

9°

Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza



SINTESI

Salute

Capitolo 2

Schede

9. L'EMERGENZA DELL'INFANZIA NEL NOSTRO PAESE: IL SERVIZIO 114
10. I COSTI DELLA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA
11. LE BUONE PRASSI NEGLI OSPEDALI PER I BAMBINI
12. IL RUOLO DELLA PEDIATRIA NELLA GESTIONE IN EMERGENZA DELL'ABUSO
13. QUELL'OSCURO OGGETTO DEL DESIDERIO: IL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI TRA I GIOVANISSIMI
14. L'OBESITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA: CORRELATI PSICOSOCIALI E CONDOTTE ALIMENTARI IN UN CAMPIONE CLINICO
15. I BAMBINI "INVISIBILI": I DIVERSAMENTE ABILI
16. GIOVANI TRA DEPRESSIONE E NICHILISMO

Scheda 9

L'EMERGENZA DELL'INFANZIA NEL NOSTRO PAESE: IL SERVIZIO 114

Il 114 Emergenza Infanzia è un servizio gratuito di emergenza accessibile ventiquattro ore al giorno, durante l'intero anno, a chiunque abbia bisogno di segnalare situazioni di emergenza e disagio, anche derivanti da immagini, messaggi e dialoghi diffusi attraverso mezzi di comunicazione di massa o reti telematiche, ritenuti nocivi per lo sviluppo psico-fisico di bambini e adolescenti (art. 1, decreto interministeriale del 14 ottobre 2002).

136 la media mensile dei casi gestiti negli ultimi due anni. Dal 1° gennaio 2006 al 31 agosto 2008, il Servizio 114 ha gestito complessivamente 4.369 casi. Le richieste al 114 sono numericamente significative nelle fasce serali/notturne e nei fine settimana: sebbene infatti la maggior parte delle chiamate (64,6%) arrivi in orario diurno (ore 9.00-18.00), un caso su tre (35,4%) è gestito nella fascia serale/notturna (dalle 18 alle 24, dalle 24 alle 9), mentre quasi uno su quattro (23,3%) è accolto di sabato o domenica.

Chi si rivolge al 114? Accedono al Servizio 114 prevalentemente persone diverse dal bambino o dall'adolescente direttamente coinvolti nella situazione di emergenza (che costituiscono solo il 9 % circa dei chiamanti). Si tratta di una persona che appartiene al nucleo familiare per il 34,7% dei casi o di una persona che fa parte della rete parentale o amicale del bambino/adolescente o della sua famiglia per il 34,2%. Se nel 14,4% dei casi si tratta di vicini di casa, nel 19,3% le segnalazioni pervengono da persone estranee. Oltre ad abusi e violenze (30,7%), infatti, nel 47,7% dei casi le problematiche riportate direttamente da bambini e adolescenti sono il "malessere psicologico" e le "difficoltà relazionali".

I bambini e gli adolescenti in emergenza. Il 53,6% delle richieste di intervento riguarda minori di sesso maschile, contro il 46,4% di minori di sesso femminile. Il 63,1% dei bambini ha un'età compresa tra 0 e 10 anni, con una riduzione delle richieste di intervento al crescere dell'età. In circa un caso su cinque (22,2%) l'intervento è richiesto per un bambino/adolescente di nazionalità diversa da quella italiana o per un nomade.

Il caso dei minori stranieri. La prevalenza delle richieste riguarda bambini/adolescenti di sesso maschile (61,5% vs 38,5%) e generalmente di età inferiore ai dieci anni (67,2%). Si tratta nel 35,3% dei casi di minori stranieri provenienti dall'Europa (di cui il 30,9% dall'Est Europa e il 3,8% dall'Ue); il 17,5% dall'Africa (di cui l'11,4% dall'Africa Settentrionale); il 12,6% dall'America (di cui

l'11,1% dall'America Meridionale) e il 9,4% dall'Asia (di cui il 4,3% dall'Asia Sub Continente Indiano). L'1,2% dei minori stranieri sono apolidi e il 24% di nazionalità ignota. Mentre nel 33% dei casi è stato effettuato un intervento per un minore straniero nato in Italia, i cosiddetti "minori stranieri di seconda generazione", nel 13,1% dei casi è risultato coinvolto un minore ricongiunto. La percentuale più alta di interventi è stata realizzata per i minori profughi o rifugiati (34%) e quella più bassa per i minori non accompagnati (3,2%).

La casistica per genere e classe d'età del bambino. Come sostenuto anche dalla Criminalpol, le femmine sono esposte, più dei maschi, a situazioni di abuso e violenza: la percentuale di bambine/adolescenti che contatta o viene segnalata al 114 a seguito di abusi sessuali è più del doppio rispetto a quella dei maschi. Lo sfruttamento minorile, in particolare l'accattonaggio, è la problematica che sembra essere più legata al genere maschile. Anche l'età rappresenta un fattore di rischio per le forme più gravi di maltrattamento: situazioni di abuso e violenza (31,2% nella classe 0-10 anni vs 24,8% in quella 11-14 anni vs 24,1% in quella 15-18 anni), di contesti familiari inadeguati (fattori di rischio familiari 29,2% vs 11,8% vs 6,6%) e di sfruttamento minorile (10,6% vs 6,1% vs 3,9%).

Quali le problematiche degli adolescenti tra i 15 e i 18 anni? Il malessere psicologico, nelle sue diverse manifestazioni è la problematica più diffusa: se in alcuni casi si tratta di difficoltà relazionali, in altre il disagio assume forme "esternalizzanti" traducendosi in "fughe". Anche i dati della Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato confermano che la maggior parte dei casi di "scomparsa" (58,5%) coinvolgono minori di età compresa fra i 15 e i 17 anni e sono per lo più situazioni di allontanamento volontario dall'abitazione, per i minori italiani, o "fughe" dalle comunità per i minori stranieri. Significativo, sebbene inferiore rispetto ai bambini italiani, il coinvolgimento di quelli stranieri nelle situazioni di abuso e violenza (30,5% per gli italiani, 20,2% per gli stranieri).

La casistica in relazione alla nazionalità del minore. Lo sfruttamento minorile, in particolare l'accattonaggio (36,2%), risulta essere un fenomeno che coinvolge quasi esclusivamente i minori di nazionalità straniera così come le situazioni di lavoro minorile segnalate (39,8% dei minori stranieri contro lo 0,7% di quelli italiani). Significativo, sebbene inferiore se confrontato con le percentuali che riguardano i bambini italiani, il coinvolgimento di bambini stranieri nelle situazioni di abuso e violenza (30,5% per gli italiani, 20,2% per gli stranieri).

Perché ci si rivolge al 114. La maggior parte delle richieste di intervento riguarda situazioni di abuso/violenza (28,1%). Seguono il 15,3% di chiamate per "fattori di rischio" a livello familiare; il 10,5% per sfruttamento minorile; il 9,9% per uso di alcolici/sostanze stupefacenti dei genitori; il 9,2% per accattonaggio e il 9% per problemi relativi alla separazione dei genitori e per malessere psicologico. Clandestinità/irregolarità dei genitori, attività illegali dei genitori, senso di solitudine, disturbi alimentari, disturbi fisici, problemi legati alla sessualità sono tra le emergenze meno segnalate. Significativa anche la percentuale di richieste (11,8%) di adulti che chiedono aiuto per se stessi: in questi casi, gli adulti (generalmente

genitori, insegnanti, nonni) contattano il servizio 114 riportando una preoccupazione per un minore, dietro la quale, però, si cela una situazione di difficoltà personale (ad esempio, genitore che perde il lavoro).

