

Ottobre 2021



## La condizione dell'infanzia nel mondo 2021

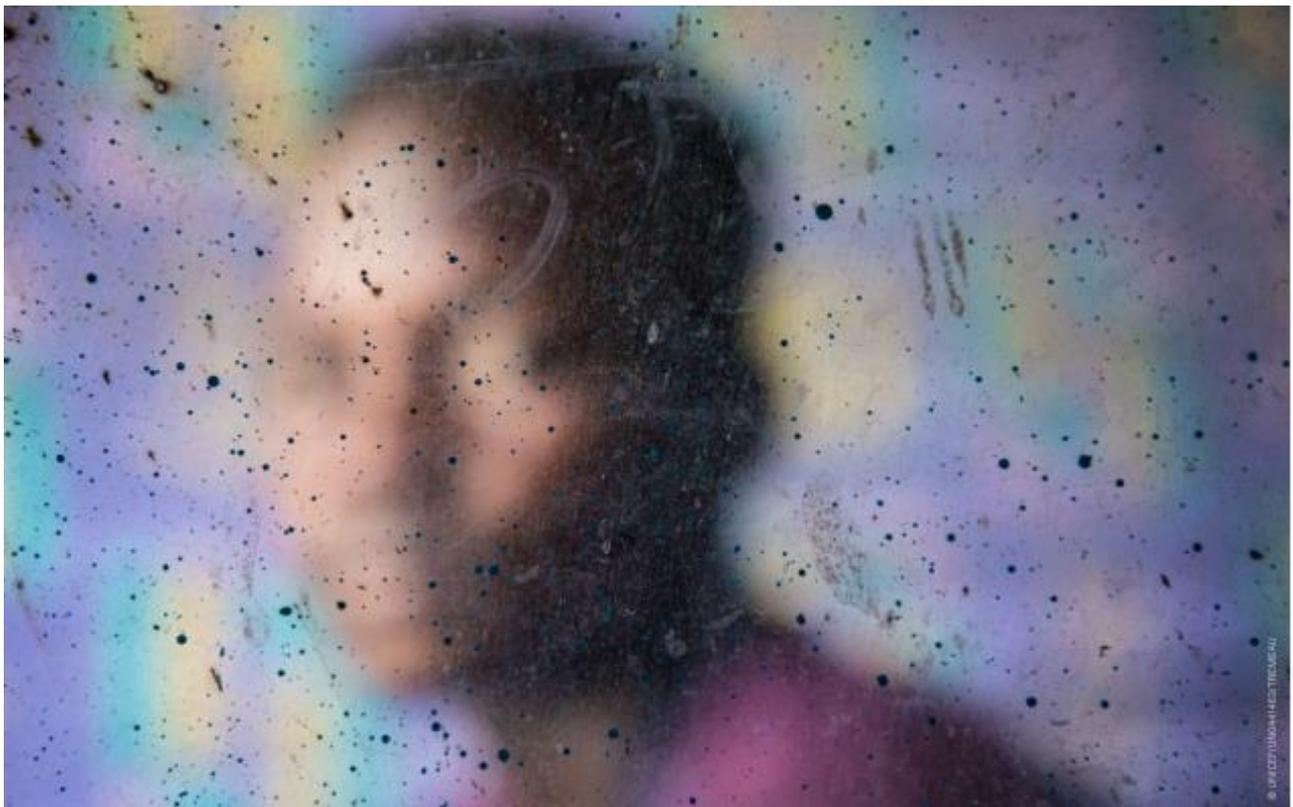
### **NELLA MIA MENTE: PROMUOVERE, TUTELARE E SOSTENERE LA SALUTE MENTALE DEI BAMBINI E DEI GIOVANI**

(sintesi, versione integrale su [www.unicef.org/sowc](http://www.unicef.org/sowc))

## Introduzione: salute mentale al centro

*La pandemia COVID-19 ha sconvolto il nostro mondo, innescando una crisi globale senza precedenti. Ha suscitato una serie di preoccupazioni sulla salute mentale dei bambini dei giovani e delle loro famiglie e ha dimostrato come gli eventi del mondo intorno a noi possono influenzare il mondo dentro la nostra testa. Ma la pandemia offre anche opportunità per ricostruire una realtà migliore. Rappresenta un'occasione unica per impegnarsi, comunicare e agire per promuovere, tutelare e supportare la salute mentale di un'intera generazione.*

Incertezza. Solitudine. Dolore.



Quando la pandemia di coronavirus si è diffusa nel mondo nel 2019, queste potenti emozioni hanno pervaso la vita di milioni di bambini, giovani e famiglie. Soprattutto nei primi tempi, molti esperti temevano che potessero perdurare e danneggiare la salute mentale di una generazione.<sup>i</sup> In realtà, saranno necessari anni prima di poter veramente valutare l'impatto del COVID-19 sulla nostra salute mentale. Perché, anche se il virus risulta meno contagioso, l'impatto economico e sociale della pandemia peserà a lungo su quei genitori che pensavano di aver superato i momenti peggiori, ma che, ancora una volta, si ritrovano a lottare per sfamare i propri figli; sui ragazzi che rimangono indietro a scuola dopo mesi di discontinuità nell'apprendimento e sulle ragazze che l'abbandonano per lavorare nelle fattorie o nelle fabbriche. Le conseguenze della pandemia incombono sulle aspirazioni e sulle aspettative di reddito di una generazione che non ha potuto ricevere un'istruzione continuativa.<sup>ii</sup> In effetti, il rischio è che gli strascichi di questa pandemia si ripercuotano sulla felicità e il benessere di bambini, adolescenti e delle persone che si prendono cura di loro per gli anni a venire - rischiando di compromettere le basi stesse della salute mentale. Perché se la pandemia ci ha insegnato qualcosa, è che la nostra salute mentale è profondamente influenzata dal mondo che ci circonda. Lo stato di salute mentale di un bambino o adolescente non riguarda semplicemente ciò che accade nella mente di ognuno, ma risente fortemente delle circostanze - le

esperienze con i genitori e con chi si prende cura di loro, le connessioni che si creano con gli amici e le opportunità di gioco, apprendimento e crescita. La salute mentale è anche il riflesso di fattori come povertà, conflitti, malattie e della possibilità di beneficiare di determinate opportunità. Se la correlazione tra questi fattori non era chiara prima della pandemia, certamente non lo sarà neppure adesso.

## Una sfida sottovalutata

In effetti, quello che abbiamo imparato è che la salute mentale è una risorsa positiva: è ciò che permette a una bambina di crescere sana con l'amore e il sostegno della sua famiglia, condividendo gli alti e bassi della vita quotidiana. È ciò che permette a un adolescente di parlare e ridere con i suoi amici, di offrire e cercare conforto nei momenti più difficili. È ciò che permette a una giovane donna di dare uno scopo alla propria vita e avere la fiducia in se necessaria per accettare e affrontare le sfide. È ciò che permette a una madre o un padre di sostenere la salute emotiva, il benessere, il legame e l'attaccamento del loro bambino. Lo stretto legame tra salute e benessere mentale e fisico e l'importante ruolo che la salute mentale ha nel determinare i successi o gli insuccessi della vita vengono sempre più riconosciuti, a partire dagli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, che affermano come la salute mentale sia un presupposto fondamentale per un mondo sano e prospero. L'accordo, ratificato dagli stati membri delle Nazioni Unite, attribuisce alla promozione e tutela della salute e del benessere mentale un ruolo di primo piano nell'agenda per lo sviluppo globale. Eppure, i governi e le società investono ancora troppo poco nella **promozione, tutela e sostegno** della salute mentale di bambini, giovani e di chi si occupa di loro. In alcuni dei paesi più poveri del mondo, i governi spendono meno di 1 dollaro pro capite per **curare** i problemi di salute mentale e anche nei paesi a reddito medio-alto questa cifra si aggira intorno ai tre dollari. Si tratta di cifre decisamente insufficienti per trattare i disturbi mentali di bambini, adolescenti e di chi si occupa di loro - in particolare di coloro con problematiche particolarmente gravi. Il prezzo che paghiamo per questa mancanza di impegno è elevatissimo - circa 387,2 miliardi di dollari all'anno, secondo i calcoli effettuati ai fini del presente rapporto da David McDaid e Sara Evans-Lacko, del Dipartimento di politica sanitaria della London School of Economics and Political Science. Si tratta di 387,2 miliardi di dollari di potenziale umano perso che potrebbe invece contribuire alle economie nazionali. Il costo in termini di impatto sulla vita reale, tuttavia, è incalcolabile. È evidente nelle famiglie, nelle scuole e nelle comunità in cui avvengono casi di suicidio - la quarta causa di morte tra i giovani dai 15 ai 19 anni.<sup>iii</sup> Ogni anno, quasi 46.000 bambini e adolescenti tra i 10 e i 19 anni si tolgono la vita - circa uno ogni undici minuti.<sup>iv</sup> È evidente nelle sfide che gli adolescenti affetti da disturbi mentali (1 su 7, secondo le stime) devono affrontare nella loro vita quotidiana. In particolare, per i ragazzi dai 15 ai 19 anni, il costo può essere calcolato sulla base degli anni di vita persi per disabilità e morte prematura a causa dei problemi di salute mentale - a livello globale, sono più di 2.336 gli anni di vita corretti per la disabilità (DALYS) ogni 100.000 abitanti.<sup>v</sup> È evidente nella voce dei giovani che raccontano le proprie esperienze di depressione, ansia e disagio generalizzato, che spesso non diventano un vero e proprio disturbo. Per questa edizione de *La condizione dell'infanzia nel mondo 2021*, l'UNICEF ha collaborato con i ricercatori del Global Early Adolescent Study della Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health per dare voce ad alcuni di queste adolescenti. In un gruppo di discussione per ragazzi dai 15 ai 19 anni in Giamaica, una ragazza ha dichiarato che, a suo avviso, tutti attraversano periodi di lieve depressione che deriva dalla difficoltà di scoprire "chi siamo davvero". Il problema, ha continuato, è che questi sentimenti possono essere "rafforzati o alimentati" dalle esperienze che si vivono nel mondo esterno. "Penso che tutto inizi da lì", ha detto. "Che questo tipo di sentimenti o emozioni diventino gravi quando vengono trascurate". In Egitto, in un gruppo di discussione per ragazzi della stessa fascia d'età, una ragazza ha affermato chiaramente che trascurare i problemi di salute mentale - o, come ha detto lei, "un senso di stanchezza psicologica" - influenzi il futuro dei giovani. "Significa sentire di non riuscire a vivere la vita ed essere incapaci di fare qualunque cosa". "Anche se sei ambizioso, non sarai in grado di realizzare le tue ambizioni perché ti senti completamente sconfitto a livello psicologico".

## La parola degli adolescenti

Quando si tratta di salute mentale, è necessario ascoltare le esperienze, le preoccupazioni e le idee dei bambini e degli adolescenti.

Ecco perché l'UNICEF ha collaborato con i ricercatori del Global Early Adolescent Study della Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHU) ospitando gruppi di confronto sulla salute e il benessere mentale. Il progetto è stato supportato da Wellcome Trust.

Da febbraio a giugno 2021, i partner locali hanno facilitato le discussioni di gruppi di adolescenti dai 10 ai 14 anni e dai 15 ai 19 anni in Belgio, Cile, Cina, Repubblica Democratica del Congo, Egitto, Indonesia, Giamaica, Giordania, Kenya, Malawi, Svezia, Svizzera e Stati Uniti. Le discussioni hanno seguito una guida sviluppata da UNICEF, JHU e dai partner locali.

I dati qualitativi emersi da questi incontri, disponibili su richiesta, sono stati codificati utilizzando l'analisi tematica di tipo induttivo e perfezionati durante il processo di analisi dei dati. Tutte le sedi in cui si sono svolte le discussioni dei gruppi hanno ottenuto l'approvazione dell'Institutional Review Board (IRB) locale.

La *condizione dell'infanzia nel mondo 2021* include i dati qualitativi emersi da queste discussioni e le affermazioni di alcuni degli adolescenti che vi hanno preso parte. In futuro, sarà pubblicata una relazione di accompagnamento più dettagliata delle discussioni.

## Voci inascoltate

I giovani sostenitori dell'importanza della salute mentale, tra cui i collaboratori e i consulenti che hanno contribuito a questo rapporto, hanno coraggiosamente richiesto maggiore attenzione alla salute mentale in diversi contesti in tutto il mondo. Alcuni hanno raccontato le proprie esperienze relative a salute e benessere mentale, le sfide affrontate da amici e coetanei e la necessità di garantire a bambini e adolescenti un aiuto adeguato. Non sono soli. Un sondaggio condotto da Gallup per l'UNICEF a livello mondiale rivela che la grande maggioranza dei giovani e degli anziani in numerosi paesi - in genere circa 4 persone su 5 - crede che nessuno dovrebbe affrontare da solo i problemi di salute mentale, ritenendo invece che la soluzione migliore sia quella di condividere le esperienze e cercare sostegno.

## Pronti a chiedere aiuto?

Secondo un sondaggio condotto da UNICEF e Gallup in 21 paesi nella prima metà del 2021, i giovani credono fermamente che sia meglio cercare aiuto da altre persone piuttosto che affrontarli da soli.

In media, l'83% dei giovani (dai 15 ai 24 anni) ha convenuto che sia meglio affrontare i problemi di salute mentale condividendo le proprie esperienze con gli altri e cercando sostegno; al contrario, solo il 15% ritiene che tali problemi siano personali e vadano affrontati da soli.<sup>1</sup>

**Percentuale media di individui in 21 paesi che ritengono che condividere le proprie esperienze con altre persone e cercare sostegno sia il modo migliore per affrontare i problemi di salute mentale:**

	Giovani tra i 15 e i 24 anni	Adulti (40+)
<i>Condividere le esperienze personali</i>	<b>83</b>	<b>82</b>

<sup>1</sup> Nell'ambito del Changing Childhood Project, tra febbraio e giugno 2021 Gallup ha condotto interviste telefoniche su oltre 20.000 persone in 21 paesi, divise in due gruppi di popolazione distinti - persone di età compresa tra i 15 e i 24 anni e persone dai 40 anni in su. Il margine di errore medio è stato calcolato al 6,7% per il gruppo di età più giovane e al 6,4% per il gruppo più adulto. I dettagli completi della metodologia e dei metodi di ricerca utilizzati saranno inclusi nel prossimo rapporto *Changing Childhood* dell'UNICEF.

con altri individui e cercare sostegno è il modo migliore per affrontare i problemi di salute mentale		
La salute mentale è una questione personale che è meglio affrontare da soli	15	17

**Fonte:**  
*Changing  
 Childhood*  
 [in via di

pubblicazione].

Tra i 21 paesi, l'India è stata l'unica eccezione, con il 41% dei giovani a favore della condivisione.

Nel complesso, l'atteggiamento nei riguardi della salute mentale differisce relativamente poco tra le due generazioni: nei 21 paesi, circa 4 adulti su 5 (dai 40 anni in su) sostengono l'opzione della condivisione. Tuttavia, in alcuni paesi le differenze sono state più marcate: sebbene la maggioranza dei giovani e degli adulti fosse a favore della condivisione in Giappone, Germania e Ucraina, c'è un divario di almeno 14 punti tra i due gruppi di età. Questi dati spingono a domandarsi come gli atteggiamenti verso la salute mentale possano variare tra le generazioni ed evolversi nel tempo nelle diverse parti del mondo.

*I risultati completi di The Changing Childhood Project saranno pubblicati in un rapporto UNICEF a novembre 2021.*



### Ti senti giù?

Secondo un sondaggio condotto da UNICEF e Gallup in 21 paesi nella prima metà del 2021, in media 1 giovane su 5 (il 19%) ha riferito di sentirsi spesso depresso o di non avere voglia di fare niente. La proporzione varia da quasi 1 su 3 in Camerun a 1 su 10 in Etiopia e Giappone.<sup>2</sup>

### Percentuale di giovani tra i 15 e i 24 anni che riferiscono di sentirsi spesso depressi o di non avere voglia di fare niente:

Camerun	32
Mali	31
Indonesia	29
Zimbabwe	27

<sup>2</sup> Nell'ambito del progetto Changing Childhood, tra febbraio e giugno 2021 Gallup ha condotto interviste telefoniche su oltre 20.000 persone in 21 paesi, divise in due gruppi di popolazione distinti - persone di età compresa tra i 15 e i 24 anni e persone dai 40 anni in su. Il margine di errore medio è stato calcolato al 6,7% per il gruppo di età più giovane e al 6,4% per il gruppo più adulto. I dettagli completi della metodologia e dei metodi di ricerca utilizzati saranno inclusi nel prossimo rapporto *Changing Childhood* dell'UNICEF.

Francia	24
Germania	24
Stati Uniti	24
Brasile	22
Libano	21
Regno Unito	20
Argentina	19
Kenya	19
Peru	16
Bangladesh	14
India	14
Marocco	14
Nigeria	14
Ucraina	12
Spagna	11
Etiopia	10
Giappone	10

**Mediana tra i 21 paesi 19**

**Fonte:** *Changing Childhood*

In un momento di grande preoccupazione per la salute mentale dei giovani come quello della pandemia di COVID-19, i risultati forniscono un quadro interessante dei sentimenti *più profondi* dei giovani. È importante notare, tuttavia, che questi numeri rappresentano solo le percezioni dei giovani, non una diagnosi di depressione da parte di esperti del settore. Si basano inoltre su una singola domanda e non sulle domande multiple utilizzate nelle ricerche dedicate alla salute mentale e pertanto non possono fornire stime esaurienti della prevalenza. Infine, dal momento che non sono disponibili stime comparabili relative al periodo precedente la pandemia, non è possibile considerare questi dati come un riflesso dell'impatto della pandemia sulla salute mentale dei giovani.

La mancanza di una regolare raccolta dati e di attività di monitoraggio periodiche si traduce in un quadro dello stato di salute mentale dei giovani e dei loro bisogni estremamente limitato nella maggior parte dei paesi. Ciò costituisce un grave ostacolo alla cura della salute mentale e allo sviluppo di politiche pertinenti.



Eppure, milioni di persone in tutto il mondo non hanno nessuno con cui parlare, nessun luogo in cui chiedere aiuto.

Perchè?

Esistono numerose barriere che ostacolano la promozione, la protezione e la tutela della salute mentale di bambini e adolescenti. Alcune di queste barriere sono sistemiche, blocchi generati dalla mancanza di fondi, di leadership, di operatori qualificati e di coordinamento tra i settori. Troppo spesso, la nostra capacità di affrontare i problemi di salute mentale è ostacolata dalla nostra incapacità di parlarne. I bambini, gli adolescenti e le persone che si prendono cura di loro possono avere difficoltà a trovare le parole adatte per esprimere le proprie sensazioni. Temono le reazioni dure, le risate e gli abusi generati dallo stigma e dai malintesi che accompagnano la salute mentale - primo tra tutti, l'incapacità di capire che la salute mentale - proprio come la salute fisica - è positiva. Alex George, un medico e star dei reality britannici, conosce bene la sofferenza legata alla salute mentale. Suo fratello si è tolto la vita all'età di 19 anni. Secondo il suo pensiero, quando le persone parlano di salute fisica, si riferiscono sempre all'esercizio fisico e al cibo sano; quando invece parlano di salute mentale, intendono depressione, ansia e tristezza. "In realtà, la salute mentale può essere resilienza", ha affermato in una intervista nel febbraio 2021, "Potrebbe essere felicità, coraggio".<sup>vi</sup> L'incapacità di considerare la salute mentale come qualcosa di positivo spesso riflette l'influenza del pensiero biomedico, che pone principalmente l'attenzione su disturbi da diagnosticare e curare. La salute mentale, invece, deve essere intesa come un continuum. In qualsiasi fase della nostra vita, ognuno di noi può ritrovarsi in diversi punti di questo continuum: possiamo avere una salute mentale positiva - la capacità di godersi la vita e affrontare le difficoltà, ma possiamo anche vivere periodi di grave disagio. E alcune persone possono soffrire di disturbi mentali a lungo termine e invalidanti.



Eppure, per alcuni, la salute mentale è considerata un lusso o un qualcosa che riguarda gli altri - non un problema **mio** o della **mia** comunità. Indubbiamente, la cultura e il contesto in cui viviamo determinano il modo in cui i disturbi mentali sono vissuti, compresi e affrontati. Invece di essere ignorate - come spesso accade - queste diverse prospettive e analisi dovrebbero orientare gli interventi di risposta alle sfide poste dalla salute mentale. Quando ciò accade, è possibile realizzare risposte che siano più efficaci e accettabili e che prendano spunto dai punti di forza delle diverse società. Ma, in riferimento alla salute mentale, ci sono comunque aspetti comuni e universali: come notato nel 2018 dalla Commissione *Lancet* sulla salute mentale globale e lo sviluppo sostenibile, “il dolore emotivo è fondamentale per l'esperienza umana quanto il dolore fisico”.<sup>vii</sup>

## Salute mentale: un diritto prima di tutto

*Il diritto alla salute mentale va tutelato; è uno stato positivo di benessere e un investimento indispensabile per i bambini e il mondo. Eppure, troppo spesso, la salute mentale viene considerata come un aspetto secondario dai responsabili decisionali, i leader politici e le famiglie - e spesso non viene considerata affatto. Di conseguenza, milioni di bambini e giovani lottano in silenzio, ostacolati da stigma e incomprensione. Questo silenzio costa alle società svariati milioni di dollari ogni anno. Per i bambini e le famiglie, il costo è incalcolabile.*

La salute mentale è alla base della capacità umana di pensare, provare sensazioni, imparare, lavorare, instaurare relazioni profonde e contribuire alla comunità di appartenenza e al mondo intero. È parte integrante della salute dell'individuo e fondamento essenziale per la salute delle comunità e delle nazioni. È un diritto che va promosso e tutelato. A livello globale, il numero di bambini e adolescenti che vivono con disturbi mentali - tra cui depressione, ansia e disturbi del comportamento e dell'attenzione - resta ancora troppo elevato. Per tutti loro, i disturbi mentali fanno ormai parte della quotidianità. Le possibilità di ricevere assistenza e l'opportunità di vivere una vita sana sono diritti fondamentali. Eppure, restano ancora troppi i bambini e gli adolescenti che lottano in silenzio, soffocati dall'incomprensione, dallo stigma e dalla

manca di sforzi globali per promuovere e proteggere la salute mentale e garantire assistenza a coloro che necessitano di aiuto. Il prezzo di questo silenzio può essere calcolato in giorni, mesi, anni e vite perse e nei sogni infranti di bambini e giovani. Oltre a gravare pesantemente sui bambini e sui giovani, i problemi legati alla salute mentale privano anche le società del loro potenziale, in termini di capitale umano inutilizzato, che interferisce con l'armonia e la prosperità di famiglie, comunità e nazioni.

### Salute mentale: diritto e obiettivo

La salute mentale è parte integrante degli individui, delle comunità, delle nazioni e delle economie.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto questo legame nella propria Costituzione, definendo la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia o infermità”. Il documento costitutivo afferma anche che il diritto di “godere del migliore stato di salute possibile” è un diritto fondamentale ed essenziale per la pace e la sicurezza.<sup>viii</sup>

Sin dal 1948, quando la Costituzione dell'OMS è entrata in vigore, numerosi meccanismi internazionali hanno affermato il diritto alla salute mentale e stabilito strumenti per tutelarla.<sup>ix</sup> Nel 1991, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha affermato il diritto all'assistenza sanitaria per la salute mentale e ha sancito i diritti fondamentali delle persone affette da disabilità psicosociali.<sup>x</sup>

Per i bambini, la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 1989 (CRC) ha istituito un quadro di riferimento per comprendere l'importanza dei servizi per la salute mentale di bambini e giovani.<sup>xi</sup> La Convenzione invita gli Stati membri a tutelare l'interesse superiore di bambini e giovani e analizza i numerosi rischi per la salute mentale, come discriminazione, violenza e privazione della libertà personale. Nello specifico, la CRC sottolinea la responsabilità degli Stati membri di assicurare con tutte le misure possibili la sopravvivenza dei bambini e dei giovani e l'accesso all'assistenza sanitaria. Esorta inoltre gli Stati membri a promuovere il recupero fisico, psicologico e sociale dei bambini e dei giovani che hanno subito negligenza, abuso, trattamenti o pene degradanti o che hanno vissuto conflitti armati. Sottolinea anche il diritto dei bambini e dei giovani con disabilità all'assistenza sanitaria per la salute mentale e a una vita sana.

Inoltre, la Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con disabilità (CRPD) e il suo Protocollo Opzionale, adottato nel 2006, sono espressione dell'impegno globale a garantire i diritti umani e le libertà fondamentali delle persone con disabilità.<sup>xii</sup> La Convenzione auspica l'allontanamento dall'approccio medicalizzato alla disabilità in generale e, nello specifico, ai disturbi mentali<sup>xiii</sup> ed evidenzia i numerosi modi in cui alcuni fattori sociali, politici ed economici contribuiscono a rafforzare le disparità che colpiscono le persone affette da disagio psichico.

Le Nazioni Unite hanno anche intrapreso sforzi specifici per affrontare le disabilità dello sviluppo. Nel 2012, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha emesso una risoluzione in cui si richiedeva ai governi di tutelare i diritti dei bambini affetti da disturbi dello spettro autistico, dello sviluppo e dalle disabilità associate e delle loro famiglie.<sup>xiv</sup> E nel 2014, l'Assemblea Mondiale della Sanità ha chiesto di attuare risposte multisettoriali per la realizzazione di sforzi globali e coordinati per la gestione dei disturbi dello spettro autistico (Comprehensive and Coordinated Efforts for the Management of Autism Spectrum Disorders).

