



Ministero della Salute

Ufficio Legislativo

Camera dei Deputati

Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza

Audizione del Sig. Ministro della salute, On. Beatrice Lorenzin, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla tutela della salute psicofisica dei minori

28 febbraio 2017, ore 13,30

Signora Presidente, Onorevoli Colleghi, vi ringrazio sentitamente per l'opportunità che mi date, con il vostro invito, di fornire il mio contributo su un tema tanto delicato e di grande rilievo sociale, quale quello della tutela della salute dei minori, con particolare riguardo a tutti gli aspetti della salute psicofisica degli stessi.

La centralità del tema, e la grande attenzione che ho voluto dedicare allo stesso, fin dalla mia nomina a Ministro della salute, è confermata dalla circostanza che esso costituisce, anche per l'anno in corso, una specifica priorità delle politiche sanitarie.

Gli impegni assunti con la Dichiarazione di Minsk dell'ottobre 2015, sottoscritta da tutti i Ministri della Salute della Regione Europea dell'OMS, sono stati, infatti, da me ricordati nell'atto di indirizzo per l'anno 2017, che assegna, in questo ambito, un ruolo fondamentale alle azioni preventive che dovranno essere precoci, appropriate ai periodi di transizione della vita e sinergiche, cioè portate avanti attraverso strategie intersettoriali e trasversali in cui coinvolgere le istituzioni, centrali e locali, e la società civile.

Vogliamo rivolgere una particolare attenzione ai primi 1000 giorni di vita, cioè dal concepimento ai due anni di età, nella convinzione che gli interventi preventivi o curativi, realizzati con tempestività in questa primissima finestra temporale, portino a risultati di salute positivi a breve, medio e lungo termine.

Sappiamo, infatti, che l'esposizione a fattori di rischio ambientali, sia dal punto di vista fisico che psicosociale, in questa finestra iniziale della vita, può influire pesantemente sul neurosviluppo della persona, con modifiche anche permanenti che possono coinvolgere l'apparato riproduttivo, il sistema endocrino-metabolico e persino l'architettura cerebrale. La conoscenza di tali meccanismi epigenetici e dei principali fattori di rischio, oltre che di quelli protettivi, e dei loro meccanismi d'azione nei primi 1000

giorni, diventa, quindi, una priorità di salute pubblica ed è per questo che ho voluto istituire un tavolo multidisciplinare di esperti che sta lavorando alla produzione di un documento di indirizzo che dovrà focalizzare l'attenzione sui principali fattori di rischio e sulle azioni preventive utili ed efficaci a minimizzare i rischi.

In quest'ottica, merita un'attenzione particolare la tutela della salute preconcezionale, cioè del periodo che precede il concepimento e la gravidanza, e che rappresenta un fattore determinante per un normale decorso della gravidanza e per un normale sviluppo fetale; è proprio questo il periodo in cui si può intervenire precocemente contribuendo a migliorare la salute materna e infantile a breve e a lungo termine.

Già prima della gravidanza, infatti, vanno rafforzati i più generali fattori protettivi (stili di vita, alimentazione adeguata compreso il supplemento di folati, eliminazione dell'alcool, del fumo e di tutte le altre sostanze d'abuso, promozione dell'attività fisica, ecc.) ed occorre effettuare l'immunizzazione contro alcune malattie infettive pericolose in gravidanza, come ad esempio la rosolia; **bisogna, poi, evitare eventuali esposizioni ambientali, lavorative o domestiche, nocive, per alcune delle quali è già prevista una disciplina (pensate, ad esempio, all'obbligo di astenersi dal lavoro in gravidanza previsto per le donne che svolgono professioni esposte a radiazioni o alla recente indicazione di evitare viaggi in zone a rischio infezione Zika, virus che può portare microcefalia), per l'individuazione di altre, sta proprio lavorando il tavolo di**

esperti, cui ho fatto riferimento più sopra; vanno, infine, identificati eventuali altri fattori di rischio relativi a specifiche patologie nella storia familiare e personale, ed eseguiti alcuni esami di laboratorio.

