabilitazione (Teaching Recovery Techniques), può prevenire malattie mentali a basso costo. I mezzi digitali forniscono l'opportunità di integrare i servizi tradizionali, offrendo terapia e counselling online, che possono essere utili in special modo in aree rurali o svantaggiate e aree afflitte da conflitti armati, anche se l'evidenza diretta dell'efficacia in questi setting è carente. I social media hanno il potenziale di migliorare il supporto tra pari e di essere un mezzo per fornire interventi di salute mentale attraverso l'uso di influencer e migliorare la salute mentale pubblica. L'introduzione di algoritmi integrali di apprendimento automatico nell'assistenza primaria può aiutare nella previsione del rischio di sviluppo di una serie di patologie di salute mentale attraverso l'analisi di dati demografici e sanitari.

I programmi della prima infanzia con investimenti nell'assistenza sanitaria mentale perinatale, supporto genitoriale e prima educazione possono contribuire significativamente nel prevenire disturbi afferenti alla salute mentale. Per esempio, il programma Collaborazione Infermiere Famiglia o NFP (Nurse-Family Partnership), implementato in parti dell'Europa, fornisce supporto mirato a famiglie a rischio, dimostrando benefici a lungo termine sia per i genitori che per i figli. Sono essenziali

politiche complete per la regolamentazione dei metodi di erogazione alternativi, in particolare

in relazione alle implicazioni etiche dell'uso dell'apprendimento automatico e di persone non specialiste che erogano l'assistenza sanitaria.

### **Allontanandoci dall'assistenza istituzionale verso l'assistenza della comunità**

Molti paesi nella regione (OMS) hanno iniziato a prendere le distanze dall'assistenza psichiatrica istituzionale avvicinandosi a servizi basati sulla comunità. Questo vale in particolare per i paesi che ricevono finanziamenti strutturali europei, in particolare quelli situati nell'Europa orientale. Allo stesso momento, ci sono paesi come il Belgio, dove il numero di bambini all'interno di istituti di assistenza sembra aumentare. Ci sono sempre più evidenze che indicano che l'assistenza sanitaria mentale a lungo termine in regime di ricovero è associata a esiti sociali e psichiatrici negativi. Nonostante queste conoscenze, è stimato che più di un milione di bambini nella regione (OMS) vivano in istituzioni a lungo termine, cosa che spesso include bambini con problemi sociali significativi, disabilità intellettive e persone giovani con un coinvolgimento nella giustizia minorile. I governi dovrebbero dare la precedenza allo sviluppo di assistenza comunitaria di alta qualità, compresi i servizi di assistenza comunitaria intensiva, come alternativa ai ricoveri ospedalieri. È risaputo che quando è necessaria assistenza sostitutiva (dopo il maltrattamento di bambini oppure incapacità o morte del genitore), lo sviluppo dei bambini piccoli è favorito meglio dall'assistenza familiare che da quella istituzionale, come gli orfanotrofi ed è più conveniente.

### **Integrazione della salute mentale nei programmi scolastici**

Le scuole giocano un ruolo cruciale nell'intervento precoce e nella prevenzione dei problemi di salute mentale. L'implementazione di programmi di apprendimento socio-emotivo scolastici universali può contribuire a ridurre lo stigma, promuovere la resilienza emotiva e fornire agli studenti strategie di coping. Programmi basati sull'evidenza come MindMatters (la Mente Importa), Aspetti Sociali ed Emotivi dell'Apprendimento o SEAL (Social and Emotional Aspects of Learning) e SPARK Resilience sono stati ampiamente adottati in tutti i paesi europei (UE, 2024).