Con l'adozione degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG) nel 2015, gli Stati membri delle Nazioni Unite hanno riconosciuto la salute mentale come un bene pubblico mondiale e un diritto che ciascun paese ha l'obbligo di tutelare.<sup>xv</sup>

La risoluzione sull'attuazione e la realizzazione degli SDG, un progetto per promuovere la pace, la prosperità e la sostenibilità a livello mondiale, esorta strategie volte alla promozione della salute e del benessere mentale e alla prevenzione e trattamento dei disturbi mentali e immagina “un mondo con

accesso equo e universale a un'educazione di qualità a tutti i livelli, all'assistenza sanitaria e alla protezione sociale, dove il benessere fisico, mentale e sociale venga assicurato.”<sup>xvi</sup>

Promuovere, proteggere e occuparsi della salute mentale dei bambini e dei giovani è di fondamentale importanza per raggiungere la maggior parte dei 17 Obiettivi di Sviluppo. Oltre all'Obiettivo 3, che chiede agli Stati membri di "assicurare la salute e promuovere il benessere per tutti per tutte le età",<sup>xvii</sup> gli SDG affrontano molti dei fattori di rischio che minacciano la salute mentale di bambini e giovani. In effetti, gli obiettivi che mirano a sconfiggere la povertà e la disuguaglianza, a migliorare la nutrizione, l'istruzione, l'uguaglianza di genere e a sviluppare comunità sostenibili e la giustizia sociale, svolgono un ruolo chiave nel promuovere la salute mentale dei bambini e dei giovani. Ed è occupandosi della salute mentale che gli Stati membri potranno raggiungere questi obiettivi.<sup>xviii</sup>



### Salute mentale: che cos'è

Il termine "salute" evoca un'immagine di esercizio fisico, cibo nutriente ed equilibrio tra lavoro, famiglia e tempo libero. Ma se seguito dal termine "mentale", l'immagine che ne scaturisce diventa cupa. Sullo sfondo si annidano una serie di falsi preconcetti e un vocabolario fatto di parole come "pericoloso, pazzo, posseduto e folle". La salute mentale è considerata il problema di chi pensa troppo; è liquidato come un lusso di coloro che hanno troppo tempo e risorse a disposizione. In molte parti del mondo, la salute mentale è trattata solo come un problema biologico o medico. Tuttavia, la salute mentale non è un disturbo e nemmeno l'assenza di disturbi. È positiva. È uno stato di salute. Sotto l'aspetto positivo, la salute mentale è stata descritta come "uno stato dinamico di equilibrio interiore" che comporta la capacità di utilizzare le abilità sociali, emotive e cognitive fondamentali per destreggiarsi nella vita e nel mondo in modo efficace. Altre definizioni rapportano la salute mentale positiva alla capacità di "godersi la vita e affrontare le sfide che ci pone".<sup>xix</sup> In generale, la maggior parte delle definizioni fa riferimento alle capacità emotive, cognitive, funzionali, sociali, fisiche e spirituali.<sup>xx</sup> Spesso, la salute mentale è legata al benessere, un concetto più ampio che coinvolge la salute, l'economia, la nutrizione e la psicologia.<sup>xxi</sup> Nel rapporto *Worlds of Influence: Understanding What Shapes Child Well-being in Rich Countries*, il Centro di ricerca

UNICEF Innocenti ha individuato tre fattori che contribuiscono al benessere: un buon benessere mentale, una buona salute fisica e le competenze per la vita.<sup>xxii</sup> La salute e il benessere mentale di bambini e giovani sono collegate ai genitori e alle persone che intervengono direttamente nel plasmare le loro vite. Un quadro di riferimento sviluppato di recente per gli adolescenti ha identificato cinque domini del benessere: godere di un buono stato di salute con un'alimentazione ottimale; creare connessioni positive e contribuire alla società; vivere in ambienti sicuri e accoglienti; avere opportunità di apprendimento, competenze, abilità, istruzione e occupazioni; autonomia e resilienza.<sup>xxiii</sup> Tutti questi quadri si integrano per descrivere la salute mentale positiva e il benessere mentale. In generale, tuttavia, la salute e il benessere mentale possono essere distinti in tre categorie:<sup>xxiv</sup>

- Benessere emotivo: essere positivi, felici, calmi, tranquilli, interessati alla vita
- Benessere sociale: è la capacità di interagire con il mondo unita al senso di appartenenza e ai valori personali.
- Benessere funzionale: la capacità di acquisire abilità e conoscenze utili a prendere decisioni positive e a rispondere alle sfide quotidiane.

### Un processo continuo

Nel corso della loro vita, i bambini e i giovani vivono verosimilmente diversi livelli di salute e benessere mentale. Molti affrontano anche disagi mentali di diversa entità. A volte, salute mentale e disturbi mentali possono coesistere contemporaneamente. Ad esempio, una persona a cui è stato diagnosticato un disturbo mentale può raggiungere un senso di benessere positivo nonostante i sintomi angoscianti o debilitanti.<sup>xxv</sup> Al contrario, una persona senza alcun problema di salute mentale accertato può vivere diversi livelli di disagio mentale nel corso della propria vita. Di conseguenza, concentrarsi solo sui disturbi mentali - e fare unicamente affidamento alle terapie mediche - non rappresenta la complessità delle esperienze umane connesse alla salute mentale e può limitare gli sforzi per promuovere e tutelare la salute mentale e garantire assistenza a coloro che ne hanno bisogno.

### Salute mentale positiva

Alcuni ricercatori hanno ideato delle scale per misurare la salute mentale positiva. Alcuni degli indicatori misurati comprendono l'accettazione di sé, l'ottimismo, la resilienza, la capacità di instaurare relazioni positive con i genitori o i coetanei e di fissare uno scopo nella vita e i sentimenti di crescita o realizzazione.<sup>xxvi</sup> Altre scale per misurare la salute mentale positiva analizzano il modo in cui l'individuo vede se stesso nella propria vita pubblica, il senso di accettazione sociale e l'integrazione in una comunità. Di conseguenza, l'assenza di problemi di salute mentale non significa necessariamente salute mentale positiva.<sup>xxvii</sup> I bambini e i giovani *senza* alcun disagio mentale possono vivere diversi livelli di salute mentale positiva nel corso della loro vita. Sulla base di questo modello, i ricercatori hanno concluso che la maggior parte della popolazione può godere di una salute mentale moderata - prospera per alcuni e più tormentata per altri. Altri ancora, possono soffrire di disturbi mentali accertati.

### Disturbo mentale

Al contrario, i disturbi mentali possono esistere su un continuum, che comprende disturbi di diversa entità, dal disagio lieve e temporaneo, a disturbi gestibili, che possono diventare cronici o meno, a disturbi psichici progressivi e gravi. Nel corso della vita, un bambino può ritrovarsi in diversi punti di questo percorso. Il continuum del disturbo mentale può includere ansia, depressione, psicosi e problemi associati a dipendenza da alcol e droga. Le stime globali sulla prevalenza dei problemi mentali e sugli anni di vita persi per disabilità e morte prematura sono calcolate sulla base di disturbi come: depressione, ansia, disturbo bipolare, disturbi della condotta alimentare, disturbi dello spettro autistico, disturbi della condotta, uso di sostanze, disabilità intellettiva idiopatica, disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD) e altri disturbi della personalità.<sup>xxviii</sup> È necessario sottolineare, tuttavia, che la maggior parte dei disturbi mentali non sono gravi al tal punto da necessitare una diagnosi.<sup>xxix</sup> Per esempio, i giovani possono avvertire

“depressione” o “ansia” in una particolare situazione, ma solo in pochi casi queste sensazioni si evolveranno al punto da interferire con la vita quotidiana o richiedere una diagnosi e un trattamento terapeutico.

### *La chiave è nel contesto*

Per i bambini e i giovani, in particolare, comprendere la salute mentale significa riconoscere che il concetto stesso di salute mentale è interconnesso con i valori trasmessi dalla società e dalla famiglia, le norme culturali, le aspettative sociali e le capacità di sviluppo. Ad esempio, le percezioni legate ai comportamenti consentiti e a un funzionamento sociale appropriato sono diverse e dipendono dalla situazione, dall'età e dalla cultura.

Inoltre, le avversità e le esperienze traumatiche sono considerate in modo diverso nei vari contesti culturali, incidendo sulla comprensione della salute mentale.<sup>xxx</sup> Allo stesso modo, le aspettative di felicità, crescita e soddisfazione personale si evolvono di pari passo con l'età e differiscono da paese a paese, da comunità a comunità e, a volte, da famiglia a famiglia. Di conseguenza, nel valutare la salute mentale, è necessario prendere in considerazione il contesto culturale, sociale, politico e ambientale.



### **Termini chiave**

Nel rapporto *La condizione dell'infanzia nel mondo 2021* viene utilizzato il termine “disturbo mentale” per descrivere una molteplicità di disturbi che possono variare per gravità - dai disturbi lievi e temporanei a quelli più gravi e permanenti. Molti di questi termini possono essere considerati stigmatizzanti e vengono pertanto evitati e sostituiti da espressioni come “persona con esperienze vissute”, “utente di servizi per la salute mentale” o “sopravvissuto a disturbi psichiatrici”.<sup>xxxii</sup> Anche in alcuni documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il termine disturbo mentale viene impiegato per indicare “disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze, rischio di suicidio e disabilità psicosociali, cognitive e intellettuali correlate.<sup>xxxiii</sup> Tuttavia, nel campo della salute mentale, si utilizzano svariati termini, alcuni dei quali hanno significati più specifici. I termini chiave sono:

**Classificazione dei disturbi mentali.** La classificazione ufficiale dei disturbi mentali è riportata in numerose pubblicazioni, tra cui la Classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi sanitari correlati (ICD), stilata dall'OMS e il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM), redatto dall'American Psychiatric Association.

**Disturbo mentale.** Si riferisce a una serie di disturbi che presentano sintomi diversi.<sup>xxxiii</sup> La definizione di disturbo mentale data dall'OMS include: “ansia, depressione, schizofrenia e dipendenza da alcol e droga”.

<sup>xxxiv</sup>

**Salute mentale.** Secondo la definizione dell'OMS è “uno stato di benessere nel quale un individuo può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità.”<sup>xxxv</sup> Per i bambini, la definizione di salute mentale tiene necessariamente conto di fattori specifici legati all'età e al corso della vita e include un senso positivo di identità, la capacità di gestire pensieri ed emozioni, la capacità di instaurare relazioni, apprendere e accedere all'istruzione.

**Salute mentale e supporto psicosociale.** Un termine composito stabilito dal Comitato Permanente Inter-agenzie per “descrivere qualsiasi tipo di sostegno locale o esterno volto a tutelare o promuovere il benessere psicosociale e/o prevenire o trattare il disturbo mentale”.<sup>xxxvi</sup>

**Psicosociale.** Descrive l'influenza che i fattori sociali esercitano su mente e comportamento e l'interrelazione esistente tra mente e società nello sviluppo umano.<sup>xxxvii</sup>

**Disabilità psicosociale.** Un termine usato per riferirsi a “una persona che, indipendentemente dal disturbo mentale reale o percepito, è oggetto di discriminazioni e barriere sociali basate su una diagnosi di disturbo mentale reale o percepita o su un disagio soggettivo”.<sup>xxxviii</sup> Il termine “disturbo mentale e disabilità psicosociale” è usato nel *Piano d'azione per la Salute Mentale 2013 - 2020 dell'OMS*.<sup>xxxix</sup> Le organizzazioni internazionali sui diritti umani e le agenzie che rappresentano gli individui con disabilità scelgono di utilizzare l'espressione “Persone con disabilità psicosociali”.<sup>xl</sup>

**Benessere.** Un concetto ampio collegato a molteplici ambiti, tra cui la salute, l'economia, la nutrizione e la psicologia.<sup>xli</sup> In generale, coinvolge aspetti emotivi, psicologici e sociali dell'individuo.

**Modello biopsicosociale.** Un approccio olistico alla salute mentale che tiene conto dei determinanti biologici, psicologici e sociali.

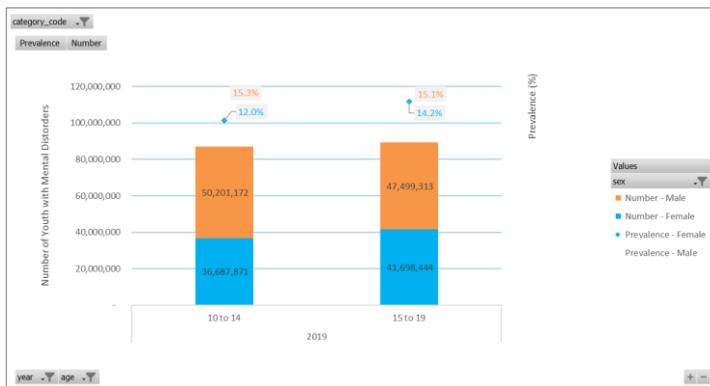
## Dati e Stime

Quasi in tutto il mondo, sia nei paesi ricchi che in quelli poveri, i disturbi mentali - e la mancanza di servizi di assistenza - sono tra le principali cause di sofferenza tra bambini e giovani e la prima causa di morte, malattia e disabilità, soprattutto tra gli adolescenti più grandi.

Uno dei modi per misurare il costo umano delle malattie mentali è quello di calcolare la prevalenza dei disturbi mentali.

Nel 2020, in tutto nel mondo si contavano circa 1,2 miliardi di adolescenti dai 10 ai 19 anni.<sup>xlii</sup> Secondo alcune stime, oltre il 13% soffriva di disturbi mentali.<sup>xliii</sup> Questo significa che circa 86 milioni di adolescenti tra i 15 e i 19 anni e 80 milioni tra i 10 e i 14 anni soffrivano di un disturbo mentale. Per entrambi i gruppi di età, i ragazzi adolescenti hanno una probabilità leggermente superiore di soffrire di disturbi mentali rispetto alle ragazze. Tuttavia, secondo uno studio del 2021 sugli adolescenti di 73 paesi, le ragazze hanno maggiori probabilità di soffrire di disagio psicologico, che si traduce nell'insoddisfazione nei riguardi della propria vita o nell'assenza di benessere e felicità.<sup>xliiv</sup>

**Figura 1.1. Stime sulla prevalenza dei disturbi mentali a livello globale per ragazze e ragazzi nelle fasce di età 10-14 e 15-19 anni, 2019**

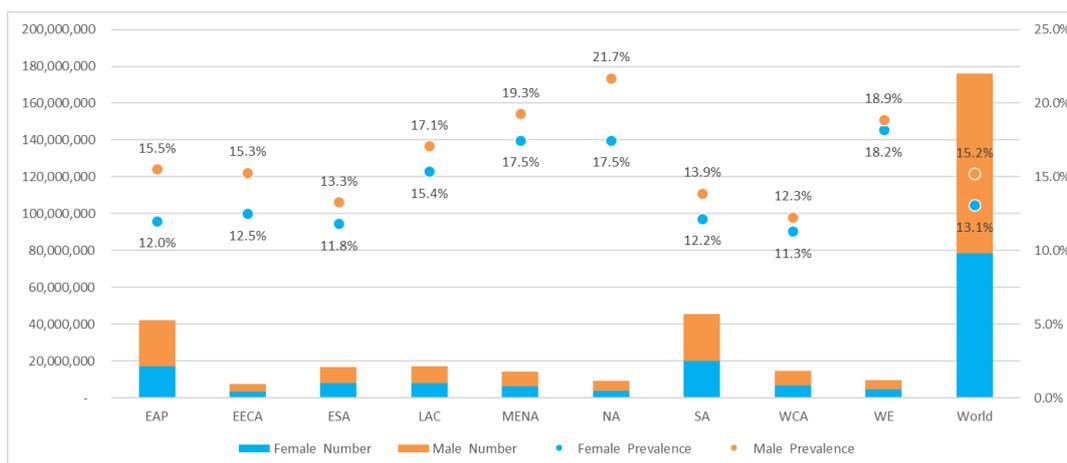


Note: I calcoli sono basati su disturbi multipli, tra cui: depressione, ansia, disturbo bipolare, disturbi della condotta alimentare, disturbi dello spettro autistico, disturbi della condotta, disturbi da uso di sostanze, disabilità intellettiva idiopatica, ADHD e disturbi della personalità, come da: Organizzazione Mondiale della Sanità, *WHO Methods and Data Sources for Global Burden of Disease Estimates 2000–2019*, OMS, Ginevra, dicembre 2020, p. 25.

Fonte: Analisi UNICEF basata su stime dell'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *Global Burden of Disease Study, 2019*

Tra gli adolescenti di età compresa tra i 10 e i 19 anni, i tassi di prevalenza (13,8%) e il numero di chi soffre di disturbi mentali sono più alti tra i ragazzi rispetto alle ragazze dello stesso gruppo di età (12,5%). Nelle regioni dell'Asia orientale e meridionale e del Pacifico si è registrato il numero più elevato di giovani con disturbi mentali. Nelle regioni del Medio Oriente, dell'Africa settentrionale, dell'America settentrionale e dell'Europa occidentale i tassi di prevalenza erano i più alti. I risultati sono simili a quelli osservati in due gruppi di età 10–14 anni e 15–19 anni.

**Figura 1.2. Stime sulla prevalenza dei disturbi mentali tra i ragazzi e le ragazze adolescenti per età, regioni globali e regioni UNICEF, 2019**



Note: EAP, Asia orientale e Pacifico; EECA, Europa orientale e Asia centrale; ESA, Africa orientale e meridionale; LAC, America Latina e Caraibi; MENA, Medio Oriente e Nord Africa; NA, Nord America; SA, Asia meridionale; WCA, Africa occidentale e centrale; WE, Europa occidentale.

Fonte: Analisi UNICEF basata su stime dell'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *Global Burden of Disease Study, 2019*

### Ansia, depressione e altri disturbi

Ansia e depressione rappresentano circa il 40% dei disturbi mentali presi in esame nello studio Global Burden of Disease dell'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).<sup>xlv</sup> Queste condizioni comportano disturbi d'ansia, disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), disturbi del comportamento,

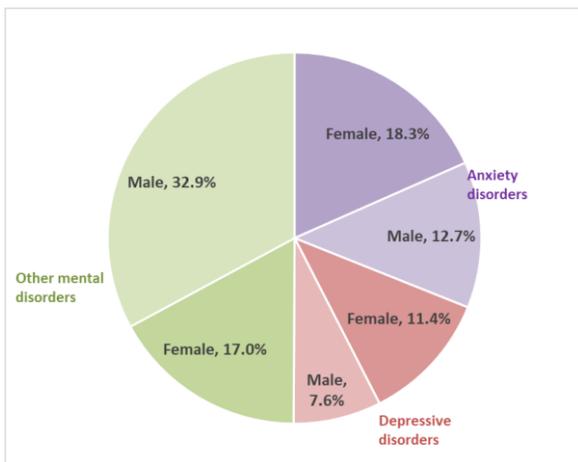
disturbi depressivi, disabilità intellettiva idiopatica, disturbo bipolare, disturbi della condotta alimentare, disturbi dello spettro autistico e schizofrenia.

**Figura 1.3. Prevalenza di ansia, depressione e altri disturbi mentali tra i ragazzi e le ragazze adolescenti suddivisi per età, 2019**

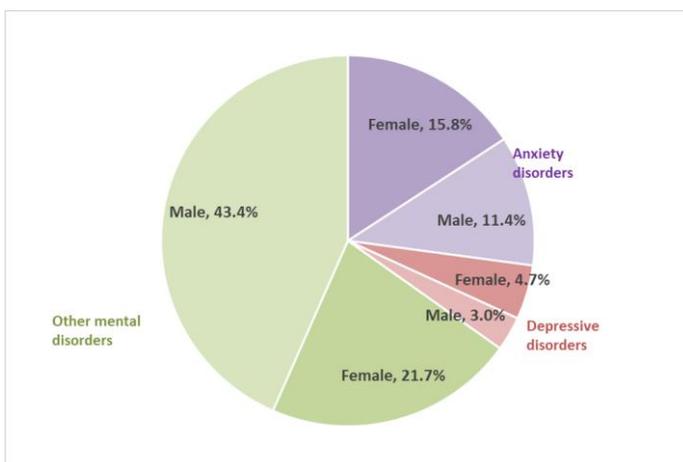
**Età 10-19, maschi e femmine**



**Età 10-14, maschi e femmine**



**Età 15-19, maschi e femmine**



Fonte: Analisi UNICEF basata su stime dell'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *Global Burden of Disease Study, 2019*

## Suicidio

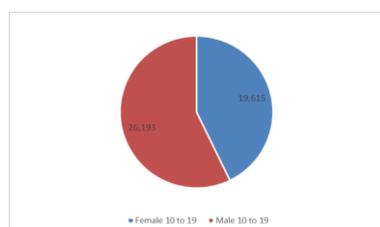
Sebbene l'adolescenza sia uno dei periodi di maggiore buona salute del ciclo della vita, si stima che ogni anno 45.800 adolescenti muoiano per suicidio. Il rischio di commettere suicidio aumenta con l'età (cfr. Figura X).

In tutto il mondo, il suicidio è la quinta causa di morte tra gli adolescenti dai 10 ai 19 anni.<sup>xlvi</sup> Per gli adolescenti tra i 15 e i 19 anni, è la quarta causa di morte più comune; e persino per gli adolescenti più giovani, il suicidio resta tra le prime 10 cause di morte. Per i ragazzi tra i 15 e i 19 anni, il suicidio è la quarta causa di morte dopo gli incidenti stradali, la violenza interpersonale e la tubercolosi. Per le ragazze dai 15 ai 19 anni, il suicidio è la terza causa di morte, preceduta da tubercolosi e Patologie materne in gravidanza. Tuttavia, il numero di ragazze che muoiono ogni anno per suicidio (5 ogni 100.000 persone) è inferiore rispetto a quello dei ragazzi (6 ogni 100.000 persone).

In Europa orientale e in Asia centrale, il suicidio è la prima causa di morte tra gli adolescenti dai 15 ai 19 anni; in Nord America, Europa occidentale, Asia meridionale e Africa occidentale e centrale, è la seconda causa più diffusa e in America Latina e nei Caraibi è la terza causa di morte più frequente.

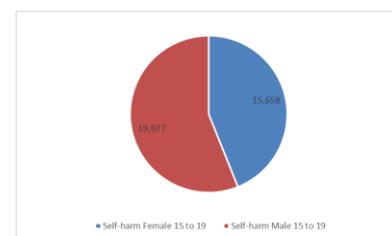
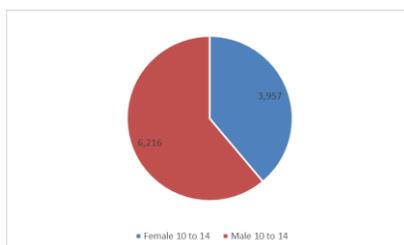
**Figura 1.4. Numero di suicidi a livello globale per gruppo di età e genere, 2019**

Adolescenti 10-19 anni totale: 45.808



Adolescenti 15-19 anni totale: 35.635

Adolescenti 10-14 anni totale: 10.173



Fonte: Analisi UNICEF basata sulle Stime sulla Salute Globale dell'OMS, 2019

**Figura 1.5. Prime cinque cause di decesso tra i ragazzi e le ragazze adolescenti dai 15 ai 19 anni per regione UNICEF, 2019**

Region	Rank	Cause	Deaths per 100,000
World	1	Road Injury	12
	2	Tuberculosis	10
	3	Interpersonal violence	8
	4	<b>Suicide</b>	<b>6</b>
	5	Diarrhoeal diseases	4
Eastern Europe and Center Asia	1	<b>Suicide</b>	<b>9</b>
	2	Road Injury	8
	3	Interpersonal violence	3
	4	Drowning	3
	5	Lower Respiratory Infections	2
North America	1	Road Injury	11
	2	<b>Suicide</b>	<b>9</b>
	3	Interpersonal violence	7
	4	Drug use disorders	7
	5	Congenital anomalies	1
Western Europe	1	Road Injury	5
	2	<b>Suicide</b>	<b>4</b>
	3	Congenital anomalies	1
	4	Drug use disorders	1
	5	Leukaemia	1

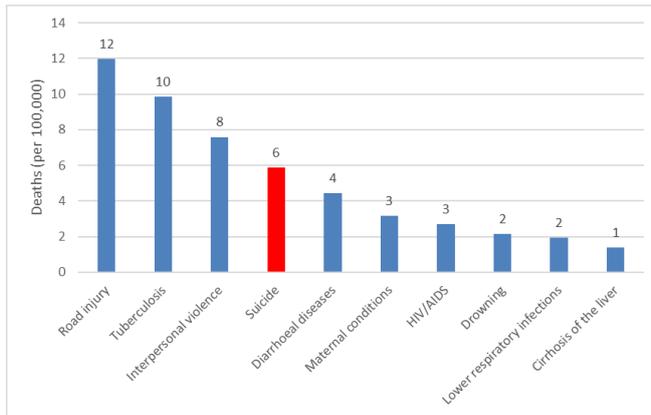
Incidenti stradali  
Tubercolosi  
Violenza  
Malattie diarroiche  
Patologie materne in gravidanza  
HIV/AIDS  
Annegamento  
Infezioni del tratto respiratorio inferiore  
Meningite  
**Malformazioni congenite**  
**Malaria**  
**Disturbi legati all'uso di sostanze stupefacenti**  
Leucemia

Region	Rank	Cause	Deaths per 100,000
East Asia and the Pacific	1	Road Injury	13
	2	Tuberculosis	5
	3	Drowning	3
	4	Suicide	3
	5	Leukaemia	2
Eastern and Southern Africa	1	Road Injury	19
	2	HIV/AIDS	17
	3	Diarrhoeal diseases	14
	4	Malaria	10
	5	Tuberculosis	8
Latin America and the Caribbean	1	Interpersonal violence	36
	2	Road Injury	15
	3	Suicide	6
	4	Drowning	3
	5	Leukaemia	2
Middle East and North Africa	1	Road Injury	15
	2	Collective violence and legal intervention	6
	3	Interpersonal violence	5
	4	Ischaemic heart disease	4
	5	Suicide	4
South Asia	1	Tuberculosis	19
	2	Suicide	10
	3	Diarrhoeal diseases	9
	4	Road Injury	8
	5	Interpersonal violence	1
Western and Central Africa	1	Road Injury	5
	2	Suicide	4
	3	Congenital anomalies	1
	4	Drug use disorders	1
	5	Leukaemia	1