I luoghi e i responsabili dell'emergenza. Il 58,5% delle situazioni di emergenza segnalate al 114 si sono verificate nell'abitazione del bambino o dell'adolescente. Un altro luogo indicato frequentemente è la strada (26,4%), dato che può essere collegato alle numerose segnalazioni di minorenni coinvolti in accattonaggio. Nel 6,7% dei casi, invece, l'emergenza si verifica a scuola, per difficoltà relazionali con coetanei o con insegnanti o per episodi di bullismo. I principali responsabili della situazione di disagio/pericolo risultano le madri (46,7%) e i padri (37,3%); solo in una piccola percentuale di casi si tratta di una persona estranea/sconosciuta al minore (3,1%). Secondo i dati della Direzione Centrale della Polizia Anticrimine della Polizia di Stato relativi alle denunce di abuso sessuale nel 2005, la relazione tra il minore vittima e l'abusante nel 77% dei casi è intraspecifica. L'abusante, quindi, fa parte della cerchia di conoscenze del minore, in particolare del suo contesto familiare (nel 2005 è stata la categoria più frequente con il 37,3%).

L'intervento in emergenza del 114 . Nel caso di un intervento in emergenza, il 114 coinvolge i servizi e le Istituzioni del territorio competente. Nel 59,4% dei casi è stato necessario l'intervento delle Forze dell'ordine (113, 112, Ufficio Minori della Questura, ecc.) e nel 51,1% sono intervenuti i servizi sociali. L'Autorità giudiziaria è stata chiamata nel 12,1% dei casi: si è trattato per lo più di segnalazioni alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni (6,3%). I Servizi sociali del Comune sono stati coinvolti nel 51,1% delle situazioni segnalate. Sono anche da rilevare il contatto con i servizi della Asl (6,2%, prevalentemente Consultori familiari e Servizi di Neuropsichiatria Infantile) e con la scuola (3%).

Scheda 10**I COSTI DELLA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA¹**

Recenti studi mostrano come una parte significativa dei disturbi mentali abbia il suo esordio in età evolutiva, sebbene siano spesso scoperti in periodi successivi della vita. Per cui l'analisi delle implicazioni economiche dei disturbi mentali dovrebbe partire dall'età evolutiva, età in cui i disturbi psichiatrici possono causare difficoltà nell'adattamento sociale o disturbi mentali in età adulta e difficilmente hanno una remissione spontanea.

Alcuni dati sulle malattie mentali. Diversi studi dimostrano che circa l'80% dei giovani cittadini europei ha un buon livello di benessere mentale. Ma un bambino e un adolescente su cinque soffrono di problematiche di sviluppo emotive o comportamentali; uno su otto ha un disturbo mentale; il suicidio è una delle prime tre cause di morte nei giovani; le pratiche di autolesionismo sono da 10 a 40 volte più frequenti del suicidio stesso e la comorbidità è molto diffusa e può verificarsi a tre livelli: associata ad altri disturbi, ad abuso di sostanze e a disturbi cronici.

Quali i costi dei disturbi mentali? I costi della salute mentale si dividono in: diretti (spese direttamente correlate con la patologia in questione) ed indiretti (fanno riferimento alle spese derivanti dalle ricadute che i disturbi mentali hanno in ambito scolastico, lavorativo e sociale). Nel primo caso, il compito di esaminare la spesa è relativamente semplice; nel secondo, invece, bisogna tener conto di una molteplicità di variabili, spesso difficilmente traducibili in termini economici (ad esempio, il disagio psicologico dei genitori nel farsi carico della gestione quotidiana di un figlio con disturbo mentale). Gli studi evidenziano, tuttavia, che la maggior percentuale di spesa ricade proprio su questa quota indiretta.

Ospedali e strutture residenziali: i servizi di salute mentale più onerosi. La spesa media annuale sostenuta per ogni adolescente trattato dall'insieme dei servizi è pari a \$ 3.146. I servizi sanitari più onerosi sono il ricovero in strutture psichiatriche residenziali (\$ 34.093.921) o ospedaliere (\$ 13.491.874); dal punto di vista sociale, invece, quelle più onerose sono il sistema giudiziario (\$ 13.185.905) e la scuola (\$ 10.888.771) (Costello *et al.*, 2007).

I costi dei comportamenti antisociali: il disturbo della condotta. Questa patologia colpisce il 7% dei maschi e il 3% delle femmine al di sotto dei 18 anni di età. Secondo un ricerca, che ha valutato il costo globale dei servizi pubblici coinvolti

¹ La presente scheda è stata redatta dal dott. Omar Daolio e dalla dott.ssa Barbara Forresi, Dipartimento materno infantile, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

nel Regno Unito, al raggiungimento del 28° anno di età, la spesa pubblica annuale di un disturbo della condotta è 10 volte superiore rispetto a soggetti non affetti (£ 70.019 vs £ 7.423); i costi maggiori sono riferibili all'attività criminale cui questa patologia può portare e, quindi, sono a carico del sistema giudiziario (£ 44.821 vs. £ 2.541). I giovani affetti da "problemi della condotta" gravano sulla società con una spesa annuale 3 volte superiore a quella di soggetti sani (£ 24.324 vs £ 7.423). Uno studio recente ha indagato l'impatto economico annuale dei comportamenti antisociali di 80 bambini di età compresa fra 3 ed 8 anni. La maggior quota di spesa è ripartita quasi omogeneamente tra i contributi economici statali (43%), pari a 4.307 sterline all'anno per bambino, e la famiglia (45%), con £ 4.637 di spesa annua per bambino. È emerso anche che i genitori dei bambini partecipanti allo studio devono trascorrere più tempo a casa per la gestione del figlio (quasi 8 ore in più a settimana) e che i giorni di assenza dal lavoro aumentano, principalmente, quando il figlio è sospeso dalle lezioni scolastiche a causa del loro comportamento.

Il disturbo da deficit e iperattività (ADHD). Le stime di prevalenza di questo disturbo, che compromette la relazione del bambino con i coetanei e con l'ambiente scolastico, vanno dal 3 al 10% dei bambini in età scolare, con un rapporto maschi/femmine valutato da 2:1 a 9:1. Secondo i risultati di una ricerca olandese, la spesa sanitaria annuale di un gruppo di 70 bambini con diagnosi di ADHD è 11 volte superiore rispetto a quella per bambini della stessa età non affetti da questo disturbo (€2.040 vs €177). La maggior quota di spesa è risultata associata ai periodi di ricovero ospedaliero, all'accesso agli ambulatori di salute mentale e alle visite pediatriche. Il costo corrispondente alla terapia farmacologica ha contribuito solo per il 13% della spesa totale. Per gli stessi genitori, la spesa sanitaria diretta totale si è mostrata significativamente superiore (€728 all'anno), rispetto a quella imposta ai familiari dei soggetti sani (€154 all'anno). Dal punto di vista lavorativo, inoltre, le madri dei soggetti affetti da ADHD hanno mostrato un numero maggiore di assenze dal lavoro (17,3 vs 6) per motivi di salute e un calo della produttività (5,1 vs 0).