Molti esperti hanno raccomandato includere programmi di prevenzione dei suicidi, iniziative di supporto tra pari e formazione per gli insegnanti affinché possano riconoscere segni di angoscia negli studenti. Tuttavia, sembra esserci un alto tasso di variabilità in termini di priorità attribuita all'offerta di servizi di salute mentale nelle scuole, il 72,8% delle scuole in Polonia riferisce che l'offerta di servizi di salute mentale è prioritaria, e solo il 17,8% in Francia. È interessante notare che, anche nei paesi in cui la politica nazionale riconosce l'importanza del supporto alla salute mentale nelle scuole, come il Regno Unito e i Paesi Bassi, solo il 59,8% e il 52,9% delle scuole considerano la salute mentale una priorità. Solo il 15,7% delle scuole in Francia aveva una politica dedicata alla salute mentale, rispetto al 78,3% nei Paesi Bassi. Sulla base dei risultati del classico studio sulle Esperienze Avverse nell'Infanzia o ACE (Adverse Childhood Experiences), lo screening della popolazione per le ACE è stato

implementato su larga scala in diversi paesi. Tuttavia, sono state sollevate diverse preoccupazioni riguardo a questa rapida implementazione dello screening ACE e sono necessari metodi migliorati per migliorare l'individuazione del rischio e fornire interventi mirati. L'implementazione dello screening in generale dovrebbe essere pianificata attentamente e si dovrebbe tenere conto di qualsiasi potenziale danno e aumento della stigmatizzazione. Dovrebbero essere impiegati approcci di modellazione del rischio individuale per migliorare l'accuratezza degli strumenti di screening nel predire i disturbi di salute mentale e per guidare la selezione di interventi individualizzati.

### **Riguardo i determinanti socioeconomici della salute mentale**

Affrontare problematiche della salute mentale richiede parlare delle determinanti sociali più ampie che contribuiscono allo stress psicologico. Politiche mirate a ridurre la povertà infantile, a migliorare le condizioni abitative e ad assicurare un accesso equo alla sanità e all'educazione, possono ridurre il rischio di malattia mentale. Affrontare i determinanti sociali della salute mentale non è responsabilità del solo settore sanitario; è necessaria una collaborazione intersettoriale nello sviluppo di politiche e programmi, in ambito educativo, abitativo, lavorativo e formativo, e di assistenza sociale. Gli operatori sanitari e gli operatori sanitari dovrebbero essere formati per riconoscere il ruolo dei determinanti sociali nel corso delle difficoltà mentali e valutare il modo migliore per affrontarle. Al contrario, gli operatori non dovrebbero essere indifferenti alle condizioni psichiatriche nei giovani che hanno vissuto esperienze avverse, poiché ciò può portare a diagnosi mancate o tardive. Inoltre, una particolare attenzione deve essere data ai gruppi emarginati come rifugiati, richiedenti asilo e sfollati, così come alle persone appartenenti a gruppi LGBTQ+ e minoranze etniche, assicurandosi che dispongano di sistemi di supporto personalizzati che tengano conto dei loro specifici bisogni.

### **Co-progettazione e co-regolamentazione degli spazi digitali**

È imperativo coinvolgere i giovani nella co-progettazione, co-produzione e co-sviluppo di politiche e normative per gli spazi digitali. Dato il ruolo dei social media nel plasmare la salute mentale degli adolescenti, i governi e le piattaforme digitali devono collaborare per creare ambienti online più sicuri. L'Europa dell'OMS ha sviluppato delle linee guida su come i governi possono affrontare l'impatto dei social media e delle tecnologie digitali sulla salute mentale e sul benessere dei giovani attraverso otto azioni prioritarie. Queste azioni includono la responsabilizzazione dell'industria in merito alle funzionalità dannose delle piattaforme, una regolamentazione più severa volta a proteggere la salute e il benessere e l'investimento in alternative offline alla genitorialità, al gioco e all'intrattenimento basati sugli schermi. Sono essenziali iniziative per sensibilizzare sui rischi del cyberbullismo e sull'impatto negativo di un tempo eccessivo trascorso davanti allo schermo.