Fonte: Analisi UNICEF basata sulle Stime sulla Salute Globale dell'OMS, 2019

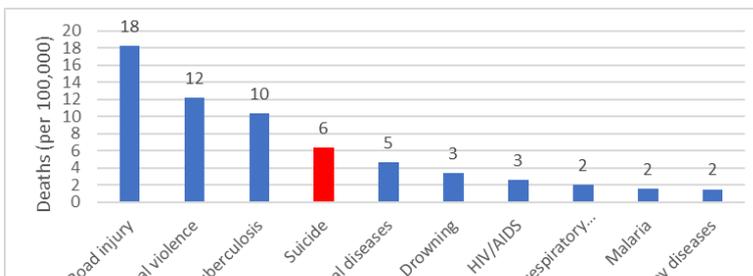
Figura 1.6. Prime 10 cause di decesso tra i ragazzi e le ragazze adolescenti dai 15 ai 19 anni, 2019

### Ragazzi e ragazze dai 15 ai 19 anni

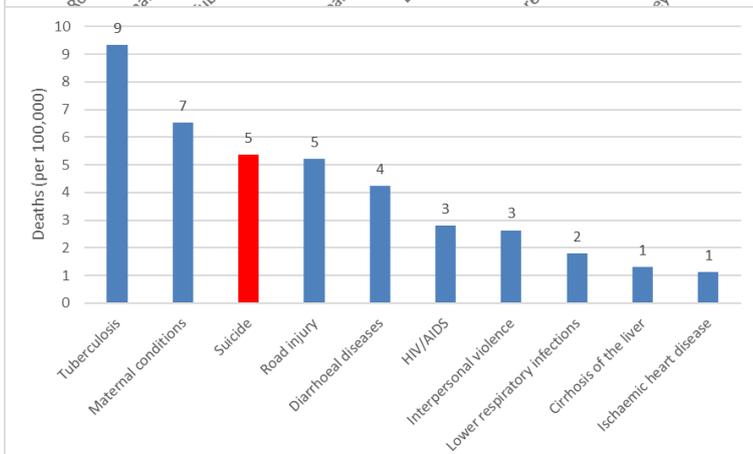


- Incidenti stradali
- Tubercolosi
- Violenza
- Suicidio
- Malattie diarroiche
- Patologie materne in gravidanza
- HIV/AIDS
- Annessamento
- Infezioni del tratto respiratorio inferiore
- Cirrosi epatica

### Ragazzi dai 15 ai 19 anni



### Ragazze dai 15 ai 19 anni



Fonte: Analisi UNICEF basata sulle Stime sulla Salute Globale dell'OMS, 2019

## Esaminare i dati con cautela

Ci sono molte ragioni per considerare con estrema cautela i dati sulla salute mentale, in particolar modo quelli relativi a suicidio e autolesionismo. Storicamente, i casi di suicidio riportati sono in numero inferiore rispetto alla realtà,<sup>xlvii</sup> per cui la qualità e la disponibilità di dati relativi al suicidio sono alquanto limitate. Per esempio, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità riguardanti i casi di suicidio, solo 80 Stati membri dispongono di dati di qualità che possono essere utilizzati per stimare i tassi di suicidio.<sup>xlviii</sup>

Inoltre, il suicidio rappresenta spesso un argomento delicato. Infatti, le cause alla base della mancata segnalazione dei casi di suicidio sono probabilmente legate alla stigmatizzazione del suicidio in molte culture e famiglie. In alcuni paesi, il suicidio è illegale, fattore che può contribuire alla mancata segnalazione e a un'errata classificazione. Affinché i casi di suicidio siano riportati nei registri nazionali, può essere necessario coinvolgere le autorità sanitarie e giudiziarie e seguire diverse procedure. Per i bambini e gli adolescenti, in particolare, è più probabile che i suicidi vengano registrati come decessi per cause incerte o accidentali a causa dell'immaturità cognitiva del bambino, ma anche per evitare lo stigma sociale che colpirebbe le famiglie.<sup>xlix</sup>

Valutare i dati riguardanti qualsiasi disturbo mentale può rivelarsi molto complesso. In molte parti del mondo, i dati non sono disponibili - non vengono raccolti o analizzati e non sono utilizzati per sviluppare politiche e programmi efficaci o per distribuire le risorse.<sup>i</sup> Nei paesi e nelle aree a basso e medio reddito, i dati sulla salute mentale di bambini e adolescenti coprono circa il 2% della popolazione.<sup>ii</sup> Calcolare l'onere globale della malattia determinato dai disturbi mentali risulta pertanto particolarmente complesso, perché quasi il 90% degli 1,2 miliardi di adolescenti del mondo vive proprio nei paesi e nelle aree a basso e medio reddito.

Nei paesi in cui i dati vengono raccolti, sono utilizzati metodi differenti che non consentono un raffronto tra dati. Di conseguenza, la maggior parte dei rapporti sulla prevalenza dei disturbi mentali, soprattutto nei paesi e nelle aree a basso e medio reddito, partono da stime basate su modelli e pochi dati concreti.

La disponibilità di dati validi sulla prevalenza dei disturbi mentali - e sui relativi fattori di rischio e protettivi - è essenziale per elaborare e attuare politiche e programmi adeguati a tutela dell'infanzia e per distribuire accuratamente le risorse necessarie all'assistenza degli adolescenti che hanno bisogno di sostegno.<sup>iii</sup>

Ma per produrre dati di buona qualità sono indispensabili maggiori investimenti.<sup>iiii</sup> Sebbene il costo globale per affrontare i problemi di salute mentale dovrebbe aver superato i 6 trilioni di dollari nel 2020, gli investimenti nel campo della ricerca restano fermi a circa 3,7 miliardi di dollari all'anno, in base ai calcoli effettuati tra il 2015 e il 2019. Questo significa che sono stati investiti solo 0,50 centesimi di dollari a persona all'anno. E solo il 33% di questa cifra viene speso per la ricerca sulla salute mentale dei giovani.

Inoltre, solo il 2,4% dei fondi destinati alla ricerca viene speso nei paesi meno sviluppati, dove vive l'84% della popolazione mondiale.

## Lo stigma sociale

Nonostante la crescente consapevolezza riguardo gli effetti dei disturbi mentali sulla vita dell'individuo e sulla comunità, lo stigma resta ancora molto radicato, ostacolando gli sforzi compiuti per promuovere la salute mentale e proteggere i bambini e i giovani più vulnerabili.<sup>liv</sup>

Gli effetti discriminatori dello stigma - intenzionale o meno - impediscono ai bambini e ai giovani di rivolgersi ai servizi di assistenza e limitano le loro opportunità di crescere, imparare e svilupparsi.<sup>lv</sup> In effetti,

i bambini e i giovani con disturbi mentali, quando parlano apertamente, affermano che il rifiuto, l'incomprensione e la discriminazione associati allo stigma legato alla salute mentale sono più penalizzanti della malattia stessa.

Nei gruppi di discussione tenuti in collaborazione con il Global Early Adolescent Study della Johns Hopkins University (JHU) e 13 organizzazioni partner di tutto il mondo, gli adolescenti partecipanti hanno confermato che lo stigma che circonda la salute mentale spesso impedisce loro di cercare aiuto. Gli adolescenti che soffrono di disturbi mentali temono di dover affrontare il giudizio di familiari, amici, insegnanti e membri della loro comunità. Tale preoccupazione è particolarmente forte tra i ragazzi a causa delle norme del mondo maschile, che frenano la condivisione delle sensazioni legate alla salute mentale.

Il risultato di queste paure è il silenzio.

In una discussione di gruppo tra giovani dai 15 ai 19 anni, una ragazza svedese ha affermato: "A molti, parlare di stress e malattia mentale suscita un'ansia profonda. E si preferisce non parlarne affatto... La società ha ingigantito il problema, rendendolo qualcosa di negativo".

In Kenya, un ragazzo della stessa fascia d'età ha detto: "Quando un giovane sa di avere un problema mentale, ma non è disposto a dividerlo con nessuno... quel problema lo divorerà".

Un'altra ragazza in una discussione di gruppo tra ragazzi dai 10 ai 14 anni in Egitto ha affermato: "Ci sono persone che, se vedono qualcuno andare dallo psicologo, dicono subito che è pazzo".

Lo stigma associato alla salute mentale scaturisce da una combinazione di fattori, quali ignoranza, pregiudizio e discriminazione.<sup>lvi</sup> Come descritto da Sir Graham Thornicroft, co-presidente della neonata Commissione *Lancet* su stigma e discriminazione, lo stigma è un problema di conoscenza, atteggiamento e comportamento.

Lo stigma legato alla salute mentale influenza la vita del bambino già a partire dai primi anni. All'età di 6 anni, i bambini distinguono i termini dispregiativi associati quotidianamente ai disturbi mentali, come pazzo o folle.<sup>lvii</sup> A 10 anni, riconoscono gli stereotipi culturali che denigrano le persone affette da disturbi mentali. Alcuni studi hanno dimostrato che, sebbene con l'età si acquisisca una maggiore conoscenza dei problemi di salute mentale, ciò non implica una maggiore accettazione.

Anche il genere ha un ruolo chiave nel modo in cui i bambini comprendono la salute mentale. Secondo alcuni studi, gli uomini hanno più probabilità di essere stigmatizzati e di perpetuare lo stigma rispetto alle donne.<sup>lviii</sup> Per esempio, uno studio condotto negli Stati Uniti su giovani adolescenti appartenenti a gruppi etnici differenti ha evidenziato che i ragazzi sono più inclini a stigmatizzare una persona affetta da disturbi mentali e a prenderne le distanze rispetto alle ragazze.<sup>lix</sup>

I bambini non imparano da soli a stigmatizzare le persone con disturbi mentali; molti riflettono i comportamenti che vedono intorno a loro. Per esempio, uno studio trasversale condotto su 566 insegnanti di scuola secondaria nel Sud dell'India ha scoperto che quasi il 70% credeva che la depressione fosse un malessere e non una malattia e che non fosse pericolosa, ma soltanto imprevedibile.<sup>lx</sup>

Il campo stesso della salute mentale ha contribuito a diffondere lo stigma. Infatti, nella storia della psichiatria, sono presenti molti esempi di professionisti che hanno patologizzato comportamenti socialmente o politicamente inaccettabili e rinchiuso persone in istituti psichiatrici e ospedali simili a prigioni contro la loro volontà.<sup>lxi</sup>

## I rischi individuali e strutturali

Gli effetti dello stigma sulla salute mentale possono essere molto complessi. In termini generali, lo stigma può influenzare sia gli individui che le strutture sociali.<sup>lxii</sup> In entrambi gli ambiti - individuale o sociale - lo stigma può essere intenzionale o meno.

A livello individuale, quando lo stigma viene interiorizzato, può condizionare l'autostima, le azioni, le emozioni e le strategie di adattamento del bambino. Per gli adolescenti, in particolare, la stigmatizzazione può anche causare sentimenti di vergogna, rifiuto sociale e senso di inadeguatezza. Può incidere sul senso di identità, con ripercussioni sul successo scolastico e personale.<sup>lxiii</sup>

Uno degli effetti più nocivi dello stigma è quello di interferire con la volontà dell'individuo di chiedere aiuto.<sup>lxiv</sup> Gli effetti negativi dello stigma colpiscono anche bambini e giovani, che spesso rifiutano di rivelare i loro sintomi anche alle persone care. Molti giovani, invece, decidono di gestire i propri problemi di salute mentale da soli.<sup>lxv</sup>

Lo stigma agisce sull'individuo in modo bidirezionale: può sia scatenare che esasperare il disturbo mentale ed essere associato ad altre fonti di stress, come la discriminazione basata su razza, genere, orientamento sessuale o storia personale, causando problemi di salute mentale. Ad esempio, i bambini e gli adolescenti reclutati dai gruppi armati vengono spesso stigmatizzati quando cercano di rientrare a far parte della propria comunità, il che aggrava ulteriormente la loro già fragile salute mentale.<sup>lxvi</sup> Al contrario, alcune forme di stress sociale cronico e stigma - come il bullismo e la sensazione di rifiuto da parte dei genitori - sono collegate a una maggiore prevalenza di disturbi mentali nei bambini e nei giovani LGBTQ+ (lesbiche, gay, bisessuali, transgender, queer, individui incerti riguardo il proprio orientamento sessuale/genere e altri).<sup>lxvii</sup>

Lo stigma può anche essere strutturale, in quanto influenza le leggi, le politiche, gli atteggiamenti e le norme culturali e viola i diritti umani.<sup>lxviii</sup> Ne sono un esempio le leggi e le politiche che limitano le libertà degli individui con disturbi mentali e il modo in cui i media rappresentano la malattia mentale, amplificando gli stereotipi. Le conseguenze involontarie di questa situazione sono il mancato sviluppo di misure di assistenza per la salute mentale, la carenza di ricerca scientifica in materia di salute mentale e premi assicurativi erogati in maniera ridotta per accedere alle cure.



L'assistenza per la salute mentale è parte dell'assistenza sanitaria. Come persona che soffre di un disturbo d'ansia generalizzato e che è stata ricoverata in ospedale per ricevere le cure necessarie, sono consapevole di quanto una buona assistenza sanitaria per la salute mentale possa cambiare la vita. Ho anche vissuto in prima persona quanto sia dannoso e pericoloso lo stigma associato alla salute mentale. Tutto questo deve finire. È tempo per noi di unirci e abbattere questo stigma affinché ogni persona - indipendentemente dalla sua ricchezza, genere, razza o luogo in cui vive - possa cercare e ricevere in completa sicurezza le cure mediche di cui ha bisogno per la propria salute mentale.

*Alyssa Milano è attrice, autrice, produttrice, presentatrice, attivista e filantropa statunitense. È stata nominata Ambasciatrice di buona volontà dell'UNICEF nel 2003.*

## Il prezzo della salute mentale

Trascurare la salute mentale comporta un costo devastante per gli individui, le famiglie e le comunità. Anche dal punto di vista economico, non affrontare i disturbi mentali genera un notevole svantaggio - i costi del mancato intervento.

Per redigere il rapporto *La condizione dell'infanzia nel mondo 2021*, David McDaid e Sara Evans-Lacko, del Dipartimento di politica sanitaria della London School of Economics and Political Science, hanno stimato il costo complessivo dei problemi di salute mentale che colpiscono i bambini e gli adolescenti di età compresa tra 0 e 19 anni. La stima si basa sul valore del capitale mentale - vale a dire le risorse cognitive ed emotive - perso che i bambini e i giovani potrebbero apportare all'economia se non bloccati dalla malattia mentale.

McDaid e Evans-Lacko hanno iniziato stimando l'onere della malattia attribuibile alla salute mentale espresso in anni di vita corretti per disabilità (DALY). Un DALY rappresenta la perdita di un anno di vita sana causata da disabilità o morte prematura.<sup>lxix</sup> I ricercatori hanno poi assegnato un valore monetario ad ogni anno vissuto senza disabilità basandosi sulla produttività media che ogni persona apporta in un'economia. Un DALY è quindi equivalente al prodotto interno lordo (PIL) pro capite di un paese, espresso in termini di parità di potere d'acquisto (PPP). Questa formula permette di fare raffronti a livello globale.

Grazie a questa metodologia, McDaid e Evans-Lacko hanno stimato che la perdita annuale di capitale umano determinata dai problemi di salute mentale è pari a 340,2 miliardi di dollari (dollari PPP).<sup>lxx</sup> I disturbi che incidono maggiormente su tale perdita sono:

- Disturbi d'ansia: 26,93%
- Disturbi del comportamento: 22,63%
- Depressione: 21,87%

La perdita causata da atti autolesionistici intenzionali è pari a 47 miliardi di dollari. Il totale complessivo ammonta a 387,2 miliardi di dollari in capitale umano perso.



## Fattori scatenanti – povertà, discriminazione, crisi umanitarie, covid, clima, mondo digitale

*Il mondo nel suo insieme esercita particolare influenza sulla salute mentale. La povertà logora la salute fisica e mentale e può esporre i bambini a violenze e traumi; la discriminazione può comportare svantaggio, pregiudizi ed esclusione sociale; le crisi umanitarie e le pandemie, come quella di COVID-19, possono causare un disagio profondo e duraturo. Grazie alla loro capacità di resilienza, i bambini riescono ad affrontare al meglio tali fonti di stress.*

Oltre al mondo *del* bambino e al mondo *intorno* al bambino, il mondo *nel suo insieme* influisce in modo determinante sulla salute mentale dei bambini e dei giovani, nel bene e nel male. In quanto fattore di influenza sulla salute mentale, il mondo ospita numerosi tipi di avvenimenti e determinanti sociali che plasmano la vita dei bambini. Eventi catastrofici come calamità naturali, conflitti o emergenze sanitarie globali possono verificarsi in qualsiasi momento. Determinanti sociali, come la povertà e la discriminazione, possono anche interferire sullo sviluppo di bambini e adolescenti, spesso in modo diretto, nonché sulle persone che si prendono cura di loro, sulle comunità e scuole. L'influenza del mondo in generale sulla salute mentale dei bambini e dei giovani non è uguale per tutti. Infatti, bambini e giovani possono entrare in contatto con fattori protettivi e di rischio in molti modi differenti, a seconda delle circostanze, delle esperienze personali e del contesto culturale. Di conseguenza, sono necessarie risposte articolate che riconoscano l'importanza della cultura e del contesto per tutelare e promuovere la salute mentale e prendersi cura dei bambini vulnerabili. Queste pagine si concentrano sui principali determinanti sociali della salute mentale: povertà e discriminazione, esaminando inoltre le conseguenze che le crisi umanitarie, tra cui il COVID-19, hanno su bambini e giovani. Infine analizza la capacità di resilienza e i modi interviene per promuovere e tutelare la salute mentale.

### Povertà

La povertà è un fattore sociale determinante della salute mentale che condiziona la vita di troppi bambini e delle persone che si occupano di loro. Secondo un rapporto del 2020, 356 milioni di bambini (il 17,5%) vivono in condizioni di estrema povertà, ossia con meno di 1,90 dollari al giorno. A livello globale, quasi il 20% dei bambini di età inferiore ai 5 anni vive in condizioni di estrema povertà. La povertà non è solo mancanza di denaro, ma è multidimensionale e comporta perdite in materia di istruzione, salute, nutrizione, acqua e servizi igienico-sanitari.<sup>3</sup> Secondo questo calcolo, 644 milioni di bambini vivono in condizioni di povertà multidimensionale.<sup>4</sup>

## Effetti

Il collegamento tra povertà e salute mentale è complesso e profondamente radicato. In media, un bambino proveniente da una famiglia povera vive condizioni di vita peggiori - cattiva salute fisica e mentale, meno successo nell'ambito educativo e lavorativo e prevalenza di comportamenti rischiosi e delinquenza - rispetto a un bambino proveniente da una famiglia più agiata.<sup>6</sup> Inoltre, la povertà aumenta la probabilità che bambini e giovani siano esposti a rischi, tra cui violenza, traumi, esclusione sociale, malattie e insicurezza alimentare e idrica.<sup>7</sup> Gran parte della ricerca sulla povertà e la salute mentale si concentra sui *legami di correlazione* e sui *legami causali*.<sup>8</sup> Tuttavia, questo collegamento può anche essere una strada a doppio senso: la povertà può portare a disturbi di salute mentale e i disturbi di salute mentale possono portare alla povertà.<sup>9</sup> Ad esempio, la povertà può danneggiare la salute mentale dei bambini e dei giovani esponendoli a rischi come stress estremo, violenza e traumi. D'altra parte, le ricerche mostrano anche che i bambini e i giovani con problemi di salute mentale possono essere a rischio di povertà, a causa dall'aumento dei costi sanitari, della minore produttività, della mancanza di occupazione e dello stigma che nega loro le cure necessarie e il coinvolgimento nella comunità.<sup>10</sup>

### *Una reazione a catena*

Nei primi momenti di vita, uno dei principali effetti della povertà sulla salute mentale dei bambini è rappresentato dall'impatto sulle persone che si occupano di loro.<sup>11</sup> Lo stress causato dalla povertà può interferire con la capacità degli adulti di mettere in atto costantemente una genitorialità positiva, un elemento chiave per lo sviluppo del cervello e della salute mentale. La ricerca, ad esempio, ha collegato lo stress quotidiano determinato dalla povertà alla depressione materna, che a sua volta può rendere difficili le interazioni madre-neonato.<sup>12</sup> Tale stress è anche legato alla genitorialità punitiva o negligente. Nei primi anni di vita, questo tipo di genitorialità può creare ansia, depressione e disturbi comportamentali.<sup>13</sup> La povertà, e il conseguente disagio dei genitori, è anche collegata agli ACE (Adverse Childhood Experiences – Esperienze avverse dell'infanzia), compresi gli abusi anche di tipo sessuale.<sup>14</sup> È importante inoltre considerare il livello di esposizione alla povertà. Infatti, più a lungo un bambino vive in povertà, maggiori sono i rischi per la sua salute mentale.<sup>15</sup> Nel Millennium Cohort Study svolto nel Regno Unito, ad esempio, i ricercatori hanno dimostrato che, per i bambini che vivono in povertà dall'inizio della loro vita, il rischio relativo ai disturbi di salute mentale aumentava con la crescita: dai 3 agli 11 anni.<sup>16</sup> Inoltre, le loro madri hanno riportato un maggiore disagio psicologico, che è aumentato anche con l'età dei figli. Allo stesso modo, uno studio danese ha associato la povertà familiare intermittente all'insorgenza di problemi di condotta, psicosociali e stress nella prima adolescenza.<sup>17</sup> Quando lo stress associato alla povertà si accumula senza possibilità di protezione da parte di un adulto premuroso, lo sviluppo cognitivo può essere compromesso. Di conseguenza, i bambini provenienti da famiglie svantaggiate corrono maggiori rischi per la memoria, la funzione esecutiva e la capacità di gratificazione differita, funzioni che, se compromesse, possono danneggiare la salute mentale.<sup>18</sup>

## *Speranze e sogni*

La povertà può anche avere un profondo impatto psicologico sulla capacità di bambini e adolescenti di cercare opportunità e realizzare i propri sogni.<sup>19</sup>

Nei gruppi di discussione diretti dalla JHU (Johns Hopkins University), gli adolescenti hanno parlato in modo eloquente di come la povertà influisca sulle loro vite e sulla salute mentale, affermando che la povertà li ha costretti ad abbandonare la scuola, avvicinandoli alla criminalità e alla prostituzione, ha aumentato il consumo di droghe e alcol e ha contribuito ai matrimoni infantili e alle gravidanze precoci. Alla fine, hanno affermato, ha determinato stress, tristezza, disperazione e suicidio. Secondo alcune ricerche, i bambini e i giovani concepiscono la loro visione del mondo in base alle loro esperienze di stress e privazione.<sup>20</sup> Per i bambini poveri, la visione del mondo è fatta di sogni limitati e pochi obiettivi e, in definitiva, dalla mancanza di speranza.<sup>21</sup> La povertà, e la possibilità di alleviare situazioni di povertà, possono avere un effetto sulle aspirazioni che i bambini hanno e sulle aspettative dei loro genitori. In Etiopia, Young Lives - uno studio internazionale sulla povertà e sui bambini - ha mostrato che le aspirazioni dei bambini, condivise dai loro genitori, erano legate alla povertà.<sup>22</sup> Nello studio, l'84% dei bambini, collocati nelle fasce di reddito più alte, mirava a frequentare l'università, mentre solo il 67% dei bambini nelle fasce più basse aveva la stessa aspirazione. Lo studio ha anche scoperto che le aspirazioni erano un indicatore attendibile del livello di istruzione. Vivere in povertà ha influito anche sul processo decisionale a lungo termine. Gli studi hanno dimostrato che la privazione focalizza l'attenzione dei giovani sui loro bisogni immediati, portando a decisioni avventate, precipitose e incuranti dei rischi. L'accesso alle opportunità può anche avere un impatto sulla salute mentale e sul comportamento dei bambini e dei giovani. Ad esempio, tra gli adolescenti membri delle minoranze sottorappresentate negli Stati Uniti, il consumo di sigarette e alcol è aumentato dopo il capovolgimento di una politica sociale che ha offerto a molti di loro la possibilità di accedere all'università.<sup>23</sup> Allo stesso modo, un programma attuato negli Stati Uniti, che offriva aiuti economici agli immigrati ispanici di età compresa tra 19 e 50 anni e privi di documenti, è stato associato a una riduzione dei casi di disagio psicologico.<sup>24</sup> La disuguaglianza di reddito agisce anche sulla psicologia individuale, con effetti dannosi sulla salute mentale. La disuguaglianza di reddito è comunemente associata alla depressione.<sup>25</sup> Sebbene i risultati siano contrastanti, questa relazione può essere favorita dall'ansia legata al proprio status personale o da sentimenti di sconfitta e vergogna derivanti da confronti con altri gruppi sociali. Secondo un'altra teoria, la disuguaglianza di reddito intacca la fiducia e le interazioni sociali, generando isolamento, alienazione e solitudine.<sup>26</sup> Sebbene la maggior parte degli studi sulla disuguaglianza di reddito e sulla salute mentale abbia coinvolto gli adulti, alcuni si sono concentrati sui rischi nell'adolescenza, un momento critico dello sviluppo in cui la fiducia e l'appartenenza al gruppo sono elementi essenziali dell'identità personale.