La depressione in età evolutiva. Le stime di prevalenza variano, a seconda degli studi, tra lo 0,92% e l'8%, con una maggior frequenza in età adolescenziale soprattutto a carico del sesso femminile. Il costo economico dei disturbi depressivi in tutte le fasce di età è stato stimato pari a €235 per abitante nel 2004, pari a €118 miliardi nell'Ue 25 e nei paesi dell'Efta. Non esistono, al contrario, stime certe dei costi derivanti da questa patologia quando insorge in età evolutiva, soprattutto per quanto riguarda i costi indiretti. Una ricerca condotta negli Stati Uniti ha calcolato la spesa media sanitaria per bambino in un periodo di tre anni, in un campione di soggetti di età compresa fra 3 e 15 anni affetti da disturbo depressivo. Il costo diretto ottenuto, pari a \$ 6.688, è risultato notevolmente più alto rispetto ai soli \$ 160 per bambino del gruppo di controllo di bambini sani. I disturbi depressivi sono risultati più costosi delle altre psicopatologie, ad eccezione del disturbo della condotta.

L'analisi economica di altri disturbi mentali. I disturbi d'ansia raggiungono un tasso di prevalenza fino al 25% dei soggetti in età evolutiva. Uno studio olandese ha calcolato una spesa familiare annua media di €2.748, di cui il 23% dovuto alla

perdita di produttività lavorativa dei genitori e il 17% ai giorni di assenza da scuola. Ad un confronto con le famiglie di bambini sani, il carico economico è risultato 21 volte superiore.

In merito all'*abuso di sostanze* come droghe e alcol, una ricerca inglese ha calcolato che la spesa pubblica associata all'abuso di droghe supera, in un anno, i 12 milioni di sterline, ripartiti tra il 22% della spesa sanitaria (per lo più a carico dei servizi di cura delle dipendenze) e il 78% delle spese derivanti dalle attività criminali correlate (soprattutto furti di vario genere).

Uno studio pilota sui *disturbi pervasivi dello sviluppo*, tra cui l'autismo, ha evidenziato come ben il 50% della spesa sociale ricada sulle famiglie dei bambini affetti, con un costo settimanale di £ 855.

Scheda 11

LE BUONE PRASSI NEGLI OSPEDALI PER I BAMBINI

I numeri dei ricoveri. Nel 2005 sono stati ricoverati più di un milione di bambini e adolescenti fino a 14 anni (1.198.429), dei quali circa il 13% (686.073) aveva meno di un anno. Si tratta comunque di un numero di ricoveri ordinari che è in diminuzione rispetto al 2004 (1.223.174) e al 2003 (1.213.535).

Riguardo ai dati relativi ai ricoveri in Day Hospital si riscontra la tendenza opposta: dal 2003 ad oggi il numero di ricoveri giornalieri di bambini di età inferiore a 14 anni è aumentato di circa il 23%, passando dai 373.119 ricoveri del 2003 ai 416.109 del 2005. Ciò supporta la pratica, sempre più diffusa, di evitare, quando possibile, la permanenza in ospedale, prediligendo formule di ricovero giornaliero. Anche nell'anno 2007 si rileva la stessa tendenza osservata per l'anno 2005: i ricoveri ospedalieri complessivi nel corso del 2007 sono diminuiti rispetto agli anni precedenti in tutte le tipologie: acuti, riabilitazione, lungodegenza.

Stress... da ospedalizzazione. La patologia che più frequentemente si associa a un'esperienza altamente stressante è definita "Disturbo Post-Traumatico da Stress" e viene spesso rilevata anche nelle situazioni di ospedalizzazione. Nei lattanti la reazione si manifesta principalmente su un piano somatico, con possibili alterazioni nell'alimentazione e nei ritmi sonno-veglia. I bambini in età prescolare manifestano generalmente paure generalizzate, come ansia da separazione dai genitori, timore degli sconosciuti e disturbi del sonno. Sono particolarmente diffusi i cosiddetti comportamenti regressivi, che sono tipici di fasi evolutive precedenti e che si ripresentano nonostante il bambino li avesse già abbandonati (succhiarsi il pollice, bagnare il letto, aver paura del buio, ecc.). Nei bambini in età scolare possono emergere nuove paure, quelle già presenti possono intensificarsi, alcune già superate possono riattualizzarsi. I bambini possono sentirsi indifesi e vulnerabili. Negli adolescenti la reazione agli eventi stressanti è, invece, molto più simile a quella degli adulti anche se con alcune differenze. In particolare, può presentarsi associata a depressione, abuso di sostanze, disturbi alimentari (anoressia/bulimia); spesso, inoltre, compaiono comportamenti impulsivi e aggressivi.

... e le paure. La paura del dolore è facilmente riscontrabile nei bambini tra i 6 e i 12 anni, ma anche la paura dell'abbandono (più evidente in situazioni di ricovero, nei bambini al di sotto dei 7 anni, ma si può presentare anche fino ai 12-13 anni), o la paura del dottore e della morte.

Gli adolescenti possono presentare invece la paura di mostrarsi deboli (mostrarsi spaventati, fragili, o manifestare reazioni "infantili" come il pianto)

oppure quella di mostrare il proprio corpo o dell'essere sfigurati (rimanere "segnati per sempre" o "sfigurati" da qualche procedura medica/intervento, di non poter più godere della autonomia e dell'integrità corporea) e la paura di morire (dovuta a un fraintendimento della propria condizione fisica).

Fattori di rischio e fattori protettivi. Per quanto riguarda i bambini, tra i fattori di rischio che possono aumentare le loro paure e preoccupazioni ci sono: una precedente esposizione a eventi stressanti (lutti); immaturità nella percezione (eventi del tutto innocui possono risultare per un bambino estremamente ansiogeni); il persistere di convinzioni errate e distorte ("non guarirò mai" o "sono qui in ospedale perché sono stato cattivo"); l'isolamento rispetto alla rete familiare e amicale; l'impossibilità di mantenere le proprie abitudini; esposizione continua alla visione di sangue, ferite o persone in gravi condizioni di salute.

Positive relazioni con gli altri, socievolezza, abilità comunicative, capacità di problem solving sono utili nel superamento positivo di un'esperienza stressante e rientrano tra i fattori protettivi. A questi vanno aggiunti i genitori, i familiari, gli amici, gli insegnanti, gli operatori e i volontari presenti nel contesto ospedaliero che contribuiscono ad aiutare il bambino a far fronte allo stress.

Le buone prassi. Una visita al Pronto Soccorso, così come l'esperienza del ricovero possono rappresentare un evento traumatico dal punto di vista psicologico. L'ospedale deve garantire ad ogni bambino non solo il diritto alle prestazioni mediche più adeguate, ma anche il diritto ad un percorso di cura che non incida sul suo sviluppo psicoaffettivo, proteggendolo da traumi e sofferenze inutili.