Ecco perché nei nuovi LEA, il cui Decreto di aggiornamento (DPCM 12 gennaio 2017) è prossimo alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, è stata data un'attenzione particolare al periodo preconcezionale (articolo 24: Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie e alle famiglie), e sono state, inoltre, aggiornate le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità (articolo 59).

In tema di prevenzione della salute del neonato non si possono non menzionare, per la loro fondamentale importanza, gli **screening neonatali**: uno degli strumenti più avanzati della pediatria preventiva. Fino ad oggi, lo screening neonatale era obbligatorio per tre sole malattie (l'ipotiroidismo congenito, la fibrosi cistica e la fenilchetonuria), mentre quello allargato o esteso era stato attuato solo in poche regioni italiane, per diagnosticare oltre 40 malattie.

I **nuovi LEA**, in attuazione della legge n. 167/2016, prevedono, all'**art.38 comma 2**, diversi screening neonatali, incluso quello per le malattie metaboliche ereditarie; sarà così possibile dare avvio allo **screening neonatale** su tutti i neonati con modalità uniformi e per una stessa lista di patologie, con conseguenti vantaggi per la salute dei bambini.

Anche il **Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018** fissa obiettivi prioritari in tema di tutela della salute dei minori, tenuto conto che i comportamenti non salutari si instaurano spesso già durante l'infanzia e l'adolescenza; ecco perché il nuovo PNP 2014-2018 individua la scuola come luogo privilegiato per la promozione della salute, in cui affrontare i fattori di rischio comportamentali in modo trasversale e integrato nei percorsi formativi esistenti, per favorire lo sviluppo di competenze e conoscenze che facilitino le scelte di salute. Tra i 73 Obiettivi del Piano ben 10 riguardano i minori, e sono finalizzati, in particolare: all'aumento del numero di bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese; all'esecuzione di *screening* audiologici e oftalmologici neonatali nei punti nascita; al potenziamento dell'empowerment per l'adozione di comportamenti sani e la prevenzione delle dipendenze da sostanze d'abuso; alla promozione del benessere mentale e all'identificazione tempestiva dei soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale; all'aumento dei soggetti con comportamenti corretti alla guida, in particolare l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza per adulti e bambini; all'aumento della copertura vaccinale.

In questi ultimi anni, è andata consolidandosi la collaborazione con il mondo della scuola; al proposito, ricordo che il Ministero della Salute e il MIUR hanno sottoscritto, il 2 aprile 2015, il 1 Protocollo d'Intesa "*Per la tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione*": esso si propone di migliorare, coordinare e agevolare

le attività di competenza dei rispettivi Dicasteri garantendo l'integrazione degli interventi per la tutela e la promozione della salute e del benessere psicofisico di bambini, alunni e studenti, nonché per l'inclusione scolastica nei casi di disabilità e disturbi evolutivi specifici. Nell'ambito di tale Protocollo vengono sviluppate, in particolare, le seguenti attività di interesse comune:

a) promuovere l'offerta di iniziative di educazione alla salute rivolte a bambini e adolescenti, anche attraverso il coinvolgimento dei servizi e dei professionisti sanitari del territorio e delle famiglie, privilegiando metodologie di "*peer education*" e "*life skill education*" (queste ultime, secondo la definizione OMS, sono metodiche che si basano sul potenziamento di abilità che mettono in grado un individuo di adottare strategie efficaci per affrontare i diversi problemi della vita quotidiana e rappresentano un approccio volto ad accrescere il ruolo attivo degli individui nella promozione della salute e della prevenzione, oltre a favorire l'adozione di comportamenti per proteggere se stessi e per promuovere buone relazioni sociali. I metodi usati per facilitarne l'apprendimento sono, sempre secondo le indicazioni dell'OMS: la partecipazione attiva, l'assunzione di responsabilità, l'educazione tra pari, le discussioni e i lavori di gruppo); iniziative, queste ultime, volte: alla promozione di corretti stili di vita con particolare riguardo ad attività fisica, alimentazione e promozione della salute orale; alla prevenzione delle dipendenze da sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali; alla