## Risposta

La complessa relazione tra povertà e malattia mentale richiede risposte complesse e multisettoriali che proteggano e promuovano una buona salute mentale. I programmi di sussidi in denaro, ad esempio, hanno mostrato risultati promettenti in termini di successo scolastico, utilizzo dei servizi sanitari, sicurezza alimentare e riduzione del lavoro minorile.<sup>27</sup> Ad esempio, un programma per il trasferimento incondizionato di denaro attuato in Kenya ha ridotto i sintomi depressivi nei giovani di età compresa tra 15 e 24 anni, registrando un calo maggiore nei giovani di età compresa tra 20 e 24 anni.<sup>28</sup> In Ruanda, il programma Sugira Muryango (Strengthen the Family) si è rivelato particolarmente di successo grazie a un approccio multisettoriale, che ha combinato un programma per lo sviluppo della prima infanzia con un programma di protezione sociale esistente.<sup>29</sup> Tra gli obiettivi del programma c'era quello di ridurre la violenza domestica e aumentare il coinvolgimento dei padri nelle attività di gioco e nell'assistenza ai figli. Come parte dell'intervento, operatori laici qualificati hanno fatto visita a famiglie in condizioni di estrema povertà per fornire ai genitori e alle persone con in cura minori indicazioni sulla nurturing care (l'insieme di condizioni che assicurano ai bambini la salute, la nutrizione, la sicurezza, una genitorialità responsiva e opportunità per un apprendimento precoce), sulla gestione delle emozioni e sulla risoluzione dei problemi.<sup>30</sup> Il risultato è stato un miglioramento delle pratiche di cura, delle interazioni genitori-figli, delle cure responsive e una migliore nutrizione. Inoltre, la violenza da parte del partner e l'educazione violenta sono diminuite e sono stati ridotti i casi di ansia e depressione nelle persone che si occupano di minori.

## Discriminazione

Anche la discriminazione è riconosciuta come un rischio per la salute mentale data l'ampia natura dei tipi di discriminazione che i bambini e i giovani subiscono basata su genere, razza, stato socioeconomico, orientamento sessuale o disabilità. Ad esempio, stigma e discriminazione possono essere ulteriormente inaspriti dal genere, che si somma a fattori quali razza, etnia, stato socioeconomico o identità sessuale.<sup>31</sup> Similmente, la discriminazione razziale può variare a seconda al genere.<sup>32</sup> Sebbene le ricerche in materia siano spesso contraddittorie e legate al contesto, i dati indicano che questi fattori di rischio si verificano spesso insieme a effetti aggravanti sulla salute mentale e sul benessere.<sup>33</sup> Riconoscere la connessione esistente tra i diversi tipi di discriminazione può aiutare a mettere in luce le situazioni di svantaggio che influenzano la discriminazione e la salute mentale.<sup>34</sup>



## Genere

Sebbene le diverse forme di discriminazione si incrocino spesso, i ricercatori hanno analizzato i modi in cui la discriminazione influenza la salute mentale. Ad esempio, la disuguaglianza di genere e le norme sociali dannose basate sul genere possono definire ruoli e responsabilità che limitano le opportunità, il comportamento, le aspirazioni e l'espressione personale, determinando effetti sulla salute mentale.<sup>35</sup> La disuguaglianza di genere, nella maggior parte delle società, mette le ragazze in una posizione di svantaggio.<sup>36</sup> Tuttavia, le norme di genere - credenze o aspettative radicate sul comportamento o sull'espressione individuale nella società<sup>37</sup> - possono influenzare la salute mentale di tutti. Variano da società a società, da comunità a comunità e talvolta da famiglia a famiglia e possono determinare il modo

di trattare gli altri e il potere, le opportunità e le risorse che una persona può o non può avere.<sup>38</sup> Sebbene norme di genere possano avere effetti sullo sviluppo infantile ancora prima della nascita, con la crescita possono diventare più restrittive e radicate, fino ad arrivare all'adolescenza e all'età adulta. Per le ragazze, in particolare, le norme di genere tendono a diventare più restrittive durante l'adolescenza, limitandone l'indipendenza, la mobilità e l'istruzione. Il matrimonio infantile, la violenza di genere e le aspettative familiari e culturali possono ostacolare in modo significativo le opportunità e l'autodeterminazione. Nella tarda adolescenza, gli stereotipi che riguardano il lavoro, l'istruzione e la famiglia impediscono spesso alle giovani donne di realizzare le proprie ambizioni e prospettive. Inoltre, la violenza contro le donne, compresa la violenza da parte del partner, può ledere sia la salute fisica che quella mentale. Ad esempio, a livello globale, il 5% delle ragazze si sposa entro i 15 anni e il 19% entro i 19 anni.<sup>39</sup> Secondo i dati del 2018, il 16% delle ragazze subisce violenza da parte del partner.<sup>40</sup> Anche i ragazzi fanno i conti con ruoli di genere restrittivi. Una concezione dannosa della mascolinità condiziona la capacità dei ragazzi di esprimere le proprie emozioni o cercare supporto. Questi concetti di mascolinità esercitano anche notevoli pressioni sui ragazzi, spingendoli spesso a correre rischi, fare uso di sostanze e commettere atti di violenza. Questi rischi spesso varcano le sfere di influenza socio ecologiche ed esistono nel mondo del bambino, nel mondo intorno al bambino e nel mondo nel suo insieme. Ad esempio, il matrimonio infantile e la violenza interpersonale spesso derivano da stereotipi di genere e norme culturali, ovvero potenti determinanti sociali della salute mentale, ma sono anche legati ai comportamenti e alle aspettative della famiglia e della comunità.<sup>41</sup> Anche le differenze di genere che influenzano la salute mentale iniziano ad emergere nell'adolescenza e compaiono in molte diagnosi dei disturbi di salute mentale. Disturbi internalizzanti come ansia e depressione sono più comunemente diagnosticati nelle ragazze, mentre i ragazzi sono più propensi all'abuso di sostanze e alla violenza.<sup>42</sup> Sebbene ragazze e ragazzi manifestino spesso il disagio mentale in modo diverso,<sup>43</sup> prima della pubertà il rischio di depressione, per quanto ridotto, è uguale per entrambi. A partire dai 12 anni circa, è più probabile che la depressione venga diagnosticata alle ragazze piuttosto che ai ragazzi.<sup>44</sup> Il divario di genere esistente tra i casi di disagio psicologico, livello di soddisfazione della vita, casi di depressione e disturbi d'ansia, può risultare complesso da analizzare. Uno studio condotto nel 2021 sulla salute mentale e il benessere degli adolescenti ha rilevato che le ragazze manifestano una minore soddisfazione per la vita e un maggiore disagio psicologico rispetto ai ragazzi in tutti i paesi del mondo. Tuttavia, il divario tra ragazzi e ragazze legato a questi aspetti è maggiore nei paesi ad alto reddito, come Finlandia e Svezia, rispetto ad alcuni paesi a basso reddito. Gli autori del rapporto indicano che il divario più ampio può essere il risultato dello stress derivante da aspettative di genere nuove e contrastanti e dalla frustrazione che le ragazze subiscono quando affrontano discriminazione e altre barriere mentre cercano di raggiungere scenari a loro accessibili.<sup>45</sup>

## Cosa dicono i giovani

Nei 13 paesi in cui la JHU ha condotto le discussioni con i focus group, gli adolescenti hanno parlato di come le norme di genere hanno influenzato la loro salute mentale. Ragazzi e ragazze avevano preoccupazioni diverse. Le ragazze discutevano spesso dell'impatto delle norme restrittive sulla loro condizione di benessere. I temi più importanti includevano il ruolo della pressione sociale sull'aspetto fisico. Queste norme restrittive si differenziavano in base ai vari contesti. Ad esempio, in Egitto e in Giordania, le ragazze

hanno parlato di famiglie che stimano e nutrono fiducia più nei figli maschi che nelle figlie femmine, sottolineando la limitazione di mobilità e libertà a cui sono soggette e i giudizi che scatenano le interazioni con i ragazzi. Hanno anche manifestato preoccupazione per il matrimonio infantile e la gravidanza precoce. In Giordania, una ragazza del gruppo di discussione dai 15 ai 19 anni ha riferito di sentirsi “depressa perché vedo i miei amici alle superiori, mentre io devo fare altro”. Per lei, la radice del problema era la famiglia perché “non ci danno la libertà di fare ciò che vogliamo e dicono di no a tutto ciò che chiediamo, «perché siete ragazze e questo non vi si addice».” Un'altra, in Malawi, ha affermato che le famiglie spesso si aspettano che le ragazze si occupino della maggior parte delle faccende domestiche, costringendole ad abbandonare la scuola. “ci dicono: «se c'è già un ragazzo, una ragazza non avrà alcun beneficio in futuro». “Quindi fanno fare alle ragazze tutte le faccende domestiche, mentre i ragazzi non fanno niente”. Tuttavia, le norme sociali prevedono anche che sia più accettabile che le ragazze cerchino aiuto per problemi di salute mentale rispetto ai ragazzi. In tutti i 13 paesi, ragazzi e ragazze hanno discusso dell'effetto dannoso delle norme di genere legate alla mascolinità. Hanno detto che i ragazzi subiscono pressioni per essere forti, impassibili, invulnerabili e in grado di gestire i problemi da soli. I risultati di una tale pressione si manifestano più negli atteggiamenti che nella sfera emotiva, portando a violenza, aggressività, uso di sostanze e attività sessuali rischiose. Alcuni ragazzi hanno anche parlato della pressione di dover provvedere alle proprie famiglie e di come ricorrono alla criminalità per adempiere ai loro obblighi familiari. “Le ragazze hanno l'opportunità di parlare con i loro coetanei e con i loro genitori ed esprimere cosa provano, mentre i ragazzi devono tenerlo dentro”, ha detto un ragazzo giamaicano in un gruppo di discussione dai 15 ai 19 anni.

## Razza

L'effetto del razzismo sulla salute mentale dei bambini e dei giovani è profondo, radicato e diffuso. Il collegamento può spesso essere spiegato dall'aumento dello stress, dallo stigma e dalla discriminazione che i bambini e i giovani affrontano nella loro vita quotidiana. In generale, il razzismo espone bambini e giovani a discriminazione, svantaggio, pregiudizio, stereotipi, micro aggressioni ed esclusione sociale in base alla razza o all'etnia.<sup>46</sup> Il razzismo svaluta, toglie potere e può essere una forza potente per negare risorse o opportunità.<sup>47</sup> Il razzismo, diretto o indiretto, danneggia in modo significativo la salute e il benessere mentale dei bambini.<sup>48</sup> Le ricerche suggeriscono che il razzismo influisce sulla salute mentale in diversi modi: interferisce con il rendimento scolastico di bambini e adolescenti, danneggia il funzionamento cognitivo, limita l'accesso all'assistenza sanitaria e lede l'autostima. Può portare a sintomi quali insonnia, solitudine, depressione, ansia o angoscia e aumentare i tassi di uso di sostanze o di delinquenza.<sup>49</sup> Le esperienze di razzismo possono causare un effetto a catena sulle famiglie e le comunità, come nei casi in cui l'adulto trasmette il proprio trauma al bambino.<sup>50</sup> Inoltre, la discriminazione razziale può aggravare la stigmatizzazione della malattia mentale.<sup>51</sup> Sebbene il livello di esposizione al razzismo possa cambiare nel corso della vita di una persona, durante i periodi delicati dello sviluppo, il razzismo può esercitare un'influenza ancora maggiore sulla salute mentale di un bambino<sup>52</sup> e i bambini più piccoli appaiono particolarmente vulnerabili.<sup>53</sup> Nel tempo, lo stress cronico da razzismo persistente può aumentare i rischi di futuri disturbi di salute mentale.<sup>54</sup> Il razzismo può anche avere un impatto sulla diagnosi dei disturbi di salute mentale. Ad esempio, negli Stati Uniti, i bambini bianchi hanno maggiori probabilità di ricevere

diagnosi di ADHD; tuttavia, i bambini afroamericani e ispanici hanno maggiori probabilità di essere considerati come affetti da disturbi da comportamento dirompente, con conseguenti percorsi di cura molto diversi.<sup>55</sup> In conclusione, combattere il razzismo e le radici della discriminazione è essenziale per salvaguardare la salute mentale di bambini e giovani.<sup>56</sup>



## Disabilità

Lungi dall'essere un gruppo omogeneo, i bambini e i giovani con disabilità hanno una vasta gamma di identità basate su razza, genere, lingua, religione, etnia o stato socioeconomico.<sup>57</sup> Troppo spesso subiscono discriminazioni basate su queste identità multiple e incrociate. Per i bambini e i giovani con disabilità psicosociali, la discriminazione può provenire da molteplici sfere di influenza: hanno a che fare con la discriminazione da parte dei loro coetanei e del mondo che li circonda; sono spesso vittime di pratiche diffuse come la segregazione, l'eccessiva medicalizzazione e l'istituzionalizzazione. All'interno degli istituti, corrono il rischio di subire violenze e abusi. Affrontare queste forme di discriminazione richiede un modello di diritti umani che riconosca la complessità delle forme di discriminazione incrociate e affronti le situazioni individuali caso per caso, tenendo conto dell'interesse superiore del bambino e delle sue opinioni.

## Lesbiche, gay, bisessuali, transgender, queer e altro (LGBTQ+)

Bambini e giovani di diverso orientamento sessuale e identità di genere affrontano numerose forme di discriminazione, che ne ostacolano le opportunità e li espongono alla violenza,<sup>58</sup> comportando maggiori

rischi per la loro salute mentale. Ad esempio, un rapporto del 2020 basato sullo studio Millennium Cohort nel Regno Unito ha mostrato che i quattordicenni LGBTQ+ avevano cinque volte più probabilità di avere sintomi depressivi e praticare l'autolesionismo rispetto ai loro coetanei eterosessuali.<sup>59</sup> Anche i casi di bullismo, vittimizzazione, inattività fisica, privazione alimentare, scarsa cura del proprio aspetto fisico e uso di sostanze erano più comuni tra i giovani LGBTQ+. Inoltre, questi quattordicenni hanno mostrato minore autostima e soddisfazione per la vita e hanno affermato di essere meno legati alle persone che si prendono cura di loro. Si tratta di rischi che non interessano solo il Regno Unito. Una meta-analisi della salute mentale tra i giovani LGBTQ+ ha mostrato tassi elevati di tentativo di suicidio, ansia e depressione.<sup>60</sup> I casi di depressione, in particolare, erano collegati a bullismo, rifiuto familiare, crimini d'odio,<sup>61</sup> oppressione interiorizzata, stress per nascondere e gestire la propria identità stigmatizzata e coping disadattivo.<sup>62</sup> Inoltre, i giovani LGBTQ+, in particolare i maschi, sono anche maggiormente a rischio di vittimizzazione scolastica, che può avere conseguenze sull'istruzione, la salute e lo sviluppo.<sup>63</sup> I giovani che si identificano come non binari possono vivere condizioni di salute mentale peggiori, ricevere meno supporto sociale ed essere maggiormente a rischio di abuso e vittimizzazione.<sup>64</sup>



## Gruppi indigeni

Anche i gruppi indigeni di tutto il mondo sono esposti a rischi per la salute mentale basati sulla discriminazione.<sup>65</sup> In Nuova Zelanda, ad esempio, suicidio e depressione sono stati collegati a esperienze di discriminazione razziale tra i giovani Maori.<sup>66</sup> In Australia, i bambini aborigeni che hanno subito razzismo a scuola hanno mostrato un aumento del rischio di disturbi emotivi e comportamentali.<sup>67</sup> In Svezia, un'indagine sui bambini indigeni Sami ha rivelato una diminuzione del senso di benessere con l'età.<sup>68</sup> Più in generale, un'analisi sistematica di studi provenienti da 30 paesi e territori condotta nel 2018 ha rilevato che

molte popolazioni adulte indigene hanno tassi elevati di suicidio rispetto alle popolazioni non indigene. A Taiwan e in Alaska, alcuni gruppi indigeni avevano tassi di suicidio fino a sette volte superiori a quelli delle popolazioni non indigene, mentre le disparità più elevate sono state osservate in Brasile e Canada, dove i tassi erano 20 volte superiori tra i gruppi indigeni rispetto alle popolazioni non indigene.<sup>69</sup>



## Risposta

Il più delle volte, per affrontare disturbi di salute mentale che derivano dall'intersezione delle diverse forme di discriminazione è necessario comprendere la complessità dei problemi e attuare una risposta che possa sradicare la discriminazione. Ad esempio, affrontare le norme di genere può essere una fonte di impegno e di emancipazione per adolescenti e giovani, nonché un potente strumento per promuovere la salute mentale. Un'analisi del 2019 sugli sforzi per ridurre le disuguaglianze di genere ha indicato un legame tra i programmi e il miglioramento della salute tra bambini e i giovani fino a 24 anni. Lo studio ha collegato 10 programmi aventi l'obiettivo di modificare le norme di genere.<sup>70</sup> Questi 10 programmi avevano in comune quattro fattori: collaborazione tra settori; collaborazione con molteplici tipologie di stakeholder; attuazione diversificata e un focus sulla partecipazione sociale e sull'emancipazione. Le sfide per la salute mentale possono essere affrontate anche aumentando il senso di appartenenza dei giovani e la valorizzazione dei gruppi minoritari. Ad esempio, gli studi dimostrano che le popolazioni indigene in Canada riescono a sviluppare la capacità di resilienza ricercando il legame con la loro lingua, cultura e storia tradizionali e dedicandosi all'attivismo per promuovere le questioni indigene.<sup>71</sup> Per i bambini e i giovani con disabilità psicosociali, anche le misure per accrescere l'autostima e a ridurre l'auto stigmatizzazione hanno contribuito a combattere la discriminazione. Grazie a questi sforzi, l'ottimismo e la fiducia mostrati dagli

adulti nelle capacità del bambino sono serviti come fattore protettivo contro l'auto-stigmatizzazione.<sup>72</sup> I sistemi di assistenza sanitaria mentale devono essere consapevoli dell'intersezionalità della discriminazione e dell'effetto che può avere sugli individui.<sup>73</sup> Ad esempio, le recenti linee guida volte alla promozione di un'assistenza sanitaria mentale antirazzista, invitano i professionisti a: ampliare la propria conoscenza di fenomeni quali discriminazione, micro aggressioni, profilazione razziale e il loro potenziale impatto sulla salute mentale; valutare i bisogni di un individuo anche sotto l'aspetto culturale; prescrivere farmaci solo come ultima ipotesi; stabilire un approccio individualizzato e culturalmente appropriato al trattamento, che affronti le questioni relative al razzismo.

## Crisi umanitarie

Nel 2021, quasi 235 milioni di persone in tutto il mondo hanno avuto bisogno di assistenza umanitaria in risposta a crisi come guerre, catastrofi, sfollamenti e malattie.<sup>74</sup> I bambini sono stati fin troppo spesso i più colpiti: 415 milioni nel 2018, esposti a stress e traumi.<sup>75</sup> L'impatto delle crisi umanitarie sulla salute mentale dei bambini e dei giovani comporta una serie complessa di rischi, i cui effetti possono variare da bambino a bambino. Ad esempio, alcuni tendono ad avere reazioni che influiscono sulla loro salute mentale e funzionamento in modo normativo nonostante una sostanziale esposizione alla violenza.<sup>76</sup> Altri possono provare un'angoscia estrema e duratura.

## Condizioni complesse

Quando i bambini e le famiglie sono coinvolti in crisi umanitarie, portano con sé storie di assistenza e protezione, insicurezza e traumi. Di conseguenza, concentrarsi su un singolo evento traumatico – guerra, sfollamento o catastrofe – può mascherare l'ampio spettro di esperienze che incidono sulla salute mentale. La povertà, ad esempio, è un'esperienza comune per molti bambini e giovani durante una crisi umanitaria, che sconvolge la vita di molti. Per altri, gli sfollamenti e le crisi significano nuove privazioni per le loro famiglie. Le crisi comportano spesso l'interruzione dei servizi scolastici, l'allontanamento o il trasferimento dei membri della famiglia e la separazione dei bambini, spesso orfani, dalle persone che si prendono cura di loro. Questi cambiamenti sono fonte di nuovi stress e aggravano gli stress già esistenti, come la violenza domestica e le difficoltà economiche. In contesti creati per rispondere alle crisi umanitarie, come i campi profughi e il reinsediamento della popolazione, le interruzioni della vita quotidiana si sommano rapidamente, aggiungendo a circostanze già difficili ulteriori stress e difficoltà. Anche l'età e la fase dello sviluppo possono alterare il modo in cui un bambino o un giovane reagisce nei momenti di stress. Ad esempio, un'analisi sistematica condotta sui bambini nella fascia d'età da 0 a 6 anni che esposti a conflitti, ha identificato sintomi di disturbo da stress post-traumatico (PTSD), depressione, disturbi del sonno, disturbi nel gioco e sintomi psicosomatici come mal di stomaco. Tra gli adolescenti, erano prevalenti PTSD, depressione, aggressività, ansia e disturbi del sonno.<sup>77</sup> Per un bambino o un adolescente, le esperienze vissute durante una crisi possono avere conseguenze diverse.<sup>78</sup> Perdere una persona cara, subire un infortunio, assistere a un evento traumatico o subire direttamente un trauma può portare a esiti diversi. Inoltre, le esperienze possono accumularsi, aggravando l'impatto sulla salute mentale.<sup>79</sup> Il risultato è un effetto a dosaggio: maggiore è l'esposizione, maggiore è il rischio per la salute mentale. In effetti,

l'esposizione cronica al conflitto è stata associata a livelli più elevati di disturbi di salute mentale e psicosociali.<sup>80</sup> Inoltre, i bambini con un passato di disturbi psicosociali e mentali spesso sperimentano un'escalation dei sintomi quando esposti a crisi o contesti fragili. Nello specifico, l'esposizione alle catastrofi è stata collegata all'inasprimento dei disturbi d'ansia e allo sviluppo di fobie, attacchi di panico, ansia da separazione e ansia generalizzata. Gli effetti diretti del conflitto possono danneggiare la salute mentale e il benessere dei bambini e dei giovani. Tuttavia, il conflitto causa anche effetti indiretti, compresa l'interruzione di servizi e sistemi come l'assistenza sanitaria, l'istruzione, i servizi idrici e igienico-sanitari.<sup>81</sup> Molti di questi effetti persistono per generazioni con implicazioni a lungo termine per la salute mentale. È quindi essenziale concentrarsi anche sugli interventi di tutela della salute mentale per avviare una ricostruzione più efficace in seguito a conflitti o crisi.

## Salute mentale e bambini migranti

Per un diciottenne etiopico, i ricordi legati al suo viaggio migratorio sono ancora motivo di dolore.<sup>82</sup> “Non dimenticherò mai quello che ho vissuto durante il viaggio”, ha affermato. “Le parole non bastano per spiegare quanto fossi triste e solo.” A livello globale, quasi 41 milioni di migranti hanno meno di 20 anni.<sup>83</sup> Migrano per molte ragioni: alcuni per cercare opportunità, altri vogliono ricongiungersi con i membri della famiglia e altri scappano dalla violenza e dalla persecuzione. Indipendentemente dalle ragioni per cui lasciano le loro abitazioni, molti scoprono che l'esperienza ha un profondo impatto sulla loro salute mentale e sul loro benessere. Nel Corno d'Africa, dove il diciottenne è stato intervistato nel 2019, la maggior parte dei bambini e dei giovani che migrano rimane all'interno della regione.<sup>84</sup> Le loro esperienze sono complicate, costituite da effetti positivi e negativi sul loro benessere, come illustrato in *Reimagining Migration Responses: Learning from children and young people who move in the Horn of Africa*, pubblicato nel 2021 dall'Ufficio di ricerca dell'UNICEF – Innocenti. Il rapporto, basato su indagini riguardanti bambini e giovani migranti di età compresa tra 14 e 24 anni nei campi per sfollati interni, campi profughi e aree di confine e urbane, ha evidenziato che, per molti bambini e giovani migranti, l'esperienza della migrazione può causare grave stress, ansia e traumi nei momenti critici dello sviluppo infantile. Oltre alle difficoltà insite nel viaggio, i bambini e i giovani migranti hanno riportato un'esposizione regolare a fattori di stress estremi, sia all'interno della loro comunità di origine che in quelle di destinazione, tra cui le difficoltà legali, gli svantaggi materiali e l'esclusione sociale e finanziaria. I bambini e i giovani migranti intervistati hanno raccontato di provare forti sentimenti di ansia, isolamento, paura, sfruttamento e abuso. Hanno raccontato della perdita di sostegno da parte della comunità e della famiglia, di come la loro istruzione sia stata interrotta, della sensazione continua di perdita di autonomia e mancanza di opzioni per una carriera futura. Hanno anche vissuto la stigmatizzazione, l'emarginazione e l'abbandono, fattori che non solo li hanno portati ad abbandonare le loro abitazioni, ma che hanno anche continuato a rappresentare ostacoli per l'integrazione nelle comunità di accoglienza in cui si sono stabiliti. Tuttavia, i racconti di bambini e giovani mostrano anche la loro resilienza, la capacità di adattarsi all'incertezza e la loro determinazione mentre

perseguono aspirazioni per un futuro migliore attraverso la migrazione.