Nel superare un'esperienza dolorosa e stressante il genitore ha un ruolo fondamentale. In particolare, può aiutare il bambino a valutare e interpretare l'esperienza che sta vivendo, correggere eventuali errori nella percezione della situazione, gestire le proprie emozioni.

Tutte le strutture ospedaliere per bambini e adolescenti dovrebbero essere, quindi, adeguatamente strutturate per favorire la permanenza del bambino all'interno dell'ospedale.

Scheda 12

IL RUOLO DELLA PEDIATRIA NELLA GESTIONE IN EMERGENZA DELL'ABUSO¹

Abuso minorile: fenomeno sommerso e in continua crescita. In una revisione del National Pediatric Trauma Registry, dal 1988 al 1997, sono stati messi a confronto i traumi accidentali con quelli non accidentali in bambini di età inferiore ai 5 anni: è risultato che l'età delle vittime di abusi si è abbassata (12.8 mesi vs 27.5 mesi); più spesso sono stati riscontrati precedenti problemi di tipo medico (nascita prematura, vecchie fratture, emorragie subdurali, emorragie retiniche). L'episodio si è verificato, con maggior frequenza, in casa o in residenze private (88,4% vs 54,9%). Le vittime presentano traumi toracici (12,5% vs 4,5%), addominali (11,4% vs 6,8%), intracranici (68% vs 23%), ferite multiple e più frequenti ricoveri in terapia intensiva. Sono, inoltre, gravate da una più alta mortalità. Altre statistiche americane evidenziano come i traumi provocati siano la principale causa di morte in bambini con età inferiore ad 1 anno: nel 97% dei casi il responsabile è una persona conosciuta dalla vittima e nel 77% dei casi è un parente. Si tratta, di solito, di persone di sesso maschile (padre biologico, nuovo compagno della madre) e, in misura minore, di persone di sesso femminile (baby sitter, madre).

Quanto la dimensione del fenomeno sia realmente sommersa è dimostrato, seppure in modo parziale, dall'esame dei referti del Pronto Soccorso ginecologico del Policlinico Umberto I di Roma relativi ai casi di violenza sessuale su minore (dal 2002 ad oggi); "solo" 15 i casi registrati. Le vittime sono tutte di sesso femminile, tra i 2 e 17 anni (età media 9 anni), prevalentemente di nazionalità italiana (12 su 15). In 10 casi su 15 il responsabile dell'abuso è un familiare (padre, zio, o, o, comunque un conoscente (personale della scuola, coetaneo, amico di famiglia).

Vittime e carnefici. Di solito il minore vittima di abusi presenta determinate caratteristiche come età solitamente inferiore ai 4 anni, iperattività con comportamento provocatorio, bambino adottato; bambino "diverso/difficile". Tra i fattori legati all'adulto-carnefice: difficoltà economiche; sindromi depressive; gravidanze indesiderate; problemi coniugali; genitore non biologico; abuso di alcol e droghe; carattere violento; precedenti penali; aver subito violenza da bambino.

¹ La presente scheda è stata redatta dalla dr.ssa Valeria Tromba, Dirigente medico di I° livello, U.O.C. Pediatria d'Emergenza e Terapia Intensiva Pediatrica, Azienda Policlinico Umberto I, Roma.

Le forme di abuso. Il trauma cranico è la causa più frequente di mortalità e morbidità nella popolazione pediatrica. L'abuso fisico è una delle principali cause di trauma cranico severo dell'infanzia e può essere fatale. Spesso, ma non sempre, il danno non accidentale ha una presentazione clinica ed una prognosi peggiore del trauma accidentale. Benché più rari rispetto a quelli accidentali, i traumi cranici provocati sono particolarmente frequenti nei bambini di età inferiore ai 2 anni e presentano la più alta prevalenza di sequele neurologiche, quali ritardo mentale e invalidità. La mortalità varia dal 12,5% al 4% e l'*outcome* clinico di questi pazienti è peggiore rispetto ai coetanei affetti da traumi accidentali. Ematomi subdurali ed emorragie subaracnoidee sono i reperti più frequenti nei bambini vittime di abusi; sono rispettivamente presenti nel

46% e nel 31% di tutti i traumi non accidentali contro il 10% e l'8% di quelli accidentali. In particolare, nei bambini di età inferiore ai 2 anni, l'ematoma sottodurale è presente nel 69% dei traumi non accidentali contro il 7% dei traumi accidentali. I traumi addominali riguardano il 2-5% dei casi di abuso fisico; sono però gravati da un'alta mortalità, soprattutto legata al ritardo con cui il bambino viene condotto all'attenzione del medico. Anche alcune caratteristiche delle ustioni possono far nascere il sospetto di maltrattamento così come il rilevamento ad una radiografia di fratture multiple in stadi differenti di guarigione, talora eseguita per motivi diversi, deve far nascere il sospetto di abuso.

ALTE e violenza sessuale: altre due forme di abuso. Nel 1997, Southall e collaboratori riportarono che la maggior parte dei bambini (84%) condotti in Pronto Soccorso per un sospetto episodio di ALTE (Apparent Life Threatening Event) avevano subito un abuso, di solito un tentativo di soffocamento, di asfissia, spesso suggerito dalla presenza di petecchie sul viso o sul collo, o una compressione del torace, oppure una Shaken Syndrome. Invece la diagnosi di abuso sessuale è complessa in quanto si basa sia su segni 'fisici che psicologici e va valutata nel contesto familiare e sociale del bambino. Secondo i dati forniti dalla Direzione Centrale Anticriminale della Polizia di Stato-Servizio Centrale Operativo- Divisione Analisi, nel 2005, in Italia, su 692 casi di abuso sessuale nel 77,7% dei casi (538) la relazione tra il minore e la vittima è intraspecifica. In particolare, nel 37,5% dei casi (258) l'autore è un componente della famiglia nucleare, nel 33,2% dei casi (230) è un conoscente. Sono invece di natura intraspecifica il 22,3% dei casi (154) di abuso.

Scheda 13

QUELL'OSCURO OGGETTO DEL DESIDERIO: IL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI TRA I GIOVANISSIMI

Droga: un mercato esente da crisi. Secondo la Direzione centrale dei servizi antidroga del Viminale, l'Italia è tra i primi paesi europei per consumo di cocaina e al secondo posto (dopo la Gran Bretagna) per consumo di eroina. Nel 2007, i decessi per droga in Italia sono aumentati del 6% rispetto al 2006: da 551 a 589. Il maggior numero di decessi si registra in Campania (112), seguita dal Lazio (105). Le cause più frequenti, dopo l'eroina, sono Lsd, ecstasy, mix di anfetamine. 171.771 (il 74% dei quali per abuso di oppiacei) è il numero di tossicodipendenti in trattamento nei Sert nel 2007. In aumento, inoltre, la popolazione in trattamento per problemi legati al consumo di cocaina: più di 3 abitanti ogni 10.000 sono in cura per dipendenza da questa sostanza (con picchi in Lombardia, Emilia Romagna, Lazio e Campania), ma anche nelle regioni meridionali l'utenza è in aumento (Quinto Rapporto Osservasalute, 2007).