### **Rafforzare i sistemi di supporto familiare e comunitario**

Data l'importanza delle relazioni sociali per aumentare il benessere e gli impatti negativi della solitudine in una serie di condizioni di salute mentale adolescenziale, è cruciale promuovere l'accesso al supporto sociale e alle risorse per i bambini e i ragazzi. Oltre alle scuole e ai servizi sanitari, le famiglie allargate e le comunità sono fondamentali per promuovere un ambiente di supporto per bambini e adolescenti. Ispirati da iniziative di lunga data come la rete Città Sane, i paesi della regione OMS stanno sempre più esplorando modi per migliorare la capacità delle città e dei quartieri di promuovere e proteggere la salute mentale dei giovani attraverso interventi erogati localmente, informati sulla base delle esigenze locali e attingendo alle risorse locali. La ricerca sui quartieri ha dimostrato che elementi strutturali, come il reddito familiare, e elementi di processo, come la coesione sociale, sono importanti determinanti della salute mentale infantile. Ciò è particolarmente vero per coloro che sono colpiti dalle guerre, dove relazioni di supporto e partecipazione sociale possono essere fattori cruciali di resilienza. I governi dovrebbero supportare iniziative sulla salute mentale basate sulla comunità che offrano programmi di supporto genitoriale, programmi che supportano la sicurezza e la qualità del cibo e il tutoraggio tra pari. Un esempio di ciò è la prescrizione sociale, un meccanismo di riferimento in cui un bambino/giovane viene collegato a organizzazioni locali che coordinano e facilitano attività note per il loro beneficio per il benessere, come arte, sport e natura. Nella prescrizione sociale, bambini e ragazzi hanno il potere decisionale sulle attività scelte, e quindi questo approccio può essere percepito come stimolante e capace di far sentire in potere, più coinvolgente e meno stigmatizzante rispetto ad altri trattamenti. Non esiste una soluzione adatta a tutti e le iniziative per migliorare la connettività sociale devono essere adattate a diversi contesti geo-spaziali e sociali.

### **Ulteriori sviluppi dei trattamenti farmacologici**

Nel complesso, i dati farmaco-epidemiologici internazionali indicano un aumento dell'uso di farmaci psicotropi per bambini/adolescenti negli ultimi due decenni. Un corpus crescente di prove è stato generato da Studi Clinici Randomizzati Controllati (RCT) e studi osservazionali che valutano l'efficacia/efficienza e la tollerabilità/sicurezza dei farmaci per disturbi specifici nella salute mentale di bambini/adolescenti. Nel complesso, da alcuni Studi Clinici Randomizzati Controllati a breve termine ([Tabella 1](#)) i farmaci studiati mostrano dimensioni dell'effetto da moderate ad elevate.

Le dimensioni dell'effetto più elevate in relazione all'efficacia sono state riscontrate per gli stimolanti per i sintomi principali dell' ADHD; aripiprazolo e risperidone per l'irritabilità nel disturbo dello spettro autistico (ASD); risperidone per l'aggressività nei disturbi da comportamento dirompente (sebbene questa rimanga un'indicazione non autorizzata); risperidone, olanzapina, paliperidone per i sintomi di schizofrenia; fluoxetina per la depressione (la cui entità dell'effetto rimane incerta); aripiprazolo per i sintomi maniacali nel disturbo bipolare; fluoxetina/altri inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) per l'ansia e il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC); e imipramina per l'enuresi. I farmaci psicofarmacologici approvati - a novembre 2024 - dall'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) in Europa per le

condizioni di salute mentale nei bambini/adolescenti sono riportati nella [Tabella 1](#). Questo riflette solo una piccola parte dei farmaci approvati per le condizioni di salute mentale nei bambini/adolescenti in Europa poiché le aziende possono richiedere la registrazione a livello nazionale piuttosto che all'EMA. Inoltre, molti farmaci sono stati autorizzati prima della costituzione dell'EMA nel 1995.

L'Agenzia Europea per i Medicinali ha elaborato un piano d'azione volto a migliorare l'attuazione del regolamento e a fornire linee guida strutturate sull'uso dell'estrapolazione dai dati degli adulti alle popolazioni pediatriche. Questo piano affronta i potenziali ostacoli allo sviluppo pediatrico concentrandosi su: 1) l'identificazione dei bisogni medici insoddisfatti nei bambini; 2) il rafforzamento della collaborazione tra i decisori; 3) la garanzia del completamento tempestivo dei Piani di Indagine Pediatrica (PIP); 4) il miglioramento dell'elaborazione delle 'domande PIP'; e 5) l'aumento della trasparenza sui medicinali pediatrici.