## La pandemia di COVID-19 e la salute mentale

I bambini potrebbero essere stati in gran parte risparmiati dai peggiori effetti fisici del COVID-19, ma la pandemia ha comunque sconvolto le loro vite, creando preoccupazione per la loro salute e benessere mentale. A livello globale, almeno un bambino su sette è stato direttamente colpito dagli effetti dei vari lockdown.<sup>85</sup> Più di 1,6 miliardi di bambini hanno subito perdite a livello educativo, con almeno 463 milioni che non sono stati in grado di accedere al sistema di apprendimento a distanza.<sup>86</sup> Nel luglio 2021, a più di 18 mesi dall'inizio della crisi, l'UNICEF ha stimato che due bambini su cinque nell'Africa orientale e meridionale non frequentavano la scuola a causa della pandemia.<sup>87</sup> Per i bambini, i lockdown hanno significato la perdita di una routine rassicurante, fatta di scuola, sport, svago e amici e opportunità di sviluppo sociale ed emotivo. “Non te ne rendi conto, ma stare chiusi in casa non è la stessa cosa come quando devi studiare”, ha affermato una ragazza svizzera che ha partecipato ai gruppi di discussione organizzati dalla JHU per i giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni. “Anche se dici a te stesso che studierai, beh, la parte sociale ha un enorme impatto su di noi, e trovo che riesca ad influenzare molto il nostro umore.” La sua esperienza è stata ripresa da un ragazzo negli Stati Uniti che ha detto: “Non sento di trarre alcun vantaggio da questa DAD. È difficile anche solo trovare la voglia di lavorare.” Mentre molti bambini e adolescenti sono stati in grado di fare affidamento sulle famiglie per compensare parte della

perdita nell'istruzione e nell'apprendimento, la chiusura delle scuole ha esercitato una forte pressione aggiuntiva sugli adulti, incidendo sulla loro salute e benessere mentale. La pandemia ha aggravato ulteriormente la situazione dei bambini che necessitano di assistenza per particolari problemi di salute mentale. Secondo l'OMS, i servizi di salute mentale per bambini e adolescenti sono stati interrotti in più di due terzi dei 130 paesi che hanno partecipato al sondaggio, mentre i servizi per la salute mentale nelle scuole sono stati interrotti in quasi quattro paesi su cinque.<sup>88</sup> E poi ci sono gli effetti a lungo termine. Dopo anni di progressi la pandemia ha determinato un aumento del numero di bambini che vivono in condizioni di povertà monetaria. Secondo le previsioni dell'UNICEF e di Save the Children, il numero di bambini che vivono al di sotto della soglia di povertà nazionale del proprio paese è aumentato fino a 142 milioni nel 2020, il che significa che quasi due bambini su cinque in tutto il mondo sono poveri.<sup>90</sup> È plausibile ritenere che l'insicurezza economica e la mancanza di istruzione portino a un aumento dei matrimoni infantili – si prevede che circa 10 milioni di ragazze in più rischiano di diventare spose bambine nel prossimo decennio.<sup>91</sup> Anche la malnutrizione è peggiorata e si teme che altri 9,3 milioni di bambini potrebbero soffrire di malnutrizione acuta entro la fine del 2022.<sup>92</sup> Si stima inoltre che almeno 1,5 milioni di bambini abbiano perso i genitori o vivano dai nonni, restando quindi più esposti al rischio di subire abusi e di vivere in istituti.<sup>93</sup> Inoltre, la pandemia ha sollevato particolari timori riguardanti la salute mentale di alcuni gruppi di persone particolarmente vulnerabili residenti nei paesi colpiti da conflitti e sfollamenti forzati. In Colombia, ad esempio, uno studio longitudinale ha mostrato che, all'inizio della pandemia, c'è stato un peggioramento significativo della salute mentale materna tra gli sfollati interni, che deriva dall'incremento di ansia, depressione e stress genitoriale.<sup>94</sup> In sei paesi colpiti dal conflitto, le interviste condotte da World Vision e War Child Holland hanno indicato che il 57% dei bambini avvertiva la necessità di ricevere assistenza per la salute mentale e supporto psicosociale a causa della pandemia e dei lockdown.<sup>95</sup> Tra i bambini rifugiati e sfollati, la percentuale ha raggiunto il 70%.



## I timori per la salute mentale

Saranno necessari molti anni e numerosi sforzi per poter valutare le conseguenze della pandemia e la portata dei suoi effetti sulla salute mentale di bambini, adolescenti e delle persone che si occupano di loro. Lo stesso vale anche per quanto riguarda gli effetti diretti a breve termine della pandemia sulla salute mentale. Questo interrogativo ha generato un'enorme quantità di ipotesi, un'ampia copertura mediatica e numerosi studi accademici.<sup>96</sup> Tuttavia, come sottolinea ripetutamente questo rapporto, la raccolta di dati e il monitoraggio regolare in materia di salute mentale di bambini e adolescenti sono insufficienti. Di conseguenza, è difficile effettuare un raffronto tra la salute mentale dei bambini e dei giovani prima e dopo la pandemia. Molti studi hanno inoltre fatto affidamento sull'autovalutazione dei bambini stessi o dei loro genitori e non su una diagnosi specifica da parte di professionisti qualificati. Queste difficoltà vanno riconosciute e affrontate in anticipo. Partendo da questo presupposto, cosa dicono gli studi sull'impatto della pandemia sulla salute mentale di bambini e adolescenti? L'Ufficio di Ricerca UNICEF Innocenti ha effettuato una rapida revisione dei documenti di ricerca, la maggior parte dei quali provenienti solo da pochi paesi, come Cina, Italia e Stati Uniti e incentrati principalmente sugli adolescenti. La pubblicazione del rapporto, intitolato *Life in Lockdown: Child and adolescent mental health and well-being in the time of COVID-19*, è attesa entro il 2021. Nel complesso, la revisione condotta indica che la pandemia ha causato un aumento dei casi di depressione, sebbene nella maggior parte degli studi questi sintomi fossero solo da lievi a moderati. Anche i casi di nervosismo, rabbia e ansia erano aumentati tra i bambini. Ad esempio, in uno studio effettuato all'inizio del 2020, più di un terzo degli adolescenti cinesi ha dichiarato livelli di ansia ben al di sopra di quanto ci si aspetterebbe in questa fascia di età.<sup>97</sup> Questi sentimenti di ansia e depressione sono richiamati nelle discussioni dei focus group. "Quando penso a tutti coloro che sono morti a causa del COVID-19, mi sento triste e sapere che il numero di casi è in aumento mi crea un forte stress", ha affermato un ragazzo in una discussione per adolescenti tra 10 e 14 anni nella Repubblica Democratica del Congo. In Egitto, una ragazza della stessa fascia d'età ha detto: "Ho avuto paura per tutta la mia famiglia e i miei amici. Non ho paura solo per me stessa, ma anche per tutti coloro che mi circondano". Non tutti i bambini sono stati colpiti allo stesso modo. I bambini e gli adolescenti che hanno affrontato i rischi maggiori per la salute mentale provenivano da famiglie svantaggiate, avevano disturbi di salute mentale preesistenti o avevano vissuto precedenti esperienze avverse. I ragazzi e le ragazze hanno avuto reazioni differenti: le ragazze tendevano maggiormente a mostrare sintomi di depressione, ansia e problemi comportamentali mentre i ragazzi a fare uso di sostanze.<sup>98</sup> In Malawi, un ragazzo che ha preso parte alle discussioni di gruppo organizzate dalla JHU per gli adolescenti di età compresa tra 16 e 19 anni ha affermato che "molti giovani hanno iniziato a bere birra senza controllo a causa dei frequenti cambiamenti nelle date di riapertura delle scuole". Una ragazza del gruppo per adolescenti più giovani ha detto che "molte ragazze sono rimaste incinte e ... molte altre hanno abbandonato la scuola". Meno noto, ma degno di nota, è il fatto che la pandemia potrebbe aver migliorato il livello di soddisfazione per la vita di alcuni bambini e famiglie, alleviando la pressione scolastica o consentendo loro di trascorrere più tempo

insieme. Uno studio condotto in Cina, ad esempio, ha indicato che circa un quinto degli studenti ha riferito di essere più soddisfatto della vita durante la chiusura delle scuole.<sup>99</sup> In Italia, circa la metà dei genitori ha riportato cambiamenti positivi nel rapporto con i figli.<sup>100</sup> In effetti, la famiglia, la genitorialità positiva e la possibilità di parlare con i genitori e altri familiari, è stata un fattore protettivo chiave per molti bambini, offrendo loro il supporto necessario e rafforzando la loro resilienza. Altri fattori protettivi sono stati l'attività fisica, il contatto con gli amici, la routine quotidiana e, per alcuni giovani, l'impegno sociale.<sup>101</sup>

## COVID-19 e resilienza

Oltre al rapporto *Life in Lockdown*, numerosi altri studi hanno esaminato ricerche realizzate a livello mondiale. Uno degli studi più considerati è un meta-studio pubblicato nell'agosto 2021 sulla rivista medica *JAMA Pediatrics*, che ha unito i risultati di 29 studi condotti in tutto il mondo, riguardanti circa 80.000 bambini e adolescenti sotto i 18 anni.<sup>102</sup> Secondo lo studio, i tassi di depressione generalizzata e ansia significativi dal punto di vista clinico sono raddoppiati nel corso della pandemia, con un giovane su quattro che soffre di depressione e uno su cinque di ansia. Il meta-studio rileva tassi più elevati di ansia e depressione tra ragazze e giovani donne e tassi più elevati di depressione (ma non ansia) tra i bambini più grandi. Tra gli altri fattori, quest'ultimo risultato riflette probabilmente gli effetti dell'isolamento sociale su una fascia di età per la quale la socializzazione con i coetanei è di fondamentale importanza. Altri studi si sono concentrati sulla salute mentale della popolazione in generale, ma hanno fornito alcuni spunti rilevanti anche per la salute mentale di bambini, adolescenti e degli adulti che si prendono cura di loro, come la revisione di studi di alto livello qualitativo a cura della COVID-19 Commission Mental Health Task Force di *The Lancet*. Questo studio affronta le preoccupazioni legate alla salute mentale delle persone con in cura minori, osservando che le giovani donne di età compresa tra i 18 ei 24 anni e le giovani madri con bambini sotto i 5 anni, sembrano aver subito un peggioramento significativo dello stato di salute mentale. Tuttavia, in generale, lo studio sembra avere un'impostazione relativamente ottimista, concludendo che il disagio psicologico complessivo è aumentato nei primi mesi della pandemia, ma è tornato per lo più ai livelli pre-pandemia verso la metà del 2020. "Siamo rimasti sorpresi dal modo in cui molte persone hanno resistito alle sfide psicologiche della pandemia", hanno scritto gli autori dello studio. "Gli esseri umani sono più resilienti di quanto pensano".<sup>103</sup>



## L'effetto COVID

Gli studi realizzati finora indicano che le principali aree in cui la pandemia ha colpito la salute mentale di bambini e adolescenti sono:

**Stress e ansia:** sono entrambi aumentati, riflettendo la paura del contagio, l'incertezza creata dai lockdown e dalla chiusura delle scuole e la difficoltà ad adattarsi a una nuova normalità. Non vi sono prove decisive circa l'aumento dei disturbi da stress post-traumatico (PTSD).

**Depressione e tendenze suicide:** c'è stato un aumento moderato dei sintomi legati a depressione e tristezza, in particolare tra gli adolescenti più grandi. Le prove finora non indicano un aumento dei tassi di suicidio.

**Problemi comportamentali:** il lockdown ha alimentato un incremento di rabbia, negatività, irascibilità e disattenzione, in particolare tra i bambini con disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e autismo. I genitori hanno anche riferito che i bambini più piccoli hanno mostrato un maggiore attaccamento e gli adolescenti hanno mostrato maggiori problemi di condotta e comportamenti distruttivi.

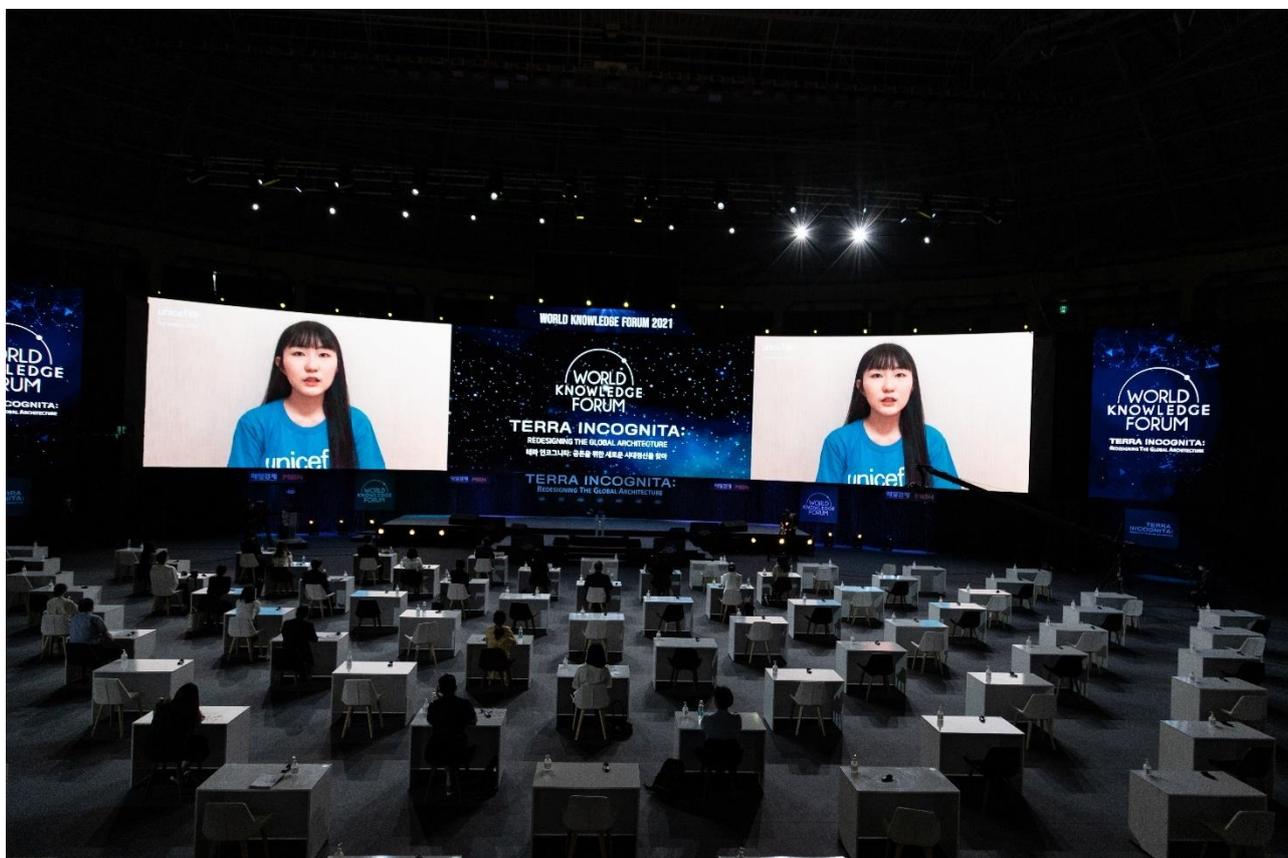
**Uso di alcol e sostanze:** studi limitati indicano che gli adolescenti, in particolare ragazzi e giovani uomini, hanno abusato di alcol e altre sostanze come meccanismo di difesa per affrontare la pandemia e altri problemi di salute mentale.

**Cambiamenti dello stile di vita:** i lockdown e la chiusura delle scuole hanno significato meno esercizio fisico, più tempo davanti allo schermo e disturbi del sonno, tutti fattori associati in qualche modo a una minore qualità di vita e a un maggiore disagio psicologico.

**Salute mentale positiva:** secondo alcuni dati, numerosi bambini hanno avvertito una maggiore soddisfazione della vita durante i lockdown perché hanno potuto trascorrere più tempo e momenti piacevoli con i membri della famiglia e staccare la spina dalla scuola e dagli esami.

## Sezione Speciale: tecnologie digitali e salute mentale

La pandemia di COVID-19 ha fatto sì che le tecnologie digitali entrassero a far parte, come mai prima d'ora, nella vita di molti bambini. Per molte famiglie in tutto il mondo, smartphone, tablet e computer portatili hanno fornito a bambini e giovani una connessione fondamentale con la scuola, gli amici e la famiglia durante le lunghe settimane di isolamento, nonché strumenti di distrazione e intrattenimento a volte essenziali.



Per molte altre famiglie, l'assenza di accesso digitale ha rappresentato un problema particolarmente acuto. Con la chiusura delle scuole a livello globale, oltre il 90% dei ministeri dell'istruzione ha implementato sistemi di didattica a distanza, ma l'impossibilità di utilizzare la televisione e gli strumenti digitali ha impedito a uno studente su tre - prevalentemente bambini provenienti dalle famiglie più povere<sup>104</sup> - di usufruire di questa opportunità. Quando si tratta di competenze digitali, emerge anche un divario di genere, evidente soprattutto in alcuni paesi, dove le ragazze hanno minori competenze informatiche rispetto ai ragazzi.<sup>105</sup> La pandemia ha sottolineato il ruolo positivo che le tecnologie digitali possono svolgere nella vita dei bambini, sottolineando però anche l'alto prezzo da pagare, in termini di opportunità educative ed economiche perse dai circa 2,2 miliardi di bambini e giovani di età inferiore ai 25 anni con accesso a Internet limitato o assente.<sup>106</sup> Nonostante questo aspetto positivo della tecnologia, molti genitori, insegnanti e persino gli stessi bambini e giovani, continuano ad essere preoccupati per l'impatto delle tecnologie digitali sulle giovani menti. Quanto sono giustificati questi timori? Due punti chiave possono aiutare a illustrare alcuni dei temi più ampi di questa ricerca: social media e quantità di tempo passato davanti allo schermo. Mentre i social media sono spesso descritti come una delle principali cause di ansia e

depressione tra i bambini e i giovani, la ricerca ne dipinge un quadro molto più sfumato. Nel complesso, un ampio numero di studi indica l'esistenza di un legame molto sottile, che può essere positivo o negativo, tra l'uso dei social media e lo stato di salute mentale (depressione, ansia e benessere). È pertanto difficile separare la causa dall'effetto: in altre parole, i social media rendono depressi i giovani o i giovani depressi hanno maggiori probabilità di usare i social media? Inoltre, alcuni giovani che sono soli e isolati o che si sentono depressi e ansiosi possono rivolgersi ai social media e al mondo online per trovare amici e supporto o comunità che li aiutino a soddisfare i loro bisogni.<sup>109</sup> Per quanto riguarda la questione relativa alla quantità di tempo trascorso davanti allo schermo, le prove di un collegamento con un cattivo stato di salute mentale sono scarse. Ad esempio, un importante riesame delle statistiche nel Regno Unito ha trovato "prove moderatamente consistenti" a supporto del legame tra maggiore quantità di tempo trascorso davanti allo schermo (incluso guardare la tv) con "sintomi depressivi più gravi", mentre per l'associazione con i disturbi d'ansia e i problemi comportamentali le prove scarse o inesistenti.<sup>110</sup> Tuttavia, per molti ricercatori, in un'epoca in cui le tecnologie digitali sono diventate parte integrante della vita di così tanti giovani (per il modo in cui comunicano, imparano, socializzano, giocano e, in alcuni casi, guadagnano) concentrarsi solo ed esclusivamente sulla quantità di tempo trascorso davanti allo schermo distrae l'attenzione da questioni molto più importanti. Diventa sempre più difficile separare le esperienze offline da quelle online<sup>111</sup> e questo fenomeno tenderà a crescere ulteriormente in un mondo sempre più connesso digitalmente. Data questa premessa, occorre pensare alle tecnologie digitali in riferimento al contesto generale di vita e alla situazione complessiva del bambino. Per quanto riguarda la quantità di tempo trascorso davanti allo schermo, ad esempio, è più utile per i genitori considerare *cosa* stanno facendo i bambini davanti agli schermi, piuttosto che quanto tempo ci trascorrono, e pensare a come il tempo davanti allo schermo si inserisce nel modo in cui i bambini impiegano il proprio tempo. Secondo Sonia Livingstone della London School of Economics, "ciò che conta non è tanto quante ore i bambini trascorrono davanti agli schermi, ma se questo porta via troppo tempo ad attività come dormire, giocare, parlare e svolgere attività fisica".<sup>112</sup>

Come affermato nel rapporto *La Condizione dell'Infanzia nel Mondo 2017: Figli dell'era digitale*, è anche fondamentale considerare il contesto generale in cui un bambino vive: dal momento che il mondo offline e online sono indissolubilmente connessi, anche la vulnerabilità nella vita reale si rispecchia nel mondo digitale.<sup>113</sup> Oppure, come ha ben riassunto il giornalista Nathaniel Popper su *The New York Times*: "Il telefonino non è altro che uno specchio capace di rilevare i problemi che un bambino avrebbe anche senza gli altri".<sup>114</sup>

## Cosa dicono i giovani

Gli adolescenti hanno molto da dire sulla tecnologia digitale e sulla salute mentale. Nelle discussioni dei focus group diretti dalla JHU, i partecipanti hanno spiegato come la tecnologia digitale sia allo stesso tempo utile e dannosa per il loro benessere. Un ragazzo nel gruppo di discussione per giovani tra i 15 e i 19 anni in Svizzera ha affermato: "Lo vedo come uno strumento, come un coltello; dipende da cosa ci fai." È interessante notare che ci sono state grandi differenze a livello geografico nel numero di discussioni incentrate sulla tecnologia digitale: nei contesti a basso reddito, l'argomento è stato discusso in maniera

minore rispetto ai contesti a reddito medio-alto. Una preoccupazione comune tra i diversi partecipanti che hanno discusso di tecnologia digitale è stata l'impatto dei social media sull'autostima. Molti hanno parlato di come ci si confronti costantemente con le immagini "perfette" pubblicate online. Un altro tema affrontato è stata l'incapacità di controllare la quantità di tempo che si trascorre sui social media o giocando online. Diversi adolescenti hanno anche discusso del loro bisogno, a volte ossessivo, di essere accettati dal mondo del web. Molti adolescenti, nei gruppi di discussione, hanno anche parlato di cyberbullismo e dell'impatto negativo causato dai commenti offensivi online. Come ha detto una ragazza in un gruppo di discussione per adolescenti dai 15 ai 19 anni in Cina: "Ci sono pochissime persone che ti incoraggiano... ai leoni da tastiera che parlano senza pensare, vorrei dire che le parole possono ferire". Allo stesso tempo, i partecipanti al focus group hanno anche descritto il modo in cui la tecnologia digitale ha aiutato la loro salute mentale. Gli adolescenti di tutto il mondo hanno affermato avere accesso a Internet permette di esplorare nuove idee e conoscere nuovi amici, aiutandoli ad uscire dalla loro "bolla". Molti adolescenti hanno anche dichiarato che condividere i propri sentimenti in modo anonimo è stata una potente strategia di adattamento, specialmente nei luoghi in cui lo stigma è forte. Le ragazze hanno avuto maggiori probabilità di ricorrere a strategie di adattamento rispetto ai ragazzi, che invece tendono a gestire il proprio disagio con i giochi online. Come ha detto una ragazza nella discussione per i giovani dai 15 ai 19 anni in Giordania sulla condivisione dei sentimenti online: "Quando non ti fidi di nessuno, trovi qualcuno".

## La tecnologia digitale per la salute mentale

La tecnologia digitale sta diventando anche una parte importante dei servizi per la salute mentale e di supporto psicosociale. Rappresenta infatti un modo per educare e diffondere informazioni; un aiuto nello screening e nella diagnosi; un canale per offrire trattamenti e assistenza e uno strumento per la formazione e la supervisione degli operatori che si occupano di salute mentale.<sup>115</sup> La tecnologia digitale è anche utile per tracciare le tendenze del comportamento umano e sviluppare gli interventi con maggiore precisione. Inoltre, è un potente strumento per rafforzare le capacità degli operatori che si occupano di salute mentale a livello globale e aiutare a fornire servizi equi per la salute mentale in luoghi in cui sono attualmente carenti.<sup>116</sup> Gli strumenti digitali vengono impiegati per offrire servizi per la salute mentale e di supporto psicosociale in diversi formati, come siti Web, giochi, app, robotica, realtà virtuale e messaggistica mobile. Un'analisi sistematica degli interventi digitali ha indicato che i giovani li utilizzano maggiormente quando il servizio è conveniente, autonomo e anonimo, presenta un testo ridotto e offre opportunità di connessione con i coetanei.<sup>117</sup> Tra gli interventi digitali attualmente in uso c'è EMPOWER, una piattaforma di formazione digitale gestita dal Global Mental Health Lab di Harvard.<sup>118</sup> L'obiettivo del programma è creare una forza lavoro globale nel campo della salute mentale e colmare il divario tra la necessità e la mancanza di servizi di qualità basati su prove scientifiche in molte parti del mondo. EMPOWER utilizza la tecnologia digitale per formare e fornire orientamenti in tempo reale agli operatori sanitari della comunità, come infermieri, assistenti sociali e ostetriche. Utilizza anche piattaforme digitali per monitorare a distanza gli effetti degli interventi di assistenza sanitaria per la salute mentale. EMPOWER è stato sperimentato in India in collaborazione con un'affermata organizzazione per la salute mentale e nel 2021 sono stati intrapresi sforzi per lanciare il programma negli Stati Uniti. EMPOWER sta anche sviluppando contenuti sulla genitorialità, un approccio chiave per costruire le basi della salute mentale nei bambini e nei giovani. Oltre allo sviluppo

delle capacità, la tecnologia digitale viene utilizzata anche per fornire cure. Ad esempio, la terapia cognitivo comportamentale computerizzata (CCBT) può essere moderatamente efficace per il trattamento della depressione e dell'ansia nei giovani di età compresa tra i 10 e i 24 anni, in particolare se abbinata ad incontri di persona che ne favoriscono l'efficacia.<sup>119</sup> Un approccio innovativo alla CCBT è SPARX (acronimo di pensieri intelligenti, positivi, attivi, realistici, fattore X), un gioco per computer sviluppato in Nuova Zelanda per i giovani.<sup>120</sup> L'obiettivo del gioco è riportare l'equilibrio in un mondo consumato da pensieri cupi, negativi e automatici. I giocatori seguono un avatar attraverso un regno fantastico e svolgono varie missioni che includono abilità CCBT, tra cui rilassamento, regolazione delle emozioni e riformulazione mentale di pensieri e ipotesi.<sup>121</sup> Uno studio del 2017, che ha testato una versione del programma e si è svolto prima degli esami finali della scuola secondaria, ha indicato che SPARX ha ridotto i sintomi della depressione a breve termine. Tuttavia, 18 mesi dopo lo studio, non vi è stato alcun effetto duraturo.<sup>122</sup> SPARX è finanziato dal Ministero della Salute della Nuova Zelanda e il gioco è disponibile gratuitamente in tutta la Nuova Zelanda. Nel 2020, SPARX è stato incluso come parte di uno studio volto a determinare se le app per smartphone fossero un modo efficace per affrontare la depressione degli studenti.<sup>123</sup>

## Cambiamenti climatici e salute mentale

Molti giovani si sono schierati in prima linea nel richiedere un'azione urgente sui cambiamenti climatici. Greta Thunberg, la giovane attivista svedese che descrive la sua sindrome di Asperger come un superpotere, ha affermato: "Ci meritiamo un futuro sicuro e chiediamo un futuro sicuro."