Vecchie e nuove droghe: dall'eroina alle smart drugs alle droghe sonore. Se fino alla metà degli anni Ottanta i consumatori problematici di stupefacenti, in Italia, erano principalmente gli assuntori di eroina ed oppiacei, nel 1987 iniziano a diffondersi, soprattutto nelle fasce più giovani, le droghe sintetiche così come il numero dei consumatori di cannabinoidi è andato costantemente aumentando fino al 2004. Su 100 consumatori problematici in carico ai Sert, 20 sono oggi consumatori di cannabis. Nel 2007, i sequestri di droghe sintetiche hanno conosciuto un'impennata: +193,67%, per un totale di 393.457 pasticche sequestrate, il maggior numero delle quali in Lombardia (213.802). La droga sintetica più nota, l'ecstasy, provoca solo in Italia decine di morti. Per quanto riguarda le cosiddette droghe furbe, conosciute anche come la *cocaina dei poveri*, secondo le stime il fatturato derivante dal commercio delle "smart-drugs" ammonta ormai ad un miliardo di dollari l'anno (ISS). I consumi di droghe etniche e di droghe ottenute da miscugli chimici sono in aumento del 500% e l'offerta è in costante crescita (Ministero dell'Interno, 2007). A confermarlo i dati: il 51% degli studenti ritiene facile o piuttosto facile reperire droga in breve tempo (Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, anno 2007). Le droghe non sono facilmente reperibili per i ragazzi solo in discoteca o per strada, ma anche a scuola (specie la cannabis). Il 12% degli studenti afferma di poter trovare con facilità l'eroina, il 5,7% gli stimolanti, il 4% gli allucinogeni, il 26% la cannabis. In aggiunta allo spaccio comune, Internet rappresenta da qualche anno a questa parte un canale di

facilitazione per il consumo di sostanze stupefacenti, facilmente accessibile anche ai giovanissimi. Una delle più recenti novità nell'ambito del commercio degli stupefacenti è costituita dalle cosiddette "droghe sonore". Nonostante non siano ancora disponibili studi scientifici che attestino in modo certo ed esauriente la dannosità e gli effetti delle cyber-droghe, è già chiara la loro diffusione. Infatti per fruire delle "droghe sonore" è sufficiente collegarsi in Rete ad alcuni siti contenenti file scaricabili ed esistono già centinaia di siti dedicati a queste droghe che ospitano opinioni, dibattiti, segnalazioni e consigli e persino guide pratiche all'uso per ottenere i risultati più efficaci.

Il consumo di droghe? Un'emergenza giovanile. Secondo l'indagine ESPAD-Italia, nel 2007, uno dei dati più eclatanti relativamente agli ultimi anni è l'aumento esponenziale dei consumatori di cocaina, specie fra i giovani e fra le donne. La cocaina è stata provata almeno una volta dal 6,3% del campione, nell'ultimo anno dal 4,2%, nell'ultimo mese dal 2%, frequentemente dallo 0,4%. Per la cocaina sembra prevalere il consumo "esplorativo" rispetto a quello regolare. Il dato non deve però essere considerato rassicurante, poiché l'uso sporadico di cocaina si rivela spesso molto pericoloso, con un'alta incidenza di morti per overdose. All'aumentare dell'età dei ragazzi sale il numero dei consumatori.

Il consumo di cannabis e cocaina da parte dei giovani di 15-19 anni risulta stabile; in aumento, invece, l'uso di stimolanti e, in misura minore, di allucinogeni. Il 2,2% degli studenti ha provato l'eroina almeno una volta nella vita. Il consumo frequente di eroina è ammesso da circa un sesto di coloro che l'hanno sperimentata (0,4%). Per l'eroina si registra la maggiore continuità d'uso da parte di coloro che sono venuti a contatto con la sostanza almeno una volta. Per la cannabis si registra la più alta percentuale di ragazzi che l'hanno sperimentata almeno una volta nella vita (29,2%), ma sono molti anche quelli che riferiscono il consumo nell'ultimo anno (23%); il 14,6% ne ha fatto uso negli ultimi 30 giorni, il 2,7% quotidianamente. Gli stimolanti (anfetamine, ecstasy, ghb, ecc.) sono stati provati dal 4,7% del campione e lo 0,6% riferisce di farne uso frequente. Dati simili si ottengono per gli allucinogeni: il 4,4% ne ha fatto uso almeno una volta nella vita, il 2,7% nell'ultimo anno e lo 0,4% frequentemente. Sebbene il consumo rimanga in prevalenza appannaggio maschile, maschi e femmine risultano vicini nell'uso di droghe soprattutto in età adolescenziale.

Alcuni indicatori per comprendere il fenomeno. La "Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia nel 2007" evidenzia come per il consumo di cannabis si verificano differenze di atteggiamento significative in relazione all'età dei soggetti, diversamente da quanto accade per eroina e cocaina. I più giovani (15-24 anni) sono infatti molto meno critici degli adulti: il 61% dei maschi e il 67% delle femmine disapprovano l'uso di cannabis, a fronte di un ben più elevato 93% e 92% dei 55-64enni. Per quanto concerne gli studenti (15-19 anni), il 55% dei maschi ed il 66% delle femmine disapprovano l'uso di cannabis. Ciò significa che quasi la metà dei ragazzi e un terzo delle ragazze non esprimono condanna verso questa sostanza. La droga più stigmatizzata è l'eroina (dal 76% dei maschi e dall'85% delle femmine); segue, con percentuali molto simili, la cocaina

(74% e 84%). Anche se la maggioranza degli studenti (74,9%) afferma di considerare rischioso il consumo di sostanze stupefacenti, i valori si differenziano per le diverse sostanze. La pericolosità dell'eroina è percepita dal 76% dei maschi e dall'82% delle femmine; quella della cocaina rispettivamente dal 70% e dal 76%; quella della cannabis dal 58% e dal 65%.

Una nuova tendenza: il policonsumo. Circa un terzo dei consumatori di droghe usa sostanze diverse per potenziare gli effetti o per compensare le conseguenze dell'una o dell'altra droga. Il 91% dei soggetti che hanno consumato eroina nell'ultimo anno ha anche assunto alcol, così come il 94,7% degli assuntori di cocaina ed il 93% dei consumatori di cannabis. Il consumo di sostanze stupefacenti illegali è in relazione anche col consumo di tabacco. Tra i ragazzi che nell'ultimo anno hanno fatto uso almeno di una sostanza psicoattiva illegale (il 24% del campione), il 76% dichiara di aver consumato solo una sostanza, il 12% due sostanze, il 12% tre. Fra i consumatori di cocaina, in particolare, solo il 12,6% fa uso esclusivo di questa sostanza. I consumatori di cannabis, al contrario, nella larga maggioranza (85,3%) non consumano altre sostanze stupefacenti.