Il problema principale in psicofarmacologia è che gli elevati standard di sicurezza ed efficacia sono aumentati, richiedendo nuovi e costosi studi per soddisfarli. Tuttavia, per molte sostanze psicotrope, i brevetti sono scaduti, lasciando scarsi incentivi finanziari alle aziende farmaceutiche a investire nella ricerca pediatrica o a richiedere nuove licenze. Senza potenziali profitti, evitano costose sperimentazioni, in particolare per i farmaci generici. Sono necessari finanziamenti pubblici e incentivi normativi per colmare queste lacune, soprattutto negli studi sulla sicurezza su larga scala.

Composto	Indicazione (nota: le approvazioni nazionali non sono incluse)	Età (anni)	Dimensione dell'effetto <sup>a</sup> (95% CI)
Guanfacina a rilascio prolungato	ADHD	6-17	-0.67 (-0.85 a -0.50)
Metilfenidato	ADHD	>6 anni	-0.78 (-0.93 a -0.62)
Atomoxetina	ADHD	>6 anni	-0.56 (-0.47 a -0.65)
Aripiprazolo	Episodi maniacali	≥13 anni	-1.08 (-1.32 a -0.85)
Risperidone	Disturbo della condotta	5-18	-0.48 (-0.71 a -0.24)
Fluoxetina	Episodio depressivo maggiore non responsivo alla psicoterapia		-0.51 (-0.84 a -0.18)
Melatonina a rilascio prolungato	Insomnia (nel disturbo dello spettro autistico o nella sindrome di Smith-Magenis)	2-18	Latenza del sonno: -0,52 (95% CI non riportato)
Sodio oxibato	Narcolessia	≥7	Non disponibile
Sertralina	Disturbo Ossessivo Compulsivo	6-17	-0,24 (da -0,46 a -0,03)
Aripiprazolo	Schizofrenia	≥15 anni	-0,43 (da -0,63 a -0,24)

Lurasidone	Schizofrenia	≥13 anni	-0,48 (da -0,71 a -0,25)
Paliperidone	Schizofrenia	≥15 anni	-0,42 (da -0,66 a -0,18)

<sup>a</sup>Le dimensioni dell'effetto si basano sulla revisione generale di Correll et al.; quando sono disponibili dimensioni dell'effetto derivate dai punteggi di più valutatori, vengono riportati i dati dei valutatori clinici; le dimensioni dell'effetto per la melatonina si basano su Gringras et al.; le dimensioni dell'effetto per il sodio oxiato non sono riportate nella pubblicazione dello studio randomizzato controllato (RCT) di Plazzi et al.

**Tabella 1: Farmaci psicotropi approvati dall'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA), raggruppati per indicazione in ordine alfabetico. I farmaci sono presentati per condizione (in ordine alfabetico).**

In generale, l'opportunità chiave nella psicofarmacologia di bambini e adolescenti include l'apprendimento da prove sbagliate, la riduzione dei problemi legati all'effetto placebo, la valutazione dei risultati oltre i sintomi fondamentali, considerando gli stadi di sviluppo, la comparazione dei trattamenti farmacologici e non-farmacologici, l'utilizzo di progetti innovativi oltre agli standard RCT, spostandosi verso medicine di precisione/approcci stratificati, aggiungendo investigazioni e implementazioni delle tecnologie digitali, concentrandosi sulle condizioni che risultano non rispondere ai trattamenti iniziali.