È davvero chiedere troppo?"<sup>124</sup> I cambiamenti climatici e, più in generale, il degrado ambientale, avranno un profondo impatto sul futuro dei giovani. Ma ci si domanda se anche la loro salute mentale e benessere emotivo ne subiranno gli effetti. Da un certo punto di vista, i timori legati all'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute mentale derivano dalla dimostrazione che i giovani provano angoscia al pensiero di vivere in un mondo con temperature in aumento e clima imprevedibile.<sup>125</sup> Tuttavia, le minacce alla salute e al benessere mentale derivano anche dalle conseguenze dei cambiamenti climatici e degli eventi meteorologici estremi, come alluvioni e ondate di calore, aumento dell'insicurezza alimentare, insicurezza idrica e conflitti. In sostanza, questi pericoli espongono i giovani a esperienze significativamente stressanti e, indirettamente, danneggiano la loro salute fisica e il benessere della comunità. Esistono altri collegamenti tra condizioni ambientali e salute mentale. Ad esempio, è sempre più dimostrato che l'inquinamento atmosferico danneggia il cervello in via di sviluppo dei bambini e che l'esposizione durante l'infanzia e l'adolescenza a sostanze inquinanti come gli ossidi di azoto, spesso presenti nelle strade urbane, è collegata a disturbi di salute mentale nella tarda adolescenza.<sup>126</sup> La vita urbana può comportare anche altri costi per la salute mentale, poiché è noto che gli spazi verdi giovano alla salute mentale dei bambini e riducono lo stress, specialmente per i bambini provenienti da famiglie a basso reddito.<sup>127</sup>

## Resilienza

Almeno dalla Seconda guerra mondiale, i ricercatori hanno esaminato i modi in cui le calamità influiscono sulla capacità umana di adattarsi e riprendersi,<sup>128</sup> domandandosi perché un bambino può superare con successo terribili difficoltà mentre un altro continua a lottare; quindi, cosa rende un bambino o un giovane resiliente di fronte alle avversità? Di recente, la risposta a questa domanda si è evoluta notevolmente, con implicazioni significative sul modo in cui tuteliamo e promuoviamo la salute mentale dei bambini e dei giovani. Laddove una volta i ricercatori (e i professionisti della salute mentale) si concentravano sulle caratteristiche individuali, ora vedono una complessa combinazione di sistemi che si uniscono per favorire la resilienza di un bambino o di un giovane.<sup>129</sup> Le teorie sul processo variano e i metodi per promuovere la resilienza rimangono in fase di elaborazione. Tuttavia, i dati mostrano che la resilienza è fondamentale per la salute mentale; non è l'obiettivo, ma il mezzo per promuoverla.<sup>130</sup>

## Sezione Speciale: Il volto del maltrattamento

Una ragazza è incatenata dalla sua famiglia e costretta ad assumere farmaci con la forza; un ragazzo fugge da un orfanotrofio per poi essere costretto a tornare, legato a un letto senza materasso e stordito dai farmaci; un giovane viene ammanettato in un tribunale per minorenni e fatto sentire "come un cane incatenato".<sup>131</sup> Questi sono solo alcuni dei tanti volti dei maltrattamenti inflitti a bambini e giovani. I dati sull'entità dei maltrattamenti sono scarsi, ma le prove ne indicano un'ampia diffusione. Si verificano nei sistemi di giustizia penale, nei servizi di salute mentale, nelle strutture sanitarie, nelle case private, nelle organizzazioni religiose e negli orfanotrofi e in molti altri luoghi. Sia nei paesi ricchi che in quelli poveri, i bambini e i giovani sono privati dei loro diritti umani e sottoposti a detenzione e trattamenti che, in molti casi, possono minare la loro salute mentale o aggravare disturbi già esistenti. In tali contesti, il disagio

mentale può essere interpretato come un riflesso di problemi di salute mentale sottostanti, sebbene spesso possa essere una risposta al maltrattamento stesso.<sup>132</sup> Ad esempio, i bambini in istituti potrebbero non essere in grado di instaurare rapporti o creare un legame con le persone che si prendono cura di loro e questa carenza può portare a comportamenti come l'headbanging (scuotere la testa con violenza), che vengono arginati con strumenti di contenimento.<sup>133</sup> Nelle strutture di detenzione minorile, l'isolamento e la reclusione possono traumatizzare nuovamente bambini e giovani già vulnerabili.<sup>134</sup> Questo trauma può, a sua volta, essere erroneamente attribuito alla malattia mentale.<sup>135</sup> In qualsiasi contesto, le restrizioni possono esacerbare il danno psicologico e esporre il bambino a un rischio maggiore di suicidio, autolesionismo, malattie mentali e ritardi nello sviluppo.<sup>136</sup>

### Assistenza mentale e istituti

Gli istituti sono spesso definiti in modo approssimativo, ma molti sono accomunati da elementi come la separazione da un genitore o da un adulto che si prende cura di un minore, l'abbandono strutturale e l'assenza di un ambiente educativo e stimolante. Gli istituti sono di particolare interesse per la salute mentale.<sup>137</sup>



Le stime variano ampiamente, ma è probabile che almeno 2,7 milioni (e forse fino a 5,4 milioni) di bambini vivano varie forme di assistenza istituzionale. Secondo i dati a livello globale, un'alta percentuale ha disabilità, tra cui disabilità dello sviluppo o disturbi mentali.<sup>138</sup> Le segnalazioni di abusi sui bambini che

vivono negli istituti sono numerose. In Serbia, un relatore speciale delle Nazioni Unite ha segnalato una “mancanza di supervisione e di regolamenti applicabili sull'uso delle restrizioni fisiche”.<sup>139</sup> In un orfanotrofio ucraino, Disability Rights International, un'organizzazione non governativa (ONG), ha intervistato un ragazzo che ha detto: “Dopo che sono scappato e mi hanno riportato indietro, mi hanno spogliato, mi hanno messo su un letto d'acciaio senza materasso, mi hanno legato al letto e mi hanno iniettato degli psicofarmaci”.<sup>140</sup> In Guatemala, l'ONG ha riferito che in un istituto privato “tutti i bambini con disabilità erano legati alle sedie, indipendentemente dalla loro disabilità o grado di mobilità”. In un altro, quattro adolescenti erano distesi su stuoie con le mani legate dietro la schiena.<sup>141</sup> C'è un quadro altrettanto preoccupante quando si parla di privazione della libertà di bambini e giovani, sia dovuta allo status di migrante nell'ambito di procedure di giustizia penale, o a causa di motivi di salute o familiari.<sup>142</sup> La privazione della libertà può generare o aggravare i disturbi mentali.<sup>143</sup> Il focus sulle istituzioni racconta solo una parte della storia. Ci sono anche numerose prove di maltrattamenti a livello domestico, nei campi di preghiera e nelle istituzioni religiose. In Indonesia, ad esempio, si stima che circa il 14% delle persone affette da disturbi mentali gravi siano state incatenate.<sup>144</sup> Spesso le persone con disturbi mentali sono lasciate senza cibo, acqua o un riparo adeguato e senza nessuno che si occupi della loro igiene o sicurezza personale.<sup>145</sup> Nei paesi in cui i servizi di assistenza per i bambini con gravi problemi di salute mentale sono molto limitati, le famiglie si rivolgono spesso a diverse istituzioni religiose, che spesso riflettono le credenze, lo stigma e le superstizioni locali. Ancora una volta, i maltrattamenti non sono rari. Nei campi di preghiera in Ghana, l'ex relatore speciale delle Nazioni Unite sulla tortura, Juan Méndez, ha visto bambini e adulti con disabilità mentali o neurologiche incatenati a pavimenti, muri o alberi e costretti a digiunare per lunghi periodi, presumibilmente per scoraggiare la fuga o comportamenti aggressivi.<sup>146</sup> Le radici di tali maltrattamenti sono complesse; riflettono il potente impatto dello stigma e la dura realtà che la maggior parte delle famiglie in numerosi paesi non può accedere ai servizi per la salute mentale.

## Servizi per la salute mentale

Tuttavia, anche nei paesi in cui sono presenti servizi per la salute mentale strutturati, il modo in cui vengono trattati bambini e giovani è motivo di grande preoccupazione. Vi sono prove dell'uso continuativo della coercizione e della reclusione all'interno dei servizi per la salute mentale.<sup>147</sup> Tali servizi possono adottare un approccio eccessivamente medicalizzato per trattare i disturbi mentali, basandosi su un trattamento top-down e non rispettando il ruolo dell'individuo nella fase di ripresa. Troppo spesso, perpetuano gli stereotipi che colpiscono le persone con problemi di salute mentale, considerandole pericolose anche se, come hanno notato i difensori dei diritti umani Dainius Pūras e Julia Hannah, “le persone con disabilità psicosociali hanno molte più probabilità di essere vittime di violenza che autori”.

## Cosa si può fare

A livello globale, offrire assistenza ai bambini e ai giovani con problemi di salute mentale richiede un profondo cambiamento culturale. I bambini e i giovani con problemi di salute mentale non devono essere trattati solo come pazienti, ma come individui con diritti che, in base alle loro capacità in evoluzione,

possono svolgere un ruolo attivo nel loro percorso di cura attraverso un processo decisionale diretto o supportato. È essenziale una legislazione in materia di salute mentale che si fondi sui diritti delle persone con disturbi mentali. Inoltre, è necessario il sostegno e la collaborazione dei leader della comunità, compresi i guaritori.<sup>148</sup> Sfortunatamente, ad oggi, pochi paesi hanno stabilito accordi per raggiungere questi obiettivi e gli obiettivi fissati dalla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità.<sup>149</sup>

## Il cambiamento è possibile

In molti paesi sono stati compiuti numerosi progressi per affrontare la discriminazione e la violazione dei diritti fondamentali che troppo spesso si verificano nei contesti associati alla salute mentale. Le buone prassi esistono in tutto il mondo nei centri comunitari per la salute mentale, nei servizi di risposta alle crisi, negli ospedali e in altri contesti. Ad esempio, il Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nella regione Brasilândia di San Paolo offre centri per la salute mentale basati sulla comunità che hanno sostituito gli ospedali psichiatrici. Alcune delle strutture CAPS sono adattate alle esigenze dei bambini e degli adolescenti e forniscono assistenza e supporto continui per la salute mentale a livello comunitario, compresi gli interventi in caso di crisi. L'approccio CAPS si basa in primo luogo sui principi della libertà e della deistituzionalizzazione. Sfortunatamente, il successo non è sempre duraturo e fornire interventi basati sulla comunità richiede un cambiamento significativo nell'atteggiamento e nella pratica. In parti del mondo con poche risorse, questi cambiamenti richiederanno sforzi notevoli.

---

## FATTI E CIFRE

In tutto il mondo, i disturbi mentali sono tra le principali cause di sofferenza per molti bambini e giovani, anche se spesso ignorati. Interferiscono con la salute, l'educazione e la capacità di realizzare appieno il potenziale personale.



- Si stima che oltre il 13% degli adolescenti tra i 10 e i 19 anni - vale a dire 86 milioni di adolescenti tra i 15 e i 19 anni e 80 milioni tra i 10 e i 14 anni, viva con un disturbo mentale accertato, secondo quanto definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Nella fascia di età dai 10 ai 19 anni sono 89 milioni i ragazzi e 77 milioni le ragazze adolescenti che soffrono di disturbi mentali.
- Il tasso di prevalenza dei disturbi mentali diagnosticati è più elevato nei paesi del Medio Oriente, Nord Africa, Nord America ed Europa occidentale.
- L'ansia e la depressione rappresentano circa il 40% dei disturbi mentali diagnosticati, mentre la restante parte include il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività, disturbi della condotta, disabilità intellettiva, disturbo bipolare, disturbi della condotta alimentare, autismo e schizofrenia.
- I bambini e i giovani presentano spesso un disagio psicosociale che non raggiunge i livelli di un vero e proprio disturbo epidemiologico, ma che è tale da comprometterne la vita, la salute e le prospettive per il futuro.

- Secondo una ricerca condotta dalla società di analisi Gallup per il rapporto UNICEF *Changing Childhood*, nella prima metà del 2021 in media il 19% dei giovani tra i 15 e i 24 anni in 21 paesi ha dichiarato di sentirsi spesso depresso o di non avere interesse nel mondo circostante.

**Il costo del mancato intervento è altissimo, sia in termini di vite umane, che in relazione alle ripercussioni su famiglie, comunità e sistema economico.**

- Si stima che ogni anno 45.800 adolescenti muoiano per suicidio, più di 1 persona ogni 11 minuti.
- Il suicidio è la quinta causa di morte più comune tra gli adolescenti dai 10 ai 19 anni e la quarta nella fascia d'età dai 15 ai 19 anni, preceduta da incidenti stradali, tubercolosi e violenza interpersonale. Sempre nella fascia d'età dai 15 ai 19 anni, è la terza causa di morte più comune tra le ragazze e la quarta per i ragazzi.
- Nuove analisi condotte nell'ambito del presente rapporto indicano che la perdita annuale di capitale umano determinata dai problemi collegati alla salute mentale nei bambini da 0 a 19 anni è di 387,2 miliardi di dollari (dollari a parità di potere d'acquisto). Di questi, 340,2 miliardi di dollari riflettono il costo legato a disturbi come ansia e depressione, mentre 47 miliardi di dollari rappresentano la perdita dovuta al suicidio.
- Su un totale di 340,2 miliardi di dollari, i disturbi d'ansia rappresentano il 26,93%, i disturbi del comportamento il 22,63% e la depressione il 21,87%.

**Nonostante l'ampia richiesta di interventi volti a promuovere, tutelare e sostenere la salute mentale dei bambini, gli investimenti in questo settore restano ancora insufficienti.**

- Una ricerca condotta dalla società Gallup per il rapporto UNICEF *Changing Childhood* indica una forte richiesta di interventi nel settore della salute mentale. In media, l'83% dei giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni in 21 paesi ritiene che sia meglio affrontare i problemi di salute mentale condividendo le esperienze personali con altre persone e rivolgendosi ai servizi di sostegno piuttosto che da soli.
- Nonostante l'elevata richiesta di servizi di assistenza, a livello globale la spesa pubblica media destinata alla salute mentale è solo il 2,1% della spesa sanitaria totale.
- In alcuni dei paesi più poveri del mondo, i governi spendono meno di 1 dollaro a persona per *trattare* i problemi di salute mentale.
- Il numero di medici specializzati nei disturbi psichiatrici infantili è inferiore allo 0,1 ogni 100.000 abitanti in tutti i paesi, ad esclusione dei paesi ad alto reddito, dove è pari a 5,5 ogni 100.000 abitanti.
- Gli investimenti destinati a promuovere e tutelare la salute mentale - senza considerare l'assistenza fornita ai bambini con problematiche particolarmente gravi - sono estremamente ridotti.
- L'assenza di investimenti comporta l'impossibilità da parte degli operatori - anche a livello comunitario - di affrontare i problemi legati alla salute mentale in modo trasversale, intervenendo in campo sanitario, educativo e della protezione sociale.

**La salute mentale è oggetto di stigma e incomprensione: è, in realtà, uno stato di benessere positivo e una base fondamentale su cui bambini e giovani possono costruire il proprio futuro.**

- Nonostante la maggiore consapevolezza delle conseguenze dei disturbi mentali, lo stigma resta un fattore dominante. Gli effetti discriminatori dello stigma - intenzionale o meno - impediscono ai

bambini e ai giovani di rivolgersi ai servizi di assistenza e limitano le loro opportunità di crescere, imparare e svilupparsi.

- Come per la salute fisica, la salute mentale va considerata una cosa positiva: è alla base della capacità umana di pensare, provare sensazioni, imparare, lavorare, instaurare relazioni profonde e contribuire alla comunità di appartenenza e al mondo intero. È parte integrante della salute dell'individuo e fondamento essenziale per la salute delle comunità e delle nazioni.
- La salute mentale esiste su un continuum che racchiude periodi di benessere e periodi di disagio, la maggior parte dei quali non si evolverà mai in un disturbo diagnosticabile.
- La salute mentale è un diritto fondamentale ed è essenziale per raggiungere gli obiettivi globali e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile.

### **I fattori di rischio e protettivi influiscono sulla salute mentale nei momenti critici dello sviluppo.**

- Nei momenti critici dello sviluppo infantile, alcuni fattori legati alle esperienze e all'ambiente possono costituire un rischio per la salute mentale o aiutare a proteggerla. Le strategie politiche dovrebbero puntare a ridurre al minimo i fattori di rischio, ottimizzando al contempo i fattori protettivi.
- I fattori di rischio e protettivi possono essere suddivisi in tre principali sfere di influenza: il mondo del bambino, incentrato sull'ambiente familiare o nel quale il bambino cresce; il mondo intorno al bambino, che coinvolge la sicurezza e i legami sani stabiliti nella scuola e nella comunità; il mondo in generale, che comprende determinanti sociali su larga scala - come la povertà, le calamità naturali, i conflitti e la discriminazione.
- La salute mentale è collegata ai principali momenti dello sviluppo cerebrale, che può essere influenzato da fattori come lo stress tossico innescato dalle esperienze infantili avverse (ACE), l'abuso fisico ed emotivo, la negligenza cronica e la violenza.
- Alcune ricerche hanno dimostrato che l'esposizione ad almeno quattro ACE è fortemente associata a: comportamenti sessuali rischiosi, disturbi mentali, abuso di alcol e droghe e violenza verso se stessi e gli altri.

### **Il ruolo dei genitori è fondamentale per creare basi solide per la salute mentale dei bambini, ma occorre maggiore supporto alla genitorialità.**

- Il ruolo dei genitori è fondamentale per la salute mentale dei bambini. Tuttavia, per adempiere a questo importante ruolo, molte delle persone che si occupano di minori hanno bisogno di ricevere supporto attraverso programmi di sostegno alla genitorialità, che includano informazioni, orientamenti e sostegno finanziario e psicosociale.
- Molti adulti hanno inoltre bisogno di servizi di assistenza per la propria salute mentale.
- Prima del concepimento, i principali fattori di rischio per la salute mentale del bambino sono il basso peso alla nascita, la malnutrizione materna, la salute mentale materna e genitori adolescenti. A livello globale, il 15% dei bambini ha un basso peso alla nascita, mentre circa il 15% delle ragazze diventano madri prima dei 18 anni.
- Nell'infanzia, i fattori di rischio sono rappresentati da un'alimentazione inadeguata e un'educazione violenta. A livello mondiale, a circa il 29% dei bambini non è garantita la diversità minima del regime alimentare.

- Nei paesi meno sviluppati del mondo, l'83% dei bambini viene educato in maniera violenta e il 22% è coinvolto nel lavoro minorile.
- Durante l'adolescenza, una genitorialità responsiva resta uno dei più validi fattori protettivi della salute mentale.

**La scuola e gli ambienti educativi offrono numerose opportunità per sostenere la salute mentale, ma possono anche esporre i bambini a una serie di rischi, tra cui il bullismo e un'eccessiva pressione scolastica.**

- Le scuole possono essere ambienti sani e inclusivi in cui i bambini imparano abilità essenziali per il loro benessere, ma anche luoghi in cui vivono esperienze di bullismo, razzismo, discriminazione, pressioni da parte dei coetanei e stress legato al rendimento scolastico.
- Nonostante le opportunità di apprendimento precoce siano strettamente connesse allo sviluppo infantile, circa l'81% dei bambini nei paesi meno sviluppati non partecipa a programmi educativi durante la prima infanzia.
- Tra i bambini più grandi, la mancata frequenza o l'abbandono scolastico precoce sono legati all'isolamento sociale, che, a sua volta, può determinare problemi di salute mentale, come autolesionismo, idee suicide, depressione, ansia e uso di sostanze stupefacenti e alcol.
- Un'analisi condotta dall'istituto di ricerca RTI nell'ambito del presente rapporto indica che gli interventi condotti a livello scolastico per affrontare ansia, depressione e suicidio generano un rendimento degli investimenti di 21,5 dollari per ogni dollaro investito in 80 anni.

**I fattori socioeconomici e culturali che hanno luogo nel mondo in generale, così come le crisi umanitarie e eventi straordinari come la pandemia di COVID-19, possono mettere a rischio la salute mentale.**

- Esiste una relazione a doppio senso tra povertà e salute mentale. La povertà può determinare l'insorgenza di disturbi mentali e una cattiva salute mentale può portare alla povertà. A livello globale, quasi il 20% dei bambini sotto i 5 anni vive in condizioni di estrema povertà.
- Le norme di genere possono avere conseguenze sulla salute mentale di ragazze e ragazzi. Le ragazze si ritrovano spesso ad affrontare stereotipi restrittivi in ambito lavorativo, educativo e familiare, oltre a correre il rischio di subire violenza da parte del partner; i ragazzi subiscono forti pressioni, che li inducono a reprimere le emozioni personali e a fare uso di sostanze.
- Durante una crisi umanitaria, i bambini sono quelli maggiormente esposti - 415 milioni nel 2018, soprattutto a stress e traumi. L'impatto di una crisi può essere diverso da bambino a bambino: alcuni mostrano maggiore capacità di resilienza, mentre altri vivono una condizione di sofferenza estrema e prolungata.
- Sono stati segnalati numerosi casi di abuso sui bambini che vivono negli istituti, un'alta percentuale dei quali affetta da diverse disabilità, come disabilità dello sviluppo o mentali. È stata inoltre ampiamente dimostrata la pratica di ammanettare i bambini e i giovani con gravi disturbi mentali e di ricorrere a strumenti coercitivi e di contenzione all'interno dei servizi per la salute mentale.
- L'impatto della pandemia di COVID-19 sulla salute mentale è fonte di grande preoccupazione. Le ricerche indicano un aumento dei livelli di stress e ansia tra i bambini e gli adolescenti. Anche la salute mentale delle persone con in cura minori, e in particolar modo delle giovani madri, desta forti timori.

**Gli interventi che si rivolgono a sistemi e settori diversi - come la famiglia, la comunità e la scuola e che interessano anche il settore della protezione sociale - possono aiutare a promuovere e tutelare la salute mentale.**

- Secondo le valutazioni condotte, i programmi di sostegno alla genitorialità aiutano a rafforzare il legame esistente tra il bambino e l'adulto che si prende cura di lui, a ridurre le pratiche educative rigide e a migliorare lo sviluppo cognitivo dei bambini.
- Nelle scuole, l'educazione socio-emotiva, che comprende interventi generici e specifici per bambini e giovani a rischio, si sono rivelati particolarmente efficaci.
- I programmi di sussidi in denaro possono influire indirettamente sulla salute mentale di bambini e adolescenti, migliorandone la partecipazione scolastica, la sicurezza alimentare e l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria e sociali.
- Nei contesti umanitari, l'attenta attuazione di interventi strutturati e di breve durata diretti a rispondere in maniera immediata a depressione, ansia e disturbo post-traumatico da stress consente di rafforzare la salute mentale dei bambini e dei giovani.

**La Condizione dell'Infanzia nel Mondo 2021 si conclude con una richiesta di impegno, comunicazione e azione per promuovere la buona salute mentale per ogni bambino, proteggere i bambini vulnerabili e offrire assistenza ai bambini con le problematiche maggiori.**

**Impegno** significa rafforzare la leadership per definire obiettivi chiari a beneficio dei diversi partner e stakeholder e garantire investimenti da destinare allo sviluppo di soluzioni e alla formazione di operatori nei diversi settori.

**Comunicazione** significa rompere il silenzio che circonda la salute mentale, affrontare la stigmatizzazione, migliorare la conoscenza della salute mentale e garantire che i bambini, i giovani e le persone con problemi di salute mentale possano far sentire la propria voce.