Alcol: quando bere diventa una moda. Tutte le ricerche concordano nel rilevare che i bevitori fra gli 11 ed i 18 anni negli ultimi anni sono aumentati vertiginosamente. Secondo l'ISS sono 770.000 i giovani sotto i 16 anni che consumano alcol. Il 75% dei giovani beve il sabato sera: il 35,7% da 1 a 2 bicchieri, il 27,8% da 3 a 5 bicchieri, il 19% dai 6 bicchieri in su. Il sabato beve l'83% dei ragazzi dai 16 ai 18 anni, il 67% di quelli dai 13 ai 15, il 66,7% di quelli dai 19 ai 24. Il 20% si ubriaca durante il fine settimana. Benché in Italia sia vietato vendere alcolici a chi ha meno di 16 anni, oggi i ragazzi iniziano sempre più spesso a bere alcolici già a 11 anni, contro una media europea che si attesta intorno ai 13 anni (Centro documentazione dell'Eurispes, 2008). La Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia (2007) riferisce che solo il 7% degli studenti e l'8% delle studentesse dai 15 ai 19 anni disapprovano il consumo di alcol. Più elevata la quota di ragazzi che percepiscono la dannosità dell'alcol: il 67,5% delle ragazze e il 55,4% dei ragazzi.

Ad ogni modo, il 91% dei 15-19enni afferma di aver bevuto alcolici almeno una volta nella vita, l'83,8% lo ha fatto nel corso dell'ultimo anno, il 68,1% nel corso dell'ultimo mese. Il 6,5% dei ragazzi riferisce un consumo quotidiano di alcol. I maschi bevono in media più delle loro coetanee.

I risultati della legge Fini-Giovanardi. Dal 4 agosto al 31 dicembre 2007 i controlli di Polizia e Carabinieri hanno rilevato 20.684 guidatori in stato di ebbrezza (+31,9% rispetto allo stesso periodo del 2006) e 2.049 sotto l'effetto di sostanze stupefacenti (+46%). Nel 2007 i controlli sui guidatori sono aumentati del 200% rispetto al 2006 (Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia).

Il consumo di sostanze stupefacenti tra i minori in carico ai Servizi della Giustizia Minorile. Nel corso del 2007 sono stati 997 (16% in più rispetto al 2006) i minori assuntori di stupefacenti. Sono in larga maggioranza di sesso maschile; l'età media è di 16,6 anni, con una prevalenza di ragazzi dai 16 ai 17 anni, e sono per il 75% di nazionalità italiana. Fra i reati a carico dei minori prevale la detenzione e lo

spaccio di sostanze stupefacenti (54%); al secondo posto i reati contro il patrimonio (42%). Le sostanze maggiormente assunte sono i cannabinoidi (77%), seguono la cocaina (10%) e gli oppiacei (9%). Significativo l'aumento, rispetto all'anno precedente, di consumatori di oppiacei (+40%) e di cannabinoidi (+21%). I ragazzi dai 14 ai 15 anni consumano nel 77% dei casi cannabinoidi, nel 9% cocaina, nell'8% oppiacei. Simile la situazione dei minori di 16-17 anni: l'81% consuma cannabinoidi, l'8% cocaina, l'8% oppiacei. Dai 18 anni in su la quota degli assuntori di cannabinoidi scende al 65%, di contro la cocaina raggiunge il 18% e gli oppiacei l'11%. Il 41% dei ragazzi fa uso di sostanze stupefacenti settimanalmente, il 34% quotidianamente, il 24% occasionalmente. La frequenza di consumo maggiore si registra per gli oppiacei, che registrano infatti la più alta percentuale di consumatori quotidiani (61%); i consumatori occasionali sono solo il 7%. Fra gli assuntori di cocaina prevale la frequenza settimanale (48%), ma quasi un terzo ne fa uso quotidianamente (32%), il 20% occasionalmente. Anche per i cannabinoidi l'abitudine prevalente è quella del consumo settimanale (41%), seguita da quello quotidiano (31%) e occasionale (28%). Per quanto riguarda il periodo di assunzione delle sostanze stupefacenti, in quasi un terzo dei casi (32%) esso va da 7 a 12 mesi, nel 28% da 1 a 6 mesi, nel 24% 2 anni, nel 9% 3 anni, nel 7% più di 3 anni. È in aumento il consumo in gruppo; il consumo "da solo" prevale per gli oppiacei (63,2%) e la cocaina (57,7%), al contrario i cannabinoidi vengono assunti prevalentemente in gruppo (68%).

I mutamenti dal 1991 al 2006 nel consumo tra i giovani segnalati per detenzione e consumo personale. Circa l'80% dei segnalati tra il 2000 ed il 2006 è un "consumatore occasionale" di sostanze stupefacenti. Prevalgono nettamente i maschi (circa il 90%), per lo più celibi o nubili che vivono con la famiglia d'origine (il 20% con un solo genitore). L'80% è stato segnalato per hashish e marijuana. L'età della prima assunzione di sostanze è compresa, in oltre la metà dei casi, tra i 14-18 anni, ma molti ammettono di aver avuto il primo contatto con alcol e droghe già a 11-12 anni. Dall'inizio degli anni Novanta il consumo di cannabinoidi fra i ragazzi di 14-25 anni è cresciuto, quando ancora il consumo di eroina era quello più diffuso. La quota di soggetti segnalati per hashish e marijuana è salita insieme a quella relativa alla cocaina, seppure in misura meno accentuata. Dal 1999 la cocaina ha raggiunto il secondo posto, prima occupato dall'eroina, fra le sostanze più consumate dai segnalati. Più di un terzo dei segnalati ammette la poliassunzione. Il consumo di sostanze coincide con l'abbandono scolastico e con le difficoltà relazionali. I soggetti esposti al maggior rischio di morte per overdose sono gli assuntori di oppiacei per via iniettiva; gli stessi sono anche a rischio di contagio da virus Hiv ed epatiti. Il decremento del numero dei tossicodipendenti che assumono eroina per via iniettiva è all'origine della diminuzione, rispetto ai primi anni Novanta, dei decessi per droga, anche fra i giovanissimi: infatti dal 1991 al 2006 si è passati da 51 ad 11 decessi nella fascia di età 15-19 anni; da 351 a 38 nella fascia di età 20-24 anni e da 584 a 80 nella fascia di età 25-29 anni.

Scheda 14**L'OBESITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA: CORRELATI PSICOSOCIALI E CONDOTTE ALIMENTARI IN UN CAMPIONE CLINICO¹**

Bambini over-size: un problema tutto italiano. La prevalenza di individui in sovrappeso o obesi in Europa varia tra il 10% ed il 36% nella popolazione di età compresa fra 7 e 11 anni e tra l'8% e il 23% in quella di età compresa tra 14 e 17 anni. L'Italia è il Paese europeo in cui la prevalenza di bambini e adolescenti in sovrappeso o obesi è massima. Circa un milione di bambini tra 6 e 11 anni hanno problemi di obesità o sovrappeso. Sono i risultati di una ricerca realizzata dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, condotta nelle scuole di 18 regioni italiane e che ha coinvolto circa 46mila bambini in 2.610 scuole elementari. Il sovrappeso è un fenomeno diffuso piuttosto omogeneamente sul territorio nazionale: con una media del 24% nelle varie regioni d'Italia. Sono stati rilevati tassi di obesità maggiori rispetto alla media nazionale (12%) al Sud soprattutto in Campania (21%), Sicilia (17%) e Calabria (16%), mentre i tassi più bassi si sono registrati in Sardegna (7%) e Friuli Venezia Giulia (4%). I fattori che incidono maggiormente su obesità e sovrappeso sono: le cattive abitudini alimentari, una prima colazione non adeguata (per il 28% dei bambini, mentre l'11% addirittura la salta), insufficiente attività fisica (1 bambino su 10 svolge attività fisica), e una scarsa consapevolezza del problema da parte dei genitori. Quattro mamme su dieci di bambini in sovrappeso non ritengono che il proprio figlio abbia un peso eccessivo.