### Ricerche consistenti e strategie di implementazione

Nonostante il loro potenziale, ci sono ancora numerose opportunità nello sviluppare e implementare strategie di trattamento e di prevenzione per la salute mentale di bambini e adolescenti. Alcuni interventi preventivi con una forte logica a priori si sono dimostrati inefficienti o dannosi per alcuni risultati. La de-implementazione potrebbe essere richiesta per questi interventi. C'è un'evidenza crescente che gli studi sugli interventi psicologici raramente misurano i danni, nonostante l'evidenza che questi possano causare danni esattamente quanto effetti positivi. Un recente RCT di un programma di intervento di consapevolezza basato su un'intera scuola, per esempio, ha dimostrato l'assenza di effetti complessivi e suggerito possibili danni in alcuni risultati. In future ricerche studio, una cornice per la valutazione dei danni e dei benefici è essenziale, con alcuni risultati preliminari in relazione ad una valutazione comprensiva degli esiti negativi e positivi delle campagne di informazione sulla salute. Ogni intervento necessita di essere rigorosamente testato per efficacia, efficienza e potenziale di implementazione, oltre ad accettabilità, fattibilità e restrizioni contestuali prima della presentazione, per prevenire lo spreco di risorse e per bilanciare i danni e i benefici. Inoltre, è vitale capire chi sono le persone designate da ogni intervento. Ad esempio, le prove con gli anti-depressivi spesso escludono le persone con significativa suicidalità. Invece, sono questi i pazienti con maggiore necessità e probabilmente i più "clinici" che sono più probabilmente da trattare con SSRI. L'ampiezza dell'effetto per gli interventi preventivi è spesso piccola, ma può avere vaste implicazioni pubbliche e possono essere associata a cambiamenti utili nella salute mentale della popolazione. In ogni caso, il rapporto costo-efficacia di queste strategie deve essere attentamente valutato.

Lo stabilimento di protocolli unificati per i trattamenti e per le prevenzioni richiede un attento confronto tra i diversi approcci basati sulle evidenze. La terapia psicologica è spesso il primo tipo di trattamento per la depressione in bambine adolescenti. Però, gli studi dimostrano che la sua efficacia è metodologicamente molto diversa da quella fatta per la

medicazione, in quanto presentano dei gruppi di controllo mal abbinati, rendendo la comparazione tra gli esiti di questi approcci molto difficile.

Allo stesso modo, interventi che hanno dimostrato miglioramenti significativi necessitano di essere implementati rapidamente, in maniera consistente e su larga scala. Per esempio, il SEYLE, (Salvare e Potenziare Giovani Vite in Europa) ha indicato che il programma sulla Consapevolezza dei Giovani sulla Salute Mentale (YAM) può ridurre sostanzialmente il rischio di tentato suicidio ed è conveniente a livello di costi. Tuttavia, l'implementazione di questo programma è stata a dir poco irregolare. Sarebbe importante che gli interventi e i percorsi di cura venissero co-progettati e co-create con le parti interessate rilevanti, come ad esempio politici, insegnanti, genitori e soprattutto bambini e persone giovani. Questo garantirebbe che le implementazioni prendano in considerazione le sfumature dei contesti e le necessità e preferenze dei singoli. Il coinvolgimento delle parti interessate è critico per mappare e prendere in considerazione decisioni per l'impegno con servizi per la salute mentale di bambini e ragazzi, e cercando di ridurre, per esempio, stigma, limitata letteratura sulla salute mentale, credenze negative sui servizi per la salute mentale tra cui i costi per l'accesso, l'ingresso differenziato ai servizi dei gruppi marginalizzati, limitato training sulla salute mentale nella cura primaria, limitata disponibilità di specialisti professionali della salute mentale e alta richiesta di cure cliniche.

#### **Pannello 1: Raccomandazioni per migliorare la salute mentale di bambini e giovani**

- Un approccio olistico che includa misure preventive nelle scuole, equo accesso ai servizi di salute mentale e impegno a contrastare le radici delle cause dell'ineguaglianza socioeconomica.
- Espandere i servizi di cura comunitaria e i sistemi di supporto basati sulla comunità è vitale per riconoscere le lacune nella fruizione dei servizi.
- Abbracciare l'utilizzo della tecnologia attraverso il co-sviluppo e la co-creazione di regolazioni e interventi, insieme agli utenti del servizio, è fondamentale.
- Un comprensivo quadro generale per il miglioramento della qualità delle cure conseguite dovrebbe essere implementato in tutta la regione europea.
- Dare nuovo significato alle droghe esistenti e realizzare su misura le prove per le condizioni pediatriche sono chiavi strategiche per migliorare le opzioni di trattamento per bambini e adolescenti.
- Robuste ricerche e l'implementazione di strategie possono aiutare a risolvere le crisi di implementazione.