promozione della cultura delle vaccinazioni; alla promozione di una corretta relazione di genere, attraverso interventi sulle tematiche dell'affettività;

b) promuovere e sostenere iniziative mirate a garantire la presa in carico globale di bambini, alunni e studenti con disabilità e con disturbi evolutivi specifici, assicurandone l'inclusione scolastica;

c) sostenere il sistema nazionale di sorveglianza finalizzato a monitorare alcuni aspetti della salute dei bambini e degli adolescenti riguardo ai principali fattori di rischio comportamentali e ad alcuni parametri antropometrici e nutrizionali nel rispetto della regionalizzazione del sistema sanitario e dell'autonomia scolastica.

Quanto all'attuazione delle iniziative previste da tale Protocollo, va detto che tutte le Regioni hanno programmato e stanno realizzando, già nell'anno scolastico in corso, numerose iniziative che proseguiranno anche nel prossimo anno scolastico. In alcune regioni (Lombardia, Piemonte e Marche) è, peraltro, già presente una ben sviluppata rete di scuole che promuovono la salute e che hanno realizzato una vera e propria pianificazione degli interventi. Entro il 31 marzo di quest'anno, le Regioni forniranno, attraverso la rendicontazione degli indicatori sentinella adottati per i diversi obiettivi, le informazioni sullo stato di avanzamento dei propri piani di prevenzione regionali.

Passando all'ambito dell'assistenza in età pediatrica e adolescenziale, segnalo che, dal mese di dicembre dello scorso anno, è all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni il documento

“Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico - adolescenziale”, per una moderna assistenza basata sui principi di:

- ✓ equità/facilità di accesso,
- ✓ appropriatezza, clinica ed organizzativa,
- ✓ qualità e sicurezza,
- ✓ integrazione tra territorio e ospedale, sviluppo di tutte le professionalità sanitarie,
- ✓ coinvolgimento delle comunità

Nel documento, sono previste dieci linee d'intervento che riguardano, in particolare:

1. misure di politica sanitaria per l'integrazione dell'assistenza pediatrica
2. criteri e standard per l'assistenza pediatrica
- 3. hospice e terapia del dolore**
4. assistenza al bambino con malattie croniche complesse e malattie rare _
5. assistenza neuropsichiatrica in eta' evolutiva
6. riabilitazione in eta' evolutiva
7. formazione degli operatori
8. carta dei servizi e volontariato

9. monitoraggio e verifica delle attività

10. istituzione di una funzione di coordinamento permanente per l'assistenza in area pediatrico-adolescenziale.

Ogni linea affronta diverse tematiche tenendo conto anche della fase della **transizione dalle cure pediatriche alla medicina dell'adulto che a tutt'oggi appare ancora frammentata**. La transizione è un processo multidimensionale e multidisciplinare, finalizzato non solo alle necessità di cura della persona nel passaggio dalla pediatria alla medicina dell'adulto, ma anche delle sue esigenze psico-sociali, educative e professionali. Si tratta dunque di un delicato processo dinamico incentrato sulla persona, effettuato secondo linee guida orientate alle esigenze di ogni singolo individuo. Il passaggio dalle cure pediatriche alla medicina dell'adulto rappresenta, infatti, una forte criticità che condiziona, in particolare, gli ospedali, chiamati ad affrontare la cronicità e le disabilità più complesse.

Passo ora alle novità introdotte **in tema di riabilitazione** dal decreto di aggiornamento dei nuovi LEA, evidenziando, da subito, come sia stata dedicata molta attenzione all'attività di individuazione precoce e proattiva del disturbo e alla presa in carico, alla riabilitazione, all'assistenza e all'integrazione socio-sanitaria delle persone con disabilità, con un decisivo passo avanti rispetto alla disciplina in vigore fino a oggi.