Case study. Una ricerca effettuata su un campione di pazienti pediatriche obesi, giunti presso l'U.O. di Clinica Pediatrica dell'Università degli studi di Parma, ha indagato la presenza di eventuali indici di Eating disorders e caratteristiche psicologiche e sociali in 37 pazienti pediatriche obesi con un indice di massa corporea medio pari a 33,74 (i valori che indicano una condizione di normopeso sono compresi tra 18 e 24, mentre il range 24.06-47.90 indica sovrappeso e obesità). L'età media dei bambini era pari a 11,97 (range 6-17); il 54,1% maschi (20) ed il 45,9% femmine (17). I dati anamnestici, rilevati su parte dei familiari, mostrano che nell'83,3% (25) dei casi la gravidanza è stata a termine e nel 16,7% (5) pretermine; nell'83,3% (25) dei casi non vi sono state complicanze neonatali e nel 16,7% (5) vi sono state; nel 78,3% (18) dei casi non vi sono state segnalazioni ai servizi di NPI

¹ La presente scheda è stata redatta da Bernasconi S., Gugliotta M., Garini L., Scullino R., Sassi C. Dipartimento dell'Età Evolutiva, Università degli Studi di Parma.

per disturbi dello sviluppo e nel 21,7% (5) sì; vi è familiarità per l'obesità nel 82,8% (24) dei casi ed assenza nel 17,2% (5); l'età dell'incremento ponderale è compresa fra 1-4 anni nel 23% (7) dei casi; tra 5-7 anni nel 43% (13); maggiore a 7 anni nel 33% dei casi (10). Il 66,7% (20) ha riferito di non svolgere alcuna attività sportiva e il 33,3% (10) di svolgerla.

I bimbi obesi sono... Con i familiari e i bambini è stata condotta una intervista psicologica semi-strutturata, con l'obiettivo di rilevare la presenza di indicatori comportamentali di una sintomatologia depressiva nei bambini e la loro frequenza settimanale di comparsa nell'arco degli ultimi tre mesi.

Nella maggior parte dei casi i genitori non notano nei figli indicatori comportamentali di un umore depresso. I bambini sono descritti come: socievoli (92%), in grado di interagire con i coetanei (88%), non aggressivi (72%), non con basso tono dell'umore (84%), in grado di assumere iniziativa (76%), non con disturbi del sonno (84%), non con cattiva opinione di sé (88%), non inclini a preoccuparsi per il proprio futuro (92%). Una discreta percentuale di genitori rileva la presenza di irritabilità (52%), facile affaticamento (50%), mentre una discreta percentuale di genitori rileva difficoltà di concentrazione (36%). I punteggi dell'EDE-Q (Eating Disorders Examination) e delle sue sotto-scale (controllo, preoccupazioni per l'alimentazione, per il peso e per la forma) dimostrano che i valori medi nelle quattro sottoscale dell'EDE-Q sono superiori a quelli di un campione di controllo di bambini di peso normale, della stessa età. Circa la frequenza di comportamenti alimentari anomali (ad esempio abbuffate) e di forme devianti di controllo (ad esempio uso di diuretici), i pazienti obesi hanno riportato tali comportamenti in misura mediamente maggiore rispetto ai controlli. La differenza tra i due gruppi è risultata significativa in 3 su 4 dei comportamenti alimentari anomali indagati (episodi di binge eating, di bulimia oggettiva, di bulimia soggettiva); in 2 su 5 dei comportamenti devianti di controllo dell'alimentazione (l'uso di lassativi e di esercizio fisico strenuo). Per ciò che riguarda la qualità della vita (QoL) percepita dai genitori (proxy-report) e dai bambini (self-report), i punteggi di genitori e bambini risultano sufficientemente concordanti fra loro. L'area che appare meglio preservata è quella sociale; quella in cui è percepita la qualità della vita peggiore è, per i genitori, l'area fisica, per i bambini quella emotiva. Sia la qualità della vita percepita dai genitori sia quella dei bambini si differenzia significativamente rispetto a quella di un campione di controllo di coetanei normali. I bambini sembrano essere particolarmente dipendenti dalla figura materna e scarsamente in grado di esprimere le loro esigenze.

Scheda 15**I BAMBINI "INVISIBILI": I DIVERSAMENTE ABILI**

Quanti sono i diversamente abili in Italia? Non è facile quantificare il fenomeno della disabilità nel nostro Paese: infatti le metodologie utilizzate nelle statistiche ufficiali e i parametri di misura considerati sono, ad oggi, largamente diversificati se non addirittura superati. Infatti, l'“Indagine campionaria sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari” (Istat, 2004-2005) si basa ancora sulla classificazione ICIDH dell'Oms, attualmente superata dalla più recente classificazione ICF, e non prende nemmeno in considerazione i bambini al di sotto dei 6 anni. Pertanto, l'impossibilità di effettuare una stima significativa dei bambini disabili rende difficile l'attuazione di politiche di sostegno, di interventi di prevenzione o riabilitazione.

Il progetto Mhadie, che si colloca nell'ambito del dibattito relativo all'analisi della diffusione della disabilità, potrebbe favorire il superamento di questi limiti poiché, tra i diversi risultati conseguiti, ha fornito un significato corretto e univoco al termine “disabilità”, ha stabilito come «non sia tanto il grado di disabilità a creare “diversità” ma l'ambiente sociale nel quale vive il paziente»; e, in ultimo, ha definito le linee guida comuni per la pianificazione di politiche socio-sanitarie ed educative.

Come interviene la scuola. L'art. 40 della legge 449/1997 prevede che sia presente un insegnante di sostegno per ogni gruppo di 138 alunni frequentanti gli istituti scolastici statali di ogni provincia. Secondo i dati forniti dal Ministero della Pubblica Istruzione (relativi all'anno scolastico in corso), nella scuola dell'Infanzia è presente un insegnante di sostegno per un gruppo di quasi 226 alunni iscritti, quasi 88 alunni in più rispetto al numero previsto per legge. Il rapporto medio fra numero di insegnanti e alunni disabili è di 2,5 (ossia un insegnante di sostegno ogni 2,5 alunni disabili), anche se tale rapporto cresce ancora di più (fino a superare i 3 alunni per insegnante di sostegno) in alcune regioni, quali: Marche (3,7), Veneto (3,6), Emilia Romagna (3,6), Umbria (3,1) e Lazio (3).

Nella scuola Primaria, il rapporto stabilito dalla legge 40 viene apparentemente rispettato. Considerando il dato medio, infatti, il numero di alunni disabili per insegnante di sostegno è di quasi 135: tre alunni in meno, quindi, rispetto al numero stabilito. Analizzando la situazione nelle altre regioni, tale numero è decisamente superato: Veneto (184), Umbria (181), Emilia Romagna (174), Friuli Venezia Giulia (173), Marche (173), Lombardia (172), Toscana (162) e Molise (150).