**Azione** significa lavorare per ridurre al minimo i fattori di rischio, ottimizzando al contempo i fattori protettivi per la salute mentale nelle principali aree della vita dei bambini e massimizzando gli investimenti e le strategie di sviluppo del personale per:

- Sostenere le famiglie, i genitori e le persone con in cura minori
- Garantire che la promozione della salute mentale anche nelle scuole
- Rafforzare e dotare i sistemi e il personale degli strumenti per affrontare sfide complesse
- Migliorare la ricerca e la disponibilità di dati e prove

## Bibliografia

---

- <sup>i</sup> Akin, Lara, Jamil Zaki and Elizabeth Dunn, 'The Pandemic Did Not Affect Mental Health the Way You Think: The world's psychological immune system turned out to be more robust than expected', *The Atlantic*, 4 July 2021, <[www.theatlantic.com/ideas/archive/2021/07/covid-19-did-not-affect-mental-health-way-you-think/619354/](http://www.theatlantic.com/ideas/archive/2021/07/covid-19-did-not-affect-mental-health-way-you-think/619354/)>, accessed 13 August 2021.
- <sup>ii</sup> Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, Ufficio per l'Europa e l'Asia Centrale, *All Children Returning to School and Learning: Considerations for monitoring access and learning participation during and beyond the COVID-19 pandemic*, UNICEF Europe and Central Asia, Geneva, 2020; Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia Brasile, *Cenário da exclusão escolar no Brasil: Um alerta sobre os impactos da pandemia da COVID-19 na Educação*, UNICEF Brazil, Brasília, April 2021; United Nations Children's Fund, *COVID-19: A threat to progress against child marriage*, UNICEF, New York, 2021; Organizzazione Internazionale del Lavoro e Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *COVID-19 and Child Labour: A time of crisis, a time to act*, ILO and UNICEF, New York, 2020; Azevedo, Joao Pedro, et al., 'Learning Losses due to COVID19 Could Add Up to \$10 Trillion', *World Bank Blogs*, 10 settembre 2020, <<https://blogs.worldbank.org/education/learning-losses-due-covid19-could-add-10-trillion>>, accessed 13 August 2021.
- <sup>iii</sup> Analisi UNICEF basata sulle Stime sulla Salute Globale dell'OMS, 2020.
- <sup>iv</sup> Ibid.; 525,600 minutes in a year.
- <sup>v</sup> Analisi UNICEF basata sulle Stime sulla Salute Globale dell'OMS, 2019. Note: Un DALY rappresenta la perdita di un anno di vita sana causata da disabilità o morte prematura.
- <sup>vi</sup> Cocozza, Paula, 'Love Island's Dr Alex George: "If my brother had asked for help, would he still be alive?"', *The Guardian*, 18 febbraio 2021, <[www.theguardian.com/society/2021/feb/18/love-islands-dr-alex-george-if-my-brother-had-asked-for-help-would-he-still-be-alive](http://www.theguardian.com/society/2021/feb/18/love-islands-dr-alex-george-if-my-brother-had-asked-for-help-would-he-still-be-alive)>, accessed 13 August 2021.
- <sup>vii</sup> Patel, Vikram, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development', *Lancet*, vol. 392, no. 10157, 27 October 2018, pp. 1553–1598.
- <sup>viii</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità, Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS, Ginevra, 22 luglio 1946.
- <sup>ix</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità, 'Milestones for Health Over 70 Years', OMS, Ginevra, <[www.euro.who.int/en/about-us/organization/who-at-70/milestones-for-health-over-70-years](http://www.euro.who.int/en/about-us/organization/who-at-70/milestones-for-health-over-70-years)>, accessed 30 July 2021.
- <sup>x</sup> Assemblea Generale delle Nazioni Unite, Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, A/RES/46/119, Nazioni Unite, New York, 17 dicembre 1991.
- <sup>xi</sup> Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, A/RES/71/177, 20 Novembre 1989, articoli 2, 3, 6, 23, 24, 37 e 39.
- <sup>xii</sup> Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità, A/RES/61/106, 13 dicembre 2006; Organizzazione delle Nazioni Unite, Protocollo opzionale alla Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità, Organizzazione delle Nazioni Unite, New York, 2006.
- <sup>xiii</sup> Puras, Dainius, and Piers Gooding, 'Mental Health and Human Rights in the 21st Century', *World Psychiatry*, vol. 18, no. 1, 2019, pp. 42–43.
- <sup>xiv</sup> Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite "Addressing Socio-Economic Needs of Individuals, Families and Societies Affected by Autism Spectrum Disorders (ASD), Developmental Disorders (DD) and associated disabilities", A/RES/67/82, 12 dicembre 2012.
- <sup>xv</sup> Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, "Trasformare il nostro mondo: Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile", RES/70/1, 25 Settembre 2015, <[www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1)>.
- <sup>xvi</sup> Ibid., p. 3.
- <sup>xvii</sup> Ibid., p. 16.
- <sup>xviii</sup> Patel, Vikram, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
- <sup>xix</sup> Orpana, Heather, et al., 'Monitoring Positive Mental Health and Its Determinants in Canada: The development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework', *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, vol. 36, no. 1, gennaio 2016, pp. -10–10.
- <sup>xx</sup> Barry, Margaret, M., 'Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, evidence and practice', *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 11, no. 3, agosto 2009, pp. 4 – 17; 6.
- <sup>xxi</sup> Lippman, Laura H., and Kristin Anderson Moore and Hugh McIntosh, 'Positive Indicators of Child Well-being: A conceptual framework, measures and methodological issues', *Innocenti Working Paper 2009–2021*, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence, 2009.
- <sup>xxii</sup> UNICEF Innocenti, 'Worlds of Influence: Understanding what shapes child well-being in rich countries', *Innocenti Report Card 16*, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence, 2020, p. 9.
- <sup>xxiii</sup> Ross, David A., et al., 'Adolescent Well-Being: A definition and conceptual framework', *Journal of Adolescent Health*, vol. 67, no.4, 1 October 2020, pp. 472–476.
- <sup>xxiv</sup> Keyes, Corey L. M., 'Mental Health as a Complete State: How the salutogenic perspective completes the picture', ch 11 in *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach*, edited by Georg F. Bauer and Oliver Hämming, Springer Science and Business Media, Dordrecht, 2014, pp. 179–192; Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Mental Health and Psychosocial Technical Note*, UNICEF, New York, September 2019, p. 4.
- <sup>xxv</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità, I determinanti *Sociali della Salute Mentale*, OMS, Ginevra, 2014, p. 12.
- <sup>xxvi</sup> Barry, 'Addressing the Determinants of Positive Mental Health'.

- 
- xxvii Barry, 'Addressing the Determinants of Positive Mental Health'; Keyes, Corey L.M., 'Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73, no. 3, 2005, pp. 539–548.
- xxviii Organizzazione Mondiale della Sanità, *WHO Methods and Data Sources for Global Burden of Disease Estimates 2000–2019*, OMS, Ginevra, dicembre 2020, p. 25.
- xxix OMS, *Social Determinants of Mental Health*, p. 13.
- xxx Gureje, Oye, and Dan J. Stein, 'Classification of Mental Disorders: The importance of inclusive decision-making', *International Review of Psychiatry*, vol. 24, no. 6, 2012, pp. 606–612; Kohrt, Brandon A., et al., 'Cultural Concepts of Distress and Psychiatric Disorders: Literature review and research recommendations for global mental health epidemiology', *International Journal of Epidemiology*, vol. 43, no. 2, 1 April 2014, pp. 365–406.
- xxxi Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Good Health and Well-being: Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals*, OCHA, Geneva, 2020, p. 35.
- xxxii Organizzazione Mondiale della Sanità, *The WHO Special Initiative for Mental Health (2019–2023): Universal health coverage for mental health*, WHO, Geneva, 2019, p. 2.
- xxxiii Organizzazione Mondiale della Sanità, *Piano d'azione per la Salute Mentale 2013–2020*, OMS, Ginevra, 2013, p. 38.
- xxxiv OMS, *Social Determinants of Mental Health*, p. 13.
- xxxv OMS, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, p. 6.
- xxxvi Comitato permanente interagenzie, *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, IASC, Ginevra, 2007, pp. 1–2.
- xxxvii Loughry, Maryanne, and Carola Eyber, *Psychosocial Concepts in Humanitarian Work with Children: A review of the concepts and related literature*, National Research Council and the National Academies Press, Washington, D.C., 2003, p. 1.
- xxxviii OCHA, *Good Health and Well-Being*, p. 35.
- xxxix OMS, *Mental Health Action Plan 2013–2020*.
- xl Vásquez, Alberto, 'A Rights-Based Approach to Disability in the Context of Mental Health', a discussion paper for the United Nations Children's Fund, UNICEF, New York, August 2020.
- xli Lippman, Moore and McIntosh, 'Positive Indicators of Child Well-Being'; UNICEF Innocenti, 'Worlds of Influence'.
- xlii Dipartimento per gli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite, 'World Population Prospects 2019', UNDESA, New York, <<https://population.un.org/wpp/DataQuery/>>, consultato il 31 maggio 2021.
- xliii Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 'Global Burden of Disease Study 2019', *Lancet*, vol. 396, no. 10258, 17 October 2020, pp. 1129–1306.
- xliv Campbell, Olympia L. K., David Bann and Praveetha Patalay, 'The Gender Gap in Adolescent Mental Health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries', *SSM – Population Health*, vol. 13, no. 100742, March 2021.
- xlvi Analisi UNICEF basata sulle stime dello studio Global Burden of Disease dell'IHME, 2019.
- xlvi Analisi UNICEF basata sulle Stime sulla Salute Globale dell'OMS, 2020.
- xlvi Hawton, Keith, Kate E. A. Saunders and Rory C O'Connor, 'Self-Harm and Suicide in Adolescents', *Lancet*, vol. 379, 23 June 2012, pp. 2373–2382.
- xlvi Organizzazione Mondiale della Sanità, 'Suicide', OMS, Ginevra, <[www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide)>, accessed 30 July 2021.
- xlix Kölves, Kairi and Diego de Leo, 'Suicide Methods in Children and Adolescents', *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 26, 2017, pp. 155–164.
- l Erskine, Holly E., et al., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents', *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 26, no. 4, 2017, pp. 395–402; Woelbert, Eva, et al., *The Inequities of Mental Health Research*, The International Alliance of Mental Health Research Funders, Montreal, November 2020.
- li Erskine et al., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents'.
- lii Carvajal-Velez, Lilianna, et al., 'Increasing Data and Understanding of Adolescent Mental Health Worldwide: UNICEF's measurement of mental health among adolescents at the population level initiative', *Journal of Adolescent Health*, corrected proof, 2021, pp. 1–3.
- liii Hayes, Joseph, et al., 'You Can't Manage What You Can't Measure: Why adolescent mental health monitoring matters', *Journal of Adolescent Health*, corrected proof, 2021, pp. 1–2.
- liiv Corrigan, Patrick, et al., 'Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A meta-analysis of outcome studies', *Psychiatric Services*, vol. 63, no. 10, October 2012, pp. 963–937,
- lv Thornicroft, Graham, et al., 'Stigma: Ignorance, Prejudice or Discrimination?', *British Journal of Psychiatry*, vol. 190, 2007, pp. 192–193.
- lvi Ibid
- lvii Kaushik, Anya, et al., 'The Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: A systematic review', *Psychiatry Research*, vol. 243, 2016, pp. 469–294.
- lviii Ibid.
- lix DuPont-Reyes, Melissa J., et al, 'Adolescent Views of Mental Illness Stigma: An intersectional lens', *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 90, no. 2, 2020, pp. 201–211.
- lx Venkataraman, Surendran, Rajkumar Patil and Sivaprakash Balasundaram, 'Stigma Toward Mental Illness Among Higher Secondary School Teachers in Puducherry, South India', *Journal of Family Medicine and Primary Care*, vol. 8, no. 4, 2019, pp. 1401–1407.

- 
- <sup>lxi</sup> Van Voren, Robert, 'Political Abuse of Psychiatry: An historical overview', *Schizophrenia Bulletin*, vol. 36, no. 1, January 2010, pp. 33–35.
- <sup>lxii</sup> Corrigan, Patrick W., Fred E. Markowitz and Amy C. Watson, 'Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination', *Schizophrenia Bulletin*, vol. 30, no. 3, 2004, pp. 481–491.
- <sup>lxiii</sup> Hinshaw, Stephen P., 'The Stigmatization of Mental Illness in Children and Parents: Developmental issues, family concerns, and research needs', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 46, no. 7, 2005, 714–734.
- <sup>lxiv</sup> Corrigan, Patrick W., Benjamin G. Druss and Deborah A. Perlick, 'The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care', *Psychological Science in the Public Interest*, vol. 15, no. 2, 2014, pp. 37–70; Clement, S., et al., 'What is the Impact of Mental Health-Related Stigma on Help-Seeking?: A systematic review of quantitative and qualitative studies', *Psychological Medicine*, vol. 45, no. 1, 2015, pp. 11–27; Aguirre Velasco, Antonia, et al., 'What are the Barriers, Facilitators and Interventions Targeting Help-Seeking Behaviours for Common Mental Health Problems in Adolescents? A systematic review', *BMC Psychiatry*, vol. 20, no. 293, 2020.
- <sup>lxv</sup> Gulliver, Amelia, Kathleen M. Griffiths and Helen Christensen, 'Perceived Barriers and Facilitators to Mental Health Help-Seeking in Young People: A systematic review', *BMC Psychiatry*, vol. 10, 30 December 2010, p. 113.
- <sup>lxvi</sup> Betancourt, Theresa S., et al., 'Research Review: Psychosocial adjustment and mental health in former child soldiers – A systematic review of the literature and recommendations for future research', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 54, no. 1, 2013, pp. 17–36.
- <sup>lxvii</sup> Meyer, Ilan H., 'Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual issues and research evidence', *Psychological Bulletin*, vol. 129, no. 5, 2003, pp. 674–697; Hatzenbuehler, Mark L., and John E. Pachankis, 'Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research evidence and clinical implications', *Pediatric Clinics of North America*, vol. 63, no. 6, December 2016, pp. 985–997; Kiekens, Wouter, et al., 'Explaining Health Disparities between Heterosexual and LGB Adolescents by Integrating the Minority Stress and Psychological Mediation Frameworks: Findings from the TRAILS Study', *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 49, 2020, pp. 1767–1782.
- <sup>lxviii</sup> Corrigan, Markowitz and Watson, 'Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination'; Hatzenbuehler, Mark L., 'Structural Stigma: Research evidence and implications for psychological science', *American Psychologist*, vol. 71, no. 8, November 2016, pp. 742–751.
- <sup>lxix</sup> GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 'Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019', *Lancet*, vol. 396, no. 10258, October 2020, pp. 1204–1222.
- <sup>lxx</sup> Il dato è stato calcolato per UNICEF da McDaid, David and Sara Evans-Lacko, 'The Case for Investing in the Mental Health and Well-being of Children', documento preparatorio per *La Condizione dell'Infanzia nel Mondo 2021*, Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, Novembre 2020, p. 3. Il calcolo è stato basato sulle stime dei disturbi mentali riportate nello studio Global Burden of Disease (GBD) 2019 per stimare il potenziale valore economico degli effetti negativi della cattiva salute mentale a livello globale. Gli autori del documento preparatorio hanno ipotizzato di determinare un valore monetario per il DALY sulla base dell'impatto dei disturbi mentali in un anno. I pesi DALY per le diverse malattie mentali hanno tenuto conto della gravità relativa del disturbo e della mortalità prematura legata ad alcuni disturbi, come i disturbi della condotta alimentare e autolesionismo. Per fare un confronto, ogni anno vissuto senza disabilità è stato calcolato come equivalente al PIL pro capite espresso in dollari internazionali con gli adeguamenti in funzione del potere d'acquisto. Il DALY associato al disturbo mentale è stato valutato in due modi: 1. I DALY associati al disturbo mentale per le persone di età compresa tra 0 e 19 anni in tutti i paesi sono stati valutati a un tasso fisso di dollari internazionali adeguati in funzione del potere d'acquisto di 16.951 dollari, la stima della Banca Mondiale per il PIL pro capite in tutto il mondo nel 2019; 2. I costi globali sono stati stimati utilizzando il PIL pro capite specifico del paese fornito dalla Banca Mondiale nel 2019. La prevalenza dei problemi di salute mentale e i dati DALY per ogni paese sono tratti dallo studio GBD 2019 e tengono in considerazione tutti i disturbi mentali, esclusi i disturbi da demenza, l'abuso di sostanze stupefacenti e alcol. Inoltre, abbiamo anche calcolato il costo della perdita di DALY dovuta ad atti autolesionistici intenzionali nei giovani fino all'età di 19 anni.
- <sup>lxx</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità, Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS, Ginevra, 22 luglio 1946.
- <sup>lxx</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità, 'Milestones for Health Over 70 Years', OMS, Ginevra, <[www.euro.who.int/en/about-us/organization/who-at-70/milestones-for-health-over-70-years](http://www.euro.who.int/en/about-us/organization/who-at-70/milestones-for-health-over-70-years)>, accessed 30 July 2021.
- <sup>lxx</sup> Assemblea Generale delle Nazioni Unite, Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, A/RES/46/119, Nazioni Unite, New York, 17 dicembre 1991.
- <sup>lxx</sup> Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, A/RES/71/177, 20 Novembre 1989, articoli 2, 3, 6, 23, 24, 37 e 39.
- <sup>lxx</sup> Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità, A/RES/61/106, 13 dicembre 2006; Organizzazione delle Nazioni Unite, Protocollo opzionale alla Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità, Organizzazione delle Nazioni Unite, New York, 2006.
- <sup>lxx</sup> Puras, Dainius, and Piers Gooding, 'Mental Health and Human Rights in the 21st Century', *World Psychiatry*, vol. 18, no. 1, 2019, pp. 42–43.

- 
- lxx Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite "Addressing Socio-Economic Needs of Individuals, Families and Societies Affected by Autism Spectrum Disorders (ASD), Developmental Disorders (DD) and associated disabilities", A/RES/67/82, 12 dicembre 2012.
- lxx Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, "Trasformare il nostro mondo: Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile", RES/70/1, 25 Settembre 2015, <[www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1).
- lxx Ibid., p. 3.
- lxx Ibid., p. 16.
- lxx Patel, Vikram, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
- lxx Orpana, Heather, et al., 'Monitoring Positive Mental Health and Its Determinants in Canada: The development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework', *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, vol. 36, no. 1, gennaio 2016, pp. -10– 10.
- lxx Barry, Margaret, M., 'Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, evidence and practice', *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 11, no. 3, agosto 2009, pp. 4 – 17; 6.
- lxx Lippman, Laura H., and Kristin Anderson Moore and Hugh McIntosh, 'Positive Indicators of Child Well-being: A conceptual framework, measures and methodological issues', Innocenti Working Paper 2009–2021, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence, 2009.
- lxx UNICEF Innocenti, 'Worlds of Influence: Understanding what shapes child well-being in rich countries', *Innocenti Report Card 16*, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence, 2020, p. 9.
- lxx Ross, David A., et al., 'Adolescent Well-Being: A definition and conceptual framework', *Journal of Adolescent Health*, vol. 67, no.4, 1 October 2020, pp. 472–476.
- lxx Keyes, Corey L. M., 'Mental Health as a Complete State: How the salutogenic perspective completes the picture', ch 11 in *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach*, edited by Georg F. Bauer and Oliver Hämming, Springer Science and Business Media, Dordrecht, 2014, pp. 179–192; Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Mental Health and Psychosocial Technical Note*, UNICEF, New York, September 2019, p. 4.
- lxx Organizzazione Mondiale della Sanità, I determinanti *Sociali della Salute Mentale*, OMS, Ginevra, 2014, p. 12.
- lxx Barry, 'Addressing the Determinants of Positive Mental Health'.
- lxx Barry, 'Addressing the Determinants of Positive Mental Health'; Keyes, Corey L.M., 'Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73, no. 3, 2005, pp. 539–548.
- lxx Organizzazione Mondiale della Sanità, *WHO Methods and Data Sources for Global Burden of Disease Estimates 2000–2019*, OMS, Ginevra, dicembre 2020, p. 25.
- lxx OMS, *Social Determinants of Mental Health*, p. 13.
- lxx Gureje, Oye, and Dan J. Stein, 'Classification of Mental Disorders: The importance of inclusive decision-making', *International Review of Psychiatry*, vol. 24, no. 6, 2012, pp. 606–612; Kohrt, Brandon A., et al., 'Cultural Concepts of Distress and Psychiatric Disorders: Literature review and research recommendations for global mental health epidemiology', *International Journal of Epidemiology*, vol. 43, no. 2, 1 April 2014, pp. 365–406.
- lxx Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Good Health and Well-being: Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals*, OCHA, Geneva, 2020, p. 35.
- lxx Organizzazione Mondiale della Sanità, *The WHO Special Initiative for Mental Health (2019– 2023): Universal health coverage for mental health*, WHO, Geneva, 2019, p. 2.
- lxx Organizzazione Mondiale della Sanità, *Piano d'azione per la Salute Mentale 2013 – 2020*, OMS, Ginevra, 2013, p. 38.
- lxx OMS, *Social Determinants of Mental Health*, p. 13.
- lxx OMS, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, p. 6.
- lxx Comitato permanente interagenzie, *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, IASC, Ginevra, 2007, pp. 1 - 2.
- lxx Loughry, Maryanne, and Carola Eyber, *Psychosocial Concepts in Humanitarian Work with Children: A review of the concepts and related literature*, National Research Council and the National Academies Press, Washington, D.C., 2003, p. 1.
- lxx OCHA, *Good Health and Well-Being*, p. 35.
- lxx OMS, *Mental Health Action Plan 2013–2020*.
- lxx Vásquez, Alberto, 'A Rights-Based Approach to Disability in the Context of Mental Health', a discussion paper for the United Nations Children's Fund, UNICEF, New York, August 2020.
- lxx Lippman, Moore and McIntosh, 'Positive Indicators of Child Well-Being'; UNICEF Innocenti, 'Worlds of Influence'.
- lxx Dipartimento per gli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite, 'World Population Prospects 2019', UNDESA, New York, <<https://population.un.org/wpp/DataQuery/>>, consultato il 31 maggio 2021.
- lxx Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 'Global Burden of Disease Study 2019', *Lancet*, vol. 396, no. 10258, 17 October 2020, pp. 1129–1306.
- lxx Campbell, Olympia L. K., David Bann and Praveetha Patalay, 'The Gender Gap in Adolescent Mental Health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries', *SSM – Population Health*, vol. 13, no. 100742, March 2021.
- lxx Analisi UNICEF basata sulle stime dello studio Global Burden of Disease dell'IHME, 2019.
- lxx Analisi UNICEF basata sulle Stime sulla Salute Globale dell'OMS, 2020.
- lxx Hawton, Keith, Kate E. A. Saunders and Rory C O'Connor, 'Self-Harm and Suicide in Adolescents', *Lancet*, vol. 379, 23 June 2012, pp. 2373–2382.

- 
- <sup>lxx</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità, 'Suicide', OMS, Ginevra, <[www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide)>, accessed 30 July 2021.
- <sup>lxx</sup> Kölves, Kairi and Diego de Leo, 'Suicide Methods in Children and Adolescents', *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 26, 2017, pp. 155 – 164.
- <sup>lxx</sup> Erskine, Holly E., et al., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents', *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 26, no. 4, 2017, pp. 395–402; Woelbert, Eva, et al., *The Inequities of Mental Health Research*, The International Alliance of Mental Health Research Funders, Montreal, November 2020.
- <sup>lxx</sup> Erskine et al., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents'.
- <sup>lxx</sup> Carvajal-Velez, Liliana, et al., 'Increasing Data and Understanding of Adolescent Mental Health Worldwide: UNICEF's measurement of mental health among adolescents at the population level initiative', *Journal of Adolescent Health*, corrected proof, 2021, pp. 1–3.
- <sup>lxx</sup> Hayes, Joseph, et al., 'You Can't Manage What You Can't Measure: Why adolescent mental health monitoring matters', *Journal of Adolescent Health*, corrected proof, 2021, pp. 1–2.
- <sup>lxx</sup> Corrigan, Patrick, et al., 'Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A meta-analysis of outcome studies', *Psychiatric Services*, vol. 63, no. 10, October 2012, pp. 963 – 937,
- <sup>lxx</sup> Thornicroft, Graham, et al., 'Stigma: Ignorance, Prejudice or Discrimination?', *British Journal of Psychiatry*, vol. 190, 2007, pp. 192–193.
- <sup>lxx</sup> Ibid
- <sup>lxx</sup> Kaushik, Anya, et al., 'The Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: A systematic review', *Psychiatry Research*, vol. 243, 2016, pp. 469–294.
- <sup>lxx</sup> Ibid.
- <sup>lxx</sup> DuPont-Reyes, Melissa J., et al, 'Adolescent Views of Mental Illness Stigma: An intersectional lens', *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 90, no. 2, 2020, pp. 201–211.
- <sup>lxx</sup> Venkataraman, Surendran, Rajkumar Patil and Sivaprakash Balasundaram, 'Stigma Toward Mental Illness Among Higher Secondary School Teachers in Puducherry, South India', *Journal of Family Medicine and Primary Care*, vol. 8, no. 4, 2019, pp. 1401–1407.
- <sup>lxx</sup> Van Voren, Robert, 'Political Abuse of Psychiatry: An historical overview', *Schizophrenia Bulletin*, vol. 36, no. 1, January 2010, pp. 33–35.
- <sup>lxx</sup> Corrigan, Patrick W., Fred E. Markowitz and Amy C. Watson, 'Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination', *Schizophrenia Bulletin*, vol. 30, no. 3, 2004, pp. 481–491.
- <sup>lxx</sup> Hinshaw, Stephen P, 'The Stigmatization of Mental Illness in Children and Parents: Developmental issues, family concerns, and research needs', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 46, no. 7, 2005, 714–734.
- <sup>lxx</sup> Corrigan, Patrick W., Benjamin G. Druss and Deborah A. Perlick, 'The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care', *Psychological Science in the Public Interest*, vol. 15, no. 2, 2014, pp. 37–70; Clement, S., et al., 'What is the Impact of Mental Health-Related Stigma on Help-Seeking?: A systematic review of quantitative and qualitative studies', *Psychological Medicine*, vol. 45, no. 1, 2015, pp. 11–27; Aguirre Velasco, Antonia, et al., 'What are the Barriers, Facilitators and Interventions Targeting Help-Seeking Behaviours for Common Mental Health Problems in Adolescents? A systematic review', *BMC Psychiatry*, vol. 20, no. 293, 2020.
- <sup>lxx</sup> Gulliver, Amelia, Kathleen M. Griffiths and Helen Christensen, 'Perceived Barriers and Facilitators to Mental Health Help-Seeking in Young People: A systematic review', *BMC Psychiatry*, vol. 10, 30 December 2010, p. 113.
- <sup>lxx</sup> Betancourt, Theresa S., et al., 'Research Review: Psychosocial adjustment and mental health in former child soldiers – A systematic review of the literature and recommendations for future research', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 54, no. 1, 2013, pp. 17–36.
- <sup>lxx</sup> Meyer, Ilan H., 'Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual issues and research evidence', *Psychological Bulletin*, vol. 129, no. 5, 2003, pp. 674–697; Hatzenbuehler, Mark L., and John E. Pachankis, 'Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research evidence and clinical implications', *Pediatric Clinics of North America*, vol. 63, no. 6, December 2016, pp. 985–997; Kiekens, Wouter, et al., 'Explaining Health Disparities between Heterosexual and LGB Adolescents by Integrating the Minority Stress and Psychological Mediation Frameworks: Findings from the TRAILS Study', *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 49, 2020, pp. 1767–1782.
- <sup>lxx</sup> Corrigan, Markowitz and Watson, 'Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination'; Hatzenbuehler, Mark L., 'Structural Stigma: Research evidence and implications for psychological science', *American Psychologist*, vol. 71, no. 8, November 2016, pp. 742–751.
- <sup>lxx</sup> GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 'Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019', *Lancet*, vol. 396, no. 10258, October 2020, pp. 1204–1222.
- <sup>lxx</sup> Il dato è stato calcolato per UNICEF da McDaid, David and Sara Evans-Lacko, 'The Case for Investing in the Mental Health and Well-being of Children', documento preparatorio per *La Condizione dell'Infanzia nel Mondo 2021*, Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, Novembre 2020, p. 3. Il calcolo è stato basato sulle stime dei disturbi mentali riportate nello studio Global Burden of Disease (GBD) 2019 per stimare il potenziale valore economico degli effetti negativi della cattiva salute mentale a livello globale. Gli autori del documento preparatorio hanno ipotizzato di determinare un valore monetario per il DALY sulla base dell'impatto dei disturbi mentali in un anno. I pesi DALY per le diverse malattie mentali hanno tenuto conto della gravità relativa del disturbo e della mortalità prematura legata ad alcuni disturbi, come i disturbi della condotta alimentare e

---

autolesionismo. Per fare un confronto, ogni anno vissuto senza disabilità è stato calcolato come equivalente al PIL pro capite espresso in dollari internazionali con gli adeguamenti in funzione del potere d'acquisto. Il DALY associato al disturbo mentale è stato valutato in due modi: 1. I DALY associati al disturbo mentale per le persone di età compresa tra 0 e 19 anni in tutti i paesi sono stati valutati a un tasso fisso di dollari internazionali adeguati in funzione del potere d'acquisto di 16.951 dollari, la stima della Banca Mondiale per il PIL pro capite in tutto il mondo nel 2019; 2. I costi globali sono stati stimati utilizzando il PIL pro capite specifico del paese fornito dalla Banca Mondiale nel 2019. La prevalenza dei problemi di salute mentale e i dati DALY per ogni paese sono tratti dallo studio GBD 2019 e tengono in considerazione tutti i disturbi mentali, esclusi i disturbi da demenza, l'abuso di sostanze stupefacenti e alcol. Inoltre, abbiamo anche calcolato il costo della perdita di DALY dovuta ad atti autolesionistici intenzionali nei giovani fino all'età di 19 anni.