Un'attenzione che è resa ancora più evidente dal fatto che i nuovi LEA garantiscono, come avrò modo di dire meglio più avanti, la fornitura di protesi, ortesi e ausili tecnologici del tutto nuovi e finalmente rispondenti alle esigenze dei minori affetti da queste patologie.

Voglio precisare che i nuovi LEA già operano un'esplicita distinzione tra le attività e prestazioni destinate ai minori e quelle destinate agli adulti, con riferimento ai servizi di neuropsichiatria infantile, fino a oggi totalmente privi di specifica evidenza nell'ambito del SSN; **per le altre prestazioni di riabilitazione, Vi rassicuro che ho già dato indicazioni alla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA di esplicitare questa distinzione che ritengo di fondamentale importanza.**

Passando alla specifica area socio-sanitaria (domiciliare e ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale), gli elementi fondamentali dell'assistenza ai disabili (artt. 27 e 30 del decreto) sono rappresentati dalla valutazione diagnostica multidisciplinare (effettuata tramite strumenti standardizzati e scientificamente validati); dalla definizione di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato, in collaborazione con la persona e la sua famiglia; dalla realizzazione del programma attraverso l'erogazione di tutte le prestazioni necessarie eseguite mediante "metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche".

Nel corso del programma, in base alle specifiche necessità, è assicurata la gestione delle problematiche mediche specialistiche. Se infatti, la disabilità deriva da (o si accompagna a) specifiche problematiche cliniche, è garantita la presenza del medico o del personale sanitario per gestire direttamente tali problematiche o fornire ai familiari e al *caregiver* gli strumenti per fare fronte direttamente alle necessità più frequenti o riconoscere le urgenze; in particolare, mi riferisco al trattamento di supporto psicologico o psicoterapeutico per la gestione del disagio psicologico che si accompagna alla disabilità, specie in alcune fasi della vita, sia nella persona disabile sia nei familiari; al training e al sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi (l'uso delle protesi e degli ausili richiede, infatti, specifiche abilità, sia da parte del disabile sia da parte dei familiari, tanto maggiori quanto più sofisticate sono le tecnologie impiegate nella costruzione dell'ausilio: è necessario, pertanto, che il disabile e il *caregiver* abbiano la possibilità di imparare perfettamente le modalità del loro uso).

Vengono, poi, garantiti i trattamenti specificamente abilitativi e riabilitativi, intensivi (almeno tre ore al giorno) ed estensivi (almeno un'ora al giorno) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia in tutti gli aspetti della vita.

Al proposito, permettetemi di replicare, senza spirito di polemica, ad una critica che è stata mossa al riguardo: è evidente che i nuovi LEA non potessero specificare il metodo riabilitativo o la tecnica riconosciuta più efficace per una specifica disabilità; la discussione su quale sia la tecnica migliore deve svolgersi in ambito scientifico e la risposta può variare nel corso del tempo con l'evoluzione delle conoscenze. La mancanza di un riferimento esplicito nel nuovo Decreto LEA non può, però, diventare un alibi per i servizi sanitari, pubblici e privati accreditati, per non offrire i trattamenti "basati sulle più avanzate evidenze scientifiche".

Segnalo, ancora, che nei nuovi LEA una particolare attenzione è dedicata agli interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana: non possiamo dimenticare, infatti, che l'obiettivo principale di ogni intervento nei confronti della persona con disabilità, soprattutto del minore, è la conquista della massima autonomia possibile, innanzitutto nella gestione della propria vita quotidiana e delle attività di base. Naturalmente, le "attività di base" si differenziano a seconda se si tratta di un bambino, di un adolescente, di un adulto o di un anziano, ma identico è l'obiettivo: la conquista della propria autonomia.