Come interviene lo Stato: i benefici economici. Sono diverse le forme di previdenza per i minori disabili previste dall'Inps. Fino ai 18 anni, è prevista una

indennità di frequenza pari a circa 246 euro; mentre l'indennità di accompagnamento, sia per i minori disabili sia per gli invalidi non autosufficienti (senza limiti di età), è di 465 euro circa. Ai sordomuti, anche in questo caso senza riferimento all'età, viene versata una "indennità di comunicazione" pari a 233 euro.

I benefici economici previsti per i minori non vedenti si diversificano secondo il tipo di cecità: per i ciechi assoluti l'indennità di accompagnamento è di 733,41 euro, senza limiti di reddito personale; per i ciechi ventesimisti parziali (ossia coloro che hanno un residuo visivo non superiore a un ventesimo in entrambi gli occhi) è prevista, invece, una pensione pari a 246,73 euro, ma solo per le persone con reddito non superiore a 14.466,57 euro. Fa riflettere, tuttavia, la disparità di indennità concessa alle due categorie di non vedenti: 733 euro circa, senza alcun limite di reddito, per i ciechi assoluti contro i 247 euro circa previsti per i ciechi parziali il cui reddito, inoltre, non superi 14mila euro. Per i ciechi ventesimisti il cui reddito personale superi i 14.466,57 vi è, comunque, la possibilità di percepire un'indennità speciale di 172,86 euro. Per i ciechi diecimisti (ossia coloro che hanno un residuo visivo compreso tra un decimo e un ventesimo in entrambi gli occhi) è previsto un assegno vitalizio di 183,10 euro, ma solo per coloro il cui reddito non superi i 6.955 euro l'anno; va precisato che l'assegno vitalizio è stato abolito, ma continua ad essere pagato a chi in precedenza ne aveva diritto.

Scheda 16

GIOVANI TRA DEPRESSIONE E NICHILISMO

Suicidi, alcol e droga e drunkorexia: c'è anche questo. I dati relativi ai suicidi in Italia mostrano come l'incidenza del fenomeno sul totale della popolazione registri un vero e proprio salto tra la fascia d'età compresa tra i 14 e i 17 anni con 25 decessi e quella dei 18-24enni con ben 128 decessi e un incremento percentuale corrispondente al 412%. Si evidenzia quindi una particolare fragilità in questa fascia d'età e in modo rilevante per ciò che riguarda la popolazione maschile con 111 suicidi rispetto ai 17 della popolazione femminile. I dati sottostimano il fenomeno, in quanto non sempre i suicidi vengono classificati come tali. Anche per i tentativi di suicidio si evidenzia un salto rilevante tra la fascia d'età compresa tra 14-17 anni con 78 tentativi (20 per la popolazione maschile e 58 per quella femminile) e quella compresa tra 18-24 anni con 297 casi. Per quest'ultima fascia d'età si evidenzia un'uniformità tra la popolazione maschile e quella femminile, rispettivamente 147 e 150 tentativi di suicidio. Ogni anno vengono a mancare mediamente circa 130 persone e oltre 300 sono i tentativi senza esito. Senza considerare che circa il 40% delle persone che hanno tentato il suicidio una volta tenta nuovamente di togliersi la vita. Il suicidio è tra le principali cause di mortalità tra i giovani al di sotto dei 25 anni. Particolarmente insidiose sono poi le abitudini legate ai consumi di droga. Nel 2007 il consumo di droghe ottenute da miscugli chimici è aumentato del 500%. Inoltre i sequestri di droghe sintetiche hanno conosciuto un'impennata: +193,67%, per un totale di 393.457 pasticche sequestrate. Negli ultimi anni è aumentato fortemente anche il consumo di alcolici tra giovani e giovanissimi, che assumono anche più di cinque dosi di alcolici di seguito (binge drinking): un'abitudine diffusa tra il 47% dei maschi e il 32% delle femmine tra i 15 e i 19 anni. È stato osservato inoltre un nuovo fenomeno che negli Stati Uniti va sotto il nome di "drunkorexia": ragazze anoressiche che per consumare alcol, compensano la sua assunzione facendo ulteriori rinunce durante i pasti.

Giovani sull'orlo di una crisi... culturale. La crisi di senso e il nichilismo rappresentati dal disinteresse, dalla noia, dalle difficoltà comunicative non si possono attribuire solo e semplicemente all'età adolescenziale, né sono forme di ribellione o derive dell'epoca moderna. Sono piuttosto campanelli d'allarme di una crisi culturale sempre più in difficoltà nel trasmettere ai giovani i valori, le passioni, la conoscenza o, per meglio dire, la voglia di vivere.

I cambiamenti che hanno coinvolto in generale la società e anche i giovani: sono emerse esigenze, stili di vita e abitudini che non vengono sempre compresi

dagli adulti. Il sentire che i ragazzi comunicano, talvolta attraverso espressioni violente e insofferenti, è il risultato di ciò che respirano, dell'epoca che vivono. In un mondo in cui spesso si parla solo di autoaffermazione nel lavoro, di successo e di profitto, sarà più difficile aspettarsi che i giovani perseguano altri obiettivi o maturino altri sogni. Le difficoltà che i giovani incontrano nell'affrontare la realtà che li circonda trovano molteplici espressioni, alcune delle quali sconfinano in comportamenti autodistruttivi che spesso mettono in gioco la vita o la loro integrità fisica.

Il ritorno alla famiglia. Le carriere lavorative dei genitori e gli interessi dei figli diminuiscono l'effettivo tempo a disposizione della famiglia, sia da parte dei figli che dei genitori. Crescere è automatico: ciò che non è automatico è la formazione dell'individuo, della personalità. I problemi che i giovani affrontano sono sempre diversi, e risulta sempre prezioso e apprezzato, l'esempio che le figure genitoriali rappresentano. Ma oggi questi rapporti, in gran parte dei casi, si marginalizzano, in molti casi relegati a frammenti di tempo. In aggiunta a ciò, oltre che alla parcellizzazione formale della famiglia attraverso separazioni e divorzi, si assiste alla polverizzazione degli interessi dei diversi individui all'interno del nucleo familiare stesso. È determinante, invece, il tempo che si trascorre insieme con i figli, riuscire a capirli e a seguirli. Sembra di osservare nella famiglia esistenze separate che scorrono in parallelo, che riducono all'essenziale e all'urgenza le occasioni di interazione e che lasciano sempre meno spazio all'ascolto e alle manifestazioni di affetto. L'ascolto dei bambini e degli adolescenti ha invece bisogno di tempo trascorso insieme e non può essere evocato a comando in determinati momenti. Per famiglia dunque si intendono la capacità di ascolto, la capacità di comprendere i bisogni di un bambino/di un adolescente, la capacità di offrire cure e affetto, la capacità di monitorare e accompagnare un individuo in formazione.

Si tratta di una presenza capace di stabilire una giusta distanza con i ragazzi, che consenta di conoscerli, ma lasci loro anche uno spazio d'azione nel quale scoprire e misurare se stessi, confrontarsi con i coetanei e osservare il mondo, che, nel giro di poco tempo, sarà lo scenario in cui si muoveranno. Le nuove generazioni possono rappresentare una forza nuova, portatrice di cambiamento e di innovazioni solo ed esclusivamente se la società per prima sarà capace di offrire modelli di riferimento e di educazione che possano gettare le premesse a tutto questo.