#### **Pannello 2: La prospettiva degli utenti al servizio**

“Avendo avuto grandi difficoltà con la mia salute mentale durante l'adolescenza e i primi anni dell'età adulta, ho speso molti anni in diverse unità psichiatriche in tutto il Regno Unito. Per tanto, non posso enfatizzare abbastanza quanto interventi di prevenzione possano cambiare la vita di un giovane. Nel mio caso, l'intervento è arrivato poco prima che fosse troppo tardi. Se fosse avvenuto prima, forse l'ammissione nell'unità di degenza sarebbe potuta essere evitata.

All'età di 15 anni, sono stata diagnosticata con Anoressia Nervosa mentre ero ricoverata nel reparto acuto pediatrico. La mia deteriorata salute fisica e diminuita qualità di vita avevano raggiunto il punto di rottura. In ogni caso, non si sarebbe mai dovuto arrivare a quello stadio. Nonostante le mie numerose visite dal medico di famiglia prima della mia ammissione nel reparto, la mia situazione era costantemente sminuita come “una fase che tutte le ragazze attraversano”. Questa è stata una svista che mi è costato i successivi sei

anni della mia vita. Sono stata logorata dai vari trattamenti, tra cui medicinali, terapie, l'essere ammessa ai servizi sia come paziente interno che a quelli specializzati per i pazienti diurni. Durante questo periodo, ho potuto vedere in prima persona l'Unità operativa di neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza e i servizi per la salute mentale per gli adulti. Nonostante l'intensità e le premesse che ogni trattamento offriva, è sembrato inutile. L'ammissione finale è coincisa con la pandemia del COVID-19. Essere a oltre 4 ore di distanza dalla mia famiglia e dai miei amici era già sufficientemente complicato, ma la pandemia ha reso praticamente impossibile vederli. L'isolamento e le costrizioni inflessibili, dovuti sia alla pandemia che all'essere una paziente, sono stati vissuti come una prigionia. Mentre ero ricoverata, ho imparato diversi metodi per reagire, alcuni salutari, ma molti dei quali non lo erano. Per me, l'autolesionismo e i pensieri suicidari erano diventati il mio rifugio quando la vita sembrava insostenibile. Questa esperienza personale si connette bene con la più ampia discussione riguardo gli elevati livelli di autolesionismo e suicidi nelle generazioni più giovani, come prima menzionato. Al di là delle statistiche, nella mia opinione, gli atti di autolesionismo sono una strategia di coping per lo stress che si fatica esprimere o che rimane inascoltata. Nelle unità per pazienti residenti, l'autolesionismo può essere normalizzato in quanto viene percepito come un marcatore di malattia e le risposte mediche che elicitava. Non è un comportamento finalizzato all'ottenere l'attenzione quanto più ad indicare una più profonda e sottostante difficoltà.

Basandomi su tutti i trattamenti che ho ricevuto negli anni, credo che ciò che mi ha guidato alla remissione è stata l'incredibile cura basata sulla comunità che ho avuto parallelamente al mio desiderio di entrare a medicina. Come paziente interno, si perde spesso una visuale sul mondo esterno e il senso della vita al di là della tua malattia. È stato solo quando ho realizzato che non era tutto un improbabile realtà che ho imparato ad applicare le conoscenze che avevo imparato in terapia alle circostanze del mondo reale e ho deciso attivamente di guarire. Sono fortemente convinta che la vera guarigione raramente avvenga nei reparti di salute mentale. Questi reparti sono lì per curarti in maniera intensiva, ma l'impegno per guarire da diagnosi come la mia deve partire da dentro.