L'importanza e l'attenzione riservate al tema della disabilità dei minori sono evidenziate dall'aggiornamento del Nomenclatore delle protesi, ortesi e ausili tecnologici.

Questo tema mi offre l'opportunità di condividere con Voi due riflessioni: la prima è che mentre per la popolazione adulta l'assistenza protesica è riservata alle persone con una disabilità grave e permanente, riconosciuta dalle Commissioni mediche per l'invalidità civile, **i minori di anni 18, invece, hanno diritto alla fornitura di una protesi, un'ortesi o un ausilio anche per la prevenzione di una disabilità grave.**

La seconda riflessione, invece, riguarda lo sforzo compiuto per aggiornare l'elenco dei dispositivi inclusi nel nomenclatore, con l'inserimento di prodotti, su misura e di serie, di elevata tecnologia e di forte significato per la conquista dell'autonomia; tra questi ricordo l'introduzione di nuovi ausili informatici di comunicazione e di controllo ambientale (tra i quali i comunicatori a sintesi vocale o a *display*, i sensori di comando, i sistemi di riconoscimento vocale) per tutti i disabili con gravi o gravissime difficoltà di movimento o di comunicazione, gli ausili per la mobilità personale (sollevatori mobili e fissi che consentono ai *caregiver* di spostare i disabili con maggiore facilità per esigenze di igiene personale o per il trasferimento in altri ambienti, ecc.), ausili per la cura e l'adattamento della casa (stoviglie adattate, maniglie e braccioli di supporto per favorire l'autonomia nelle attività di vita quotidiana legate all'alimentazione, agli spostamenti, ecc), apparecchi acustici di ultima generazione per le persone con sordità preverbale e periverbale, ecc. **(al proposito, specifica attenzione è stata dedicata**

all'individuazione delle caratteristiche degli apparecchi destinati ai minori).

Non meno rilevanti sono le novità introdotte dai nuovi LEA in materia di assistenza ai disabili, nelle altre aree assistenziali.

In particolare, per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale, nell'area della medicina fisica e riabilitazione sono state ridefinite ed elencate tutte le prestazioni di "valutazione" della disabilità, indispensabili per costruire un adeguato programma riabilitativo (ricordo, a titolo esemplificativo, la "Valutazione del livello di autonomia nelle attività di vita domestica e aree di vita principale" oppure la "Valutazione del livello di autonomia nella cura della propria persona", ecc). Di conseguenza sono state ridefinite ed elencate tutte le prestazioni di "rieducazione" (rieducazione motoria in disabilità complesse, rieducazione motoria mediante apparecchi di assistenza robotizzati ad alta tecnologia, rieducazione del linguaggio, delle funzioni mentali globali, delle funzioni mentali specifiche, rieducazione individuale alle attività della vita quotidiana, ecc.). Tutte le prestazioni indicano la durata minima del trattamento e il numero minimo utile di sedute.

Per quanto concerne l'esenzione dal pagamento del ticket, il provvedimento individua le categorie di malati cronici destinatarie di queste specifiche tutele. Per i minori, in particolare, oltre a quelli affetti da specifiche malattie croniche o rare, si prevede l'esenzione totale per tutti i "soggetti nati con condizione di grave deficit fisico, sensoriale e neuropsichico", per i "neonati prematuri e immaturi e i

neonati a termine con ricovero in terapia intensiva neonatale” o per i “soggetti affetti da pluripatologie che abbiano determinato grave e irreversibile compromissione di più organi e/o apparati e riduzione dell’autonomia personale correlata all’età”.

Ritengo opportuno, infine, segnalare che, nell’ambito dell’assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie, il SSN garantisce, tra l’altro, consulenza e assistenza a favore degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche; prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi; psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo); supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio; prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale

Fatta questa panoramica sulle tutele previste in favore dei minori dal decreto sui nuovi LEA e proseguendo nella illustrazione delle iniziative che sul tema sono state intraprese dal Ministero, non posso non ricordare il **“Piano nazionale della Cronicità”**, approvato con Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nel settembre 2016.