Silwal, Ani Rudra, et al., *Global Estimate of Children in Monetary Poverty: An update*, Poverty and Equity discussion paper, World Bank Group, Washington, D.C., October 2020.

Ibid. Note: Poverty estimates are for 2017.

International Labour Organization, and United Nations Children's Fund, *Towards Universal Social Protection for Children: Achieving SDG 1.3 – ILO-UNICEF Joint Report on Social Protection for Children*, ILO and UNICEF, Geneva and New York, 2019, p. 7.

Oxford Poverty and Human Development Initiative, and United Nations Development Programme, *Global Multidimensional Poverty Index 2020: Charting pathways out of multidimensional poverty – Achieving the SDGs*, OPHI and UNDP, Oxford and New York, 2020, p. 3.

Lund et al., 'Social Determinants of Mental Disorders and the Sustainable Development Goals', *Lancet Psychiatry*, vol. 5, no. 4, April 2018, pp. 357–369; Ridley, Matthew, et al., 'Poverty, Depression, and Anxiety: Causal evidence and mechanisms', *Science*, vol. 370, no. 6522, December 2020.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *A Roadmap to Reducing Child Poverty*, The National Academies Press, Washington, D.C., 2019, p. 67.

Lund, Crick, et al., 'Poverty and Mental Disorders: Breaking the cycle in low-income and middle-income countries', *Lancet*, vol. 378, no. 9801, 2011, pp. 1502–1514.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *A Roadmap to Reducing Child Poverty*.

Patel, 'Mental Health: In the spotlight but a long way to go'; Lund et al., 'Social Determinants of Mental Disorders and the Sustainable Development Goals'.

Lund et al., 'Social Determinants of Mental Disorders and the Sustainable Development Goals'; CHANCES-6, 'Research activities: Where, why, and how', London School of Economics and Political Science, <[www.lse.ac.uk/cpec/chances-6/research](http://www.lse.ac.uk/cpec/chances-6/research)>, accessed 5 August 2021..

Jensen, Sarah K.G., Anne E Berens and Charles A. Nelson 3rd, 'Effects of Poverty on Interacting Biological Systems Underlying Child Development', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 1, no. 3, 2017, pp. 225–239.

Ibid.

Bagner, Daniel M., et al., 'The Effect of Parenting Stress on Child Behavior Problems in High-Risk Children with Prenatal Drug Exposure', *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 40, no. 1, March 2009, pp. 73–84.

MacMillan, Harriet L., et al., 'Child Physical and Sexual Abuse in a Community Sample of Young Adults: Results from the Ontario Child Health Study', *Child Abuse & Neglect*, vol. 37, no. 1, January 2013, pp. 14–21; Walsh, David, et al., 'Relationship Between Childhood Socioeconomic Position and Adverse Childhood Experiences (ACEs): A systematic review', *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 73, no. 12, 2019, pp. 1087–1093.

Evans, Gary W., and Pilyoung Kim, 'Childhood Poverty and Young Adults' Allostatic Load: The mediating role of childhood cumulative risk exposure', *Psychological Science*, vol. 39, no. 9, 2012, pp. 979–983.

Wickham, Sophie, et al., 'The Effect of a Transition into Poverty on Child and Maternal Mental Health: A longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study', *Lancet Public Health*, vol. 2, no. 3, March 2017, e141–e148.

Pryor, Laura, et al., 'Trajectories of Family Poverty and Children's Mental Health: Results from the Danish National Birth Cohort', *Social Science & Medicine*, vol. 220, January 2019, pp. 371–378.

McEwen, Craig A., and Bruce S. McEwen, 'Social Structure, Adversity, Toxic Stress, and Intergenerational Poverty: An early childhood model', *Annual Review of Sociology*, vol. 43, 2017, pp. 445–472; Palacios-Barrios, Ester E., and Jamie L. Hanson, 'Poverty and Self-regulation: Connecting psychosocial processes, neurobiology, and the risk for psychopathology', *Comprehensive Psychiatry*, vol. 90, 2019, pp. 52–64; Haft, Stephanie L., and Fumiko Hoelt, 'Poverty's Impact on Children's Executive Functions: Global considerations', *New Directions for Child and Adolescent Development*, vol. 158, 2017, pp. 69–79.

Haushofer, Johannes, and Ernst Fehr, 'On the Psychology of Poverty', *Science*, vol. 344, no. 6186, 23 May 2014, pp. 862–867.

Ray, Debraj, 'Aspirations, Poverty, and Economic Change', ch. 28 in *Understanding Poverty*, edited by Abhijit Vinayak Banerjee, Roland Bénabou and Dilip Mookherjee, Oxford University Press, Oxford, 2006; Dalton, Patricio S., Sayantan Ghosal and Anan di Mani, 'Poverty and Aspirations Failure', *Economic Journal*, vol. 126, no. 590, February 2016, pp. 165–188.

Gardiner, Drew, and Micheline Goedhuys, 'Youth Aspirations and the Future of Work: A Review of the literature and evidence', Working Paper 8, International Labour Organization, Geneva, 14 September 2020.

Young Lives, 'About Us', <[www.younglives.org.uk/content/about-us](http://www.younglives.org.uk/content/about-us)>, accessed 5 August 2021; Favara, Marta, 'Do Dreams Come True? Aspirations and educational attainments of Ethiopian boys and girls', *Journal of African Economies*, vol. 26, no. 5, November 2017, pp. 561–583.

Venkataramani, Atheendar S., et al., 'College Affirmative Action Bans and Smoking and Alcohol Use among Underrepresented Minority Adolescents in the United States: A difference-in-differences study', *PLOS Medicine*, vol. 16, no. 6, 2019, e1002821.

Venkataramani, Atheendar S., et al., 'Health Consequences of the US Deferred Action for Childhood Arrivals (DACA) Immigration Programme: A quasi-experimental study', *Lancet Public Health*, vol. 2, no. 4, 1 April 2017, E175–E181.

- 
- Patel, Vikram, et al., 'Income Inequality and Depression: A systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms', *World Psychiatry*, vol. 17, no. 1, February 2018, pp. 76–89; Ribeiro, Wagner Silva, et al., 'Income Inequality and Mental Illness-Related Morbidity and Resilience: A systematic review and meta-analysis', *Lancet Psychiatry*, vol. 4, no. 7, July 2014, pp. 554–562.
- Patel et al., 'Income Inequality and Depression'.
- Haushofer, Johannes, and Jeremy Shapiro, 'The Short-Term Impact of Unconditional Cash Transfers to the Poor: Experimental evidence from Kenya', *Quarterly Journal of Economics*, vol. 131, no. 4, November 2016, pp. 1973–2042; The Lancet Child & Adolescent Health, 'Tackling the Multidimensionality of Child Poverty', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 3, no. 4, April 2019, p. 199; Millán, Teresa Molina, et al., 'Long-Term Impacts of Conditional Cash Transfers: Review of the evidence', *World Bank Research Observer*, vol. 34, no. 1, February 2019, pp. 119–159; Owusu-Addo, Ebenezer, Andre M.N. Renzaho and Ben J. Smith, 'The Impact of Cash Transfers on Social Determinants of Health and Health Inequalities in sub-Saharan Africa: A systematic review', *Health Policy and Planning*, vol. 33, no. 5, 2018, pp. 675–696.
- Pereira, Audrey, 'Cash Transfers Improve the Mental Health and Well-Being of Youth: Evidence from the Kenyan cash transfer for orphans and vulnerable children', Innocenti Research Brief, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence, 2016.
- Betancourt, Theresa S., et al., 'Promoting Parent-Child Relationships and Preventing Violence via Home-Visiting: A pre-post cluster randomised trial among Rwandan families linked to social protection programmes', *BMC Public Health*, vol. 20, no. 621, May 2020.
- Ibid.
- Hawkes, Sarah, et al., 'The Lancet Commission on Gender and Global Health', *Lancet*, vol. 396, no. 10250, 2020, pp. 521–522; Heise, Lori, et al., 'Gender Inequality and Restrictive Gender Norms: Framing the challenges to health', *Lancet*, vol. 393, no. 10189, 2019, pp. 2440–2454.
- Assari, Shervin, et al., 'Racial Discrimination during Adolescence Predicts Mental Health Deterioration in Adulthood: Gender differences among Blacks', *Frontiers in Public Health*, vol. 5, 29 May 2017.
- Kern, Matthias Robert, et al., 'Intersectionality and Adolescent Mental Well-Being: A cross-nationally comparative analysis of the interplay between immigration background, socioeconomic status and gender', *Journal of Adolescent Health*, vol. 66, no. 6, 2020, S12–S20; Trygg, Nadja Fagrell, Per E. Gustafsson and Anna Månsdotter, 'Languishing in the Crossroad? A scoping review of intersectional inequalities in mental health', *International Journal for Equity in Health*, vol. 18, no. 1, 2019, pp. 1–13.
- Hawkes et al., 'The Lancet Commission on Gender and Global Health'.
- Heise et al., 'Gender Inequality and Restrictive Gender Norms'; Levy, Jessica K., et al., 'Characteristics of Successful Programmes Targeting Gender Inequality and Restrictive Gender Norms for the Health and Wellbeing of Children, Adolescents, and Young Adults: A systematic review', *Lancet Global Health*, vol. 8, no. 2, 2020, e225–e236.
- Levy et al., 'Characteristics of Successful Programmes Targeting Gender Inequality and Restrictive Gender Norms'.
- Darmstadt, Gary L., et al., 'Why Now for a Series on Gender Equality, Norms, and Health?', *Lancet*, vol. 393, no. 10189, 2019, pp. 2374–2377.
- Darmstadt et al., 'Why Now for a Series on Gender Equality, Norms, and Health?' ; United Nations Children's Fund, *Technical Note on Gender Norms*, UNICEF, New York, 2020; Heise et al., 'Gender Inequality and Restrictive Gender Norms'.
- UNICEF global databases, 2021.
- UNICEF global databases, 2021.
- Sawyer, Susan M., et al., 'Adolescence: A foundation for future health', *Lancet*, vol. 379, no. 9826, 28 April 2012, pp. 1630–1640.
- United Nations Children's Fund, 'Adolescent Health: A focus on non-communicable diseases', <<https://data.unicef.org/resources/adolescent-health-dashboard-regional-profiles/>>, accessed 5 August 2021.
- Kempker, Samantha M., Adam T. Schmidt and Erin M. Espinosa, 'Understanding the Influence of Mental Health Diagnosis and Gender on Placement Decisions for Justice-involved Youth', *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 46, no. 7, 2017, pp. 1562–1581.
- Patel, Vikram, 'Reducing the Burden of Depression in Youth: What are the implications of neuroscience and genetics on policies and programs?', *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, no. 2, supplement 2, 1 February 2013, S36–S38.
- Campbell, Olympia L.K., David Bann and Praveetha Patalay, 'The Gender Gap in Adolescent Mental Health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries', *SSM – Population Health*, vol. 13, no. 100742, March 2021.
- Sue, Derald Wing, et al., 'Racial Microaggressions in Everyday life: Implications for clinical practice', *American Psychologist*, vol. 62, no. 4, 2007, pp. 271–286; Paradies, Yin, 'Racism and Indigenous Health', in *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, September 2018, <<https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-86>>, accessed 5 August 2021.
- Williams, David R., Jourdyn A. Lawrence and Brigette A. Davis, 'Racism and Health: Evidence and Needed Research', *Annual Review of Public Health*, vol. 40, no. 1, April 2019, pp. 105–125.
- Trent, Maria, Danielle G. Dooley and Jacqueline Dougé, 'The Impact of Racism on Child and Adolescent Health', *Pediatrics*, vol. 144, no. 2, August 2019, e20191765; Heard-Garris, Nia J., et al., 'Transmitting Trauma: A systematic review of vicarious racism and child health', *Social Science & Medicine*, vol. 199, 2018, pp. 230–240; Priest, Naomi, et al., 'A Systematic Review of Studies Examining the Relationship between Reported Racism and Health and Wellbeing for Children and Young People', *Social Science & Medicine*, vol. 95, 2013, pp. 115–127.
- Priest et al., 'A Systematic Review of Studies Examining the Relationship between Reported Racism and Health and Wellbeing for Children and Young People'; Heard-Garris et al., 'Transmitting Trauma'; Cave, Leah, et al., 'Racial Discrimination and Child and Adolescent Health in Longitudinal Studies: A systematic review', *Social Science & Medicine*, vol. 250, April 2020, 112864; Levy, Dorainne J., et al., 'Psychological and Biological Responses to Race-Based Social Stress as Pathways to Disparities in Educational

- 
- Outcomes', *American Psychologist*, vol. 71, no. 6, 2016, pp. 455–473; Priest, Naomi, 'Racial Discrimination and Socioemotional and Sleep Problems in a Cross-Sectional Survey of Australian School Students', *Archives of Disease in Childhood*, vol. 105, no. 11, 2020, pp. 1079–1085.
- Heard-Garris et al., 'Transmitting Trauma'.
- Krill Williston, Sarah, Jennifer H. Martinez and Tahirah Abdullah, 'Mental Health Stigma among People of Color: An examination of the impact of racial discrimination', *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 65, no. 6, September 2019, pp. 458–467.
- Gee, Gilbert C., Katrina M. Walsemann and Elizabeth Brondolo, 'A Life Course Perspective on How Racism May Be Related to Health Inequities', *American Journal of Public Health*, vol. 102, no. 5, 2012, pp. 967–974; Heard-Garris et al., 'Transmitting Trauma'.
- Cave et al., 'Racial Discrimination and Child and Adolescent Health in Longitudinal Studies'.
- Trent, Dooley and Dougé, 'The Impact of Racism on Child and Adolescent Health'; Berger, Maximus, and Zoltán Sarnyai, "'More than Skin Deep": Stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination', *Stress*, vol. 18, no. 1, 2015, pp. 1–10.
- Fadus, Matthew C, et al., 'Unconscious Bias and the Diagnosis of Disruptive Behavior Disorders and ADHD in African American and Hispanic Youth', *Academic Psychiatry*, vol. 44, no.1, 2020, pp. 95–102; Baglivio, Michael T., et al., 'Racial/Ethnic Disproportionality in Psychiatric Diagnoses and Treatment in a Sample of Serious Juvenile Offenders', *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 46, no. 7, 2017, pp. 1424–1451.
- The Lancet Child & Adolescent Health, 'Action Against Racism: The path to better child health outcomes', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, no. 8, 3 July 2020.
- Vásquez, 'A Rights-Based Approach to Disability in the Context of Mental Health'.
- Kennedy, Elissa, et al., 'Gender Inequalities in Health and Wellbeing Across the First Two Decades of Life: An analysis of 40 low-income and middle-income countries in the Asia-Pacific region', *Lancet Global Health*, vol. 8, no. 12, 2020, e1473–e1488; Greene, Margaret E., and George Patton, 'Adolescence and Gender Equality in Health', *Journal of Adolescent Health*, vol. 66, no. 1, 2020, S1–S2.
- Amos, Rebekah, et al., 'Mental Health, Social Adversity, and Health-related Outcomes in Sexual Minority Adolescents: A contemporary national cohort study', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, no. 1, 2020, pp. 36–45.
- Plöderl, Martin, and Pierre Tremblay, 'Mental Health of Sexual Minorities. A systematic review', *International Review of Psychiatry*, vol. 27, no. 5, 2015, pp. 367–385.
- Russell, Stephen T., and Jessica N. Fish, 'Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) youth', *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 12, 2016, pp. 465–487.
- Hall, William J., 'Psychosocial Risk and Protective Factors for Depression among Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Youth: A systematic review', *Journal of Homosexuality*, vol. 65, no. 3, 2018, pp. 263–316.
- Toomey, Russell B., and Stephen T. Russell, 'The Role of Sexual Orientation in School-Based Victimization: A meta-analysis', *Youth & Society*, vol. 48, no. 2, 2016, pp. 176–201.
- Chew, Denise, et al., 'Youths with a Non-binary Gender Identity: A review of their sociodemographic and clinical profile', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, no. 4, 2020, pp. 322–330.
- Paradies, Yin, 'Racism and Indigenous Health'.
- Williams, Ashlea D., Terryann C. Clark and Sonia Lewycka, 'The Associations Between Cultural Identity and Mental Health Outcomes for Indigenous Māori Youth in New Zealand', *Frontiers in Public Health*, vol. 6, no. 6, 2018.
- Macedo, David M., et al., 'Effects of Racism on the Socio-emotional Wellbeing of Aboriginal Australian Children', *International Journal for Equity in Health*, vol. 18, no. 1, 2019, pp. 1–10.
- Omma, Lotta, and Solveig Petersen, 'Health-Related Quality of Life in Indigenous Sami Schoolchildren in Sweden', *Acta Paediatrica*, vol. 104, no. 1, 2015, pp. 75–83.
- Pollock, Nathaniel J., et al., 'Global Incidence of Suicide among Indigenous Peoples: A systematic review', *BMC Medicine*, vol. 16, no. 1, 2018, pp. 1–17.
- Levy et al., 'Characteristics of Successful Programmes Targeting Gender Inequality and Restrictive Gender Norms'.
- Kirmayer, Laurence J., et al., 'Toward an Ecology of Stories: Indigenous perspectives on resilience', ch. 31 in *The Social Ecology of Resilience*, edited by Michael Ungar, Springer, New York, 2012, pp. 399–414; Chandler, Michael J., and Christopher Lalonde, 'Cultural Continuity as a Moderator of Suicide Risk among Canada's First Nations', ch. 10 in *Healing Traditions: The mental health of aboriginal peoples in Canada*, edited by Laurence J. Kirmayer and Gail Guthrie Valaskakis, University of British Columbia Press, Vancouver, 2008, pp. 221–248.
- Kaushik, Anya, et al., 'The Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: A systematic review', *Psychiatry Research*, vol. 243, 2016, pp. 469–294.
- Cénat, Jude Mary, 'How to Provide Anti-Racist Mental Health Care', *Lancet Psychiatry*, vol. 7, no. 11, 2020, pp. 929–931.
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, *Global Humanitarian Overview 2021*, OCHA, Geneva, 4 December 2020, p. 8.
- Save the Children, *Stop the War on Children: 2020 – Gender matters*, Save the Children, London, 2019.
- Betancourt, Theresa S., 'The International Effect of War', *JAMA Psychiatry*, vol. 72, no.3, March 2015, pp. 199–200.
- Vossoughi, Nadia, et al., 'Mental Health Outcomes for Youth Living in Refugee Camps: A review', *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 19, no. 4, 2018, pp. 528–542, in Augustinavicius and Tol, 'Mental Health and Well-being in Humanitarian and Fragile Settings', p. 11.
- Furr, Jamie M., et al., 'Disasters and Youth: A meta-analytic examination of posttraumatic stress', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol 78, no. 6, December 2010, pp. 765–780; Masten, Ann S., and Narayan Angela J., 'Child Development in the

- 
- Context of Disaster, War, and Terrorism: Pathways of risk and resilience', *Annual Review of Psychology*, vol. 64, 2012, pp. 227–257.
- Masten and Narayan, 'Child Development in the Context of Disaster, War, and Terrorism'.
- Slone, Michelle, and Shiri Mann, 'Effects of War, Terrorism and Armed Conflict on Young Children: A systematic review', *Child Psychiatry and Humanitarian Development*, vol. 47, no. 6, December 2016, pp. 950–965.
- Save the Children, *Stop the War on Children: Protecting children in 21<sup>st</sup> century conflict*.
- The 18-year-old was interviewed in August 2019 in the town of Hosanna in Southern Nati on Nationalities and Peoples Regional State of Ethiopia. Hovil, Lucy, et al., *Reimagining Migration Responses: Learning from children and young people who move in the Horn of Africa*, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence, 2021, p. 37.
- United Nations Population Division, 'International Migrant Stock', <<https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>>, accessed 6 July 2021.
- Hovil et al., *Reimagining Migration Responses*, p. 5.
- United Nations Children's Fund, 'At Least 1 in 7 Children and Young People has Lived under Stay-at-Home Policies for Most of the Last Year, Putting Mental Health and Well-Being at Risk', Press release, UNICEF, New York, 3 March 2021, <[www.unicef.org/press-releases/least-1-7-children-and-young-people-has-lived-under-stay-home-policies-most-last](http://www.unicef.org/press-releases/least-1-7-children-and-young-people-has-lived-under-stay-home-policies-most-last)>, accessed 26 August 2021.
- United Nations Children's Fund, 'COVID-19 and Children: UNICEF data hub', UNICEF, New York, March 2020, <<https://data.unicef.org/covid-19-and-children/>>, accessed 6 August 2021.
- United Nations Children's Fund, '40 per cent of Children in Eastern and Southern Africa are Not in School', Press release, UNICEF, New York, 27 July 2021, <[www.unicef.org/press-releases/40-cent-children-eastern-and-southern-africa-are-not-school](http://www.unicef.org/press-releases/40-cent-children-eastern-and-southern-africa-are-not-school)>, accessed 26 August 2021.
- World Health Organization, 'COVID-19 Disrupting Mental Health in Most Countries, WHO Survey', Press release, WHO, Geneva, 5 October 2020, <[www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey](http://www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey)>, accessed 26 August 2021.
- Fenz, Katharina, and Kristopher Hamel, 'Future Development: More than half of the world's poor are children', Brookings, Washington, D.C., 20 June 2019, <[www.brookings.edu/blog/future-development/2019/06/20/more-than-half-of-the-worlds-poor-are-children/#:~:text=However%2C%20the%20good%20news%20is,today%20to%20some%2023%20million](http://www.brookings.edu/blog/future-development/2019/06/20/more-than-half-of-the-worlds-poor-are-children/#:~:text=However%2C%20the%20good%20news%20is,today%20to%20some%2023%20million)>, accessed 26 August 2021; Silwal et al., *Global Estimate of Children in Monetary Poverty*.
- United Nations Children's Fund, 'Children in Monetary Poor Households and COVID-19: Technical note', UNICEF, New York, November 2020, <<https://data.unicef.org/resources/children-in-monetary-poor-households-and-covid-19/>>, accessed 26 August 2021.
- United Nations Children's Fund, *COVID-19: A threat to progress against child marriage*, UNICEF, New York, March 2021.
- Osendarp, Saskia, et al., 'The Potential Impacts of the COVID-19 Crisis on Maternal and Child Undernutrition in Low and Middle Income Countries', *Research Square*, in review, 11 December 2020.
- Hillis, Susan D., et al., 'Global Minimum Estimates of Children Affected by COVID-19-associated Orphanhood and Deaths of Caregivers: A modelling study', *Lancet*, vol. 398, no. 10298, July 2021, pp. 391–402.
- Moyas, Andrés, et al., 'The COVID-19 Pandemic and Maternal Mental Health in a Fragile and Conflict-affected Setting in Tumaco, Colombia: a cohort study', *Lancet Global Health*, vol. 9, no. 8, August 2021, e1068–1076.
- Haddad, Nadine, Eamonn Hanson and Phiona Naserian Koyiet, *The Silent Pandemic: The Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and psychosocial wellbeing of children in conflict-affected countries*, War Child Holland and World Vision, Amsterdam and London, April 2021.
- Else, Holly, 'COVID in Papers: A torrent of science', *Nature*, vol. 588, December 2020, p. 533.
- Zhou, Shuang-Jiang, et al. 'Prevalence and Socio-Demographic Correlates of Psychological Health Problems in Chinese Adolescents during the Outbreak of COVID-19', *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 29, no. 6, June 2020, pp. 749–758.
- UNICEF Office of Research – Innocenti, *Life in Lockdown: Child and adolescent mental health and well-being in the time of COVID-19*, UNICEF Office of Research, Florence, forthcoming 2021.
- Tang, Suqin, et al., 'Mental Health and its Correlates among Children and Adolescents during COVID-19 School Closure: The importance of parent-child discussion', *Journal of Affective Disorders*, vol. 279, January 2021, pp. 353–360.
- Cusinato, Maria, et al., 'Stress, Resilience, and Well-Being in Italian Children and Their Parents during the COVID-19 Pandemic', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, no. 22, November 2020.
- UNICEF Office of Research – Innocenti, *Life in Lockdown*.
- Racine, Nadine, et al., 'Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A meta-analysis', *JAMA Pediatrics*, 9 August 2021, <<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2782796>>, accessed 22 August 2021, e212482.
- Aknin, Lara, Jamil Zaki and Elizabeth Dunn, 'The Pandemic Did Not Affect Mental Health the Way You Think: The world's psychological immune system turned out to be more robust than expected', *The Atlantic*