Pertanto, questo supporta l'idea per cui allontanarsi dalla cura istituzionalizzata e dare priorità alla cura comunitaria sia necessario. Infine la guarigione dovrebbe avvenire in ambienti dove la sfida incomincia in modo tale che gli individui siano equipaggiati con le capacità necessarie per affrontare sfide simili in futuro. I team comunitari forniscono continuo supporto, necessario per aiutare gli individui a gestire le proprie malattie negli ambienti domestici, riducendo in questo modo il rischio dell'istituzionalizzazione.

Per concludere, futuri interventi per la salute mentale dei giovani dovrebbe focalizzarsi su trattamenti maggiormente basati sulla comunità e riconoscere i fattori sottostanti che contribuiscono al loro deterioramento mentale. Questo sarebbe molto meglio di parlare semplicemente delle proprie difficoltà. Questo approccio vuole creare una via per un ricovero più effettivo e sostenibile.

## DISCUSSIONE

La prevenzione della salute mentale rimane una priorità; In ogni caso ci sono differenze regionali nella disponibilità dei sistemi designati per emettere servizi. Alcune aree fanno affidamento sui tradizionali sistemi medici, mentre altre hanno sistemi di salute pubblica molto più sviluppati. Nell'ultimo caso, creare un ambiente di prevenzione o di promozione della salute dalla nascita all'età adulta può essere assistita da esperti della psicologia infantile e dell'adolescenza, psichiatri e professioni allegate, mantenendo un focus olistico, piuttosto che uno basato sul sintomo. L'analisi regionale di 38 piani e politiche nazionali sulla salute mentale

mostrano una variazione considerevole. Mentre un modello nazionale verticistico è predominante nell'est Europa, un modello guidato da un movimento ascendente è più frequente nel nord Europa. Solo cinque paesi hanno stabilito corpi multi settoriali per l'implementazione di MHPP. I processi comunicativi tra i settori sono generalmente sottosviluppati. In numerosi paesi dell'est della regione europea dell'OMS, solo i ministri della salute erano incaricati dell'implementazione delle MHPP. In numerose parti del nord e dell'ovest, altri investimenti governativi, esattamente come corpi non governativi e organizzazioni per l'utenza dei servizi, sono stati incorporati come partner implementativi.

Questo articolo presenta una visione generale degli elementi chiave per le sfide cliniche e di ricerca, opportunità e raccomandazioni rilevanti per la salute mentale di bambini e giovani nella regione europea dell'OMS. Molti di questi si applicano a tutti i paesi e regioni, nonostante l'alta diversità in Europa a riguardo dei sistemi di salute e welfare, sistemi scolastici e le diversità di guadagno che devono essere riconosciute. Molti dei programmi consigliati necessitano ancora di essere implementati. Le barriere all'implementazione variano da regione a regione, dalla bassa disponibilità di risorse in alcune regioni alla rigida configurazione dei servizi in altre.

Il paper rappresenta un contributo orientato politicamente, anche se cerchiamo di fare affidamento sulle reviews sistematiche precedentemente pubblicate e sulle meta-analisi per il meglio della nostra conoscenza.

## **CONCLUSIONE**

Le sfide della salute mentale tra bambini e adolescente nella regione europea dell'OMS sono sfaccettate e guidate da fattori sociali, economici, ambientali e tecnologici. Riconoscere questo problema richiede un approccio olistico che includa misure preventive basate sulle evidenze nelle scuole, equo accesso ai servizi di salute mentale, finire i conflitti e coordinare gli sforzi per identificare la radice delle cause della disparità socioeconomica. Nel riconoscimento della grande varietà culturale e dei contesti nella regione europea dell'OMS, l'implementazione di queste strategie dovrebbe essere realizzata su misura per ogni contesto, co-sviluppate con gli esperti locali e gli utenti del servizio. Considerata la grande maggioranza – se non tutti i paesi stanno avendo delle difficoltà a rispondere alle necessità della salute mentale dei loro bambini e adolescenti, ci sono altre opportunità per collaborazioni tra paesi per risolvere i problemi e condividere innovazioni in maniera congiunta. Promuovendo una cultura della comprensione di supporto alla salute mentale, la regione può fare passi significativi verso la salvaguardia del benessere delle sue generazioni più giovani.