Il documento, che nasce dall’esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, individua un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una

migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Sono stati approfonditi, in particolare, alcuni aspetti della cronicità pediatrica, che includono: a) il continuo cambiamento dei bisogni nelle differenti fasi della crescita; b) la possibilità che malattia e/o disabilità possano ritardare, talora in modo irreversibile, il normale sviluppo; c) la necessità di favorire l'inserimento in comunità ludiche, ricreative e scolastiche, quale aspetto importante dell'intervento assistenziale; d) la dipendenza del bambino dagli adulti e quindi dalle competenze e dallo stato sociale ed economico della famiglia.

In particolare, il Piano individua le seguenti macroattività: 1) la continuità assistenziale del bambino con cronicità; 2) il ruolo delle famiglie; 3) gli ambiti relazionali specifici per l'età (scuola, sport, socialità); 4) il passaggio dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto. Per ciascuna vengono proposti obiettivi, specifiche linee di intervento e risultati attesi.

Vengo adesso ad un altro tema di grande rilevanza ed in grado di incidere sulla salute psicofisica dei minori; mi riferisco ai disturbi dello Spettro Autistico, vale a dire un gruppo eterogeneo di gravi Disturbi del Neurosviluppo che comporta un elevato carico sanitario, sociale ed economico: sono questi, disturbi ad elevata complessità che, nella maggior parte dei casi, accompagnano l'individuo per tutta la durata della vita e che possono

compromettere i delicati processi tipici dell'età evolutiva e determinare disabilità.

La consapevolezza della complessità del fenomeno dell'autismo, con tutte le sue implicazioni sulla tenuta del tessuto familiare e le ricadute di ordine sociale, ha richiesto un impegno urgente e concreto da parte delle Istituzioni, centrali e regionali, in stretto raccordo con le Associazioni dei familiari.

Proprio tali considerazioni e l'esigenza di dare, appunto, sostegno a questi interventi hanno portato il Ministero ad elaborare, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità ed in raccordo con le Regioni, una Linea di Indirizzo che si configura come un vero e proprio Piano di Azioni per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi nel settore. Mi riferisco alle *"Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico"* approvato come Accordo nella seduta della Conferenza Unificata del 22 novembre 2012, e pienamente operativo in quanto già recepito dalla maggior parte delle Regioni.

In particolare, il Piano fornisce indicazioni omogenee per la programmazione, attuazione e verifica dell'attività per i minori e adulti affetti da autismo, per consolidare la rete dei servizi e migliorarne le prestazioni, favorendo il raccordo e il coordinamento tra tutte le aree operative coinvolte.

Per meglio supportare l'applicazione del Piano Autismo, il Ministero ha chiesto all'Istituto Superiore di Sanità di avviare nel 2013, in raccordo con gli Assessorati alla Sanità regionali, una "indagine conoscitiva sulla rete dei servizi che operano sul territorio nazionale" a favore delle persone con Disturbi dello Spettro Autistico e delle famiglie, al fine di creare una mappa dinamica dell'esistente ed offrire così un quadro aggiornato dell'offerta, da cui partire per una caratterizzazione epidemiologica del fenomeno e della risposta assistenziale, finalizzata anche ad orientare meglio le strategie di programmazione sociosanitaria nazionale, regionale e locale.

Il tema dell'autismo è stato inserito anche tra le priorità del *"Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale"* (PANSM), approvato in Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013, proprio per la necessità di integrare i diversi approcci istituzionali, organizzativi e clinici al problema, che è di natura complessa, ed anche per garantire la continuità della cura nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta.

Nell'ambito delle azioni programmatiche per la tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza, il Piano raccomanda gli interventi precoci e tempestivi nei confronti dei disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia di età 15-21 anni), anche attraverso l'elaborazione di progetti sperimentali che prevedano la creazione di équipe integrate, dedicate alla prevenzione e alla presa in carico precoce.

Un ulteriore impegno in questa direzione, al fine di favorire l'importanza della promozione e del potenziamento della ricerca in questa area è certamente il finanziamento dedicato dal Ministero nell'ambito del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) e della Ricerca Finalizzata.

Mi riferisco, in particolare, al sostegno del **Progetto di Rete** "Italian Autism Spectrum Disorders Network: filling the gaps in the National Health System care" presentato nell'ambito del Bando Ricerca Finalizzata 2013, interamente dedicato alla diagnosi e intervento precoce dei Disturbi dello Spettro Autistico; e al **Progetto finanziato con i fondi CCM 2012** dal titolo "Network Italiano per il riconoscimento precoce dei Disturbi dello Spettro Autistico (NIDA)", mirato all'istituzione di un network italiano per l'individuazione precoce di atipicità evolutive in una popolazione a rischio di Disturbi dello Spettro Autistico, per prevenire o moderare le successive anomalie socio-comunicative e comportamentali.

Tale Network è costituito dai più importanti Centri clinici e di ricerca italiani coinvolti in progetti nazionali ed europei finalizzati alla diagnosi precoce dei Disturbi dello Spettro Autistico.

Ancora in ambito di individuazione precoce dei Disturbi del Neurosviluppo, con particolare riguardo ai Disturbi dello Spettro Autistico, il Ministero ha finanziato, nel 2015, un Progetto finalizzato alla costituzione di un **Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio dei Disturbi dello Spettro Autistico**". Obiettivi specifici sono la stima di prevalenza dei Disturbi dello Spettro

Autistico a livello nazionale e la costituzione di una rete di pediatria-neuropsichiatria infantile per l'individuazione precoce dei Disturbi del Neurosviluppo con particolare riguardo ai Disturbi dello Spettro Autistico.

Desidero ricordare, inoltre, come recenti specifiche disposizioni di legge si siano occupate dell'autismo, a dimostrazione della grande attenzione riservata al tema.

Mi riferisco, innanzitutto, alla *Legge 18 agosto 2015, n. 134* "Disposizioni in materia di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da autismo e di assistenza alle famiglie", che prevede una serie di adempimenti tra i quali, per quanto riguarda il Ministero della salute: "l'aggiornamento delle Linee di Indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi pervasivi dello sviluppo, con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico" e la promozione di progetti di ricerca riguardanti la conoscenza del disturbo dello spettro autistico.

Successivamente, la *Legge 28 dicembre 2015, n. 208* (Legge di Stabilità per l'anno 2016), all'art.1, comma 402, ha previsto "al fine di garantire la compiuta attuazione della Legge 18 agosto 2015, n.134, l'istituzione nello stato di previsione del Ministero della salute del **Fondo per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico, con una dotazione di 5 milioni di euro** annui a decorrere dall'anno 2016 e la predisposizione di un *Decreto Ministeriale* volto a stabilire i criteri e le modalità di utilizzo di tale Fondo; il decreto è

stato recentemente approvato in Conferenza Unificata il 22 dicembre 2016.

Sempre sul tema, Vi anticipo che si sta provvedendo alla costituzione della Cabina di Regia, prevista nell'Intesa acquisita in Conferenza Unificata, che sarà operativa entro due settimane e che avrà il compito di coordinare tutte le iniziative finalizzate a dare piena attuazione alle nuove disposizioni legislative.

Continua, pertanto, e continuerà, anche in futuro, l'impegno del Ministero, e mio personale, sul tema dell'autismo, e più in generale dei Disturbi del Neurosviluppo, perché possa diventare realtà il sogno che un bambino, affetto dalla sindrome di Asperger, ha voluto descrivere con questi bellissimi versi con la lettura dei quali voglio chiudere questo mio intervento:

Sono strano, io sono originale.

Sogno di un giorno in cui sarà tutto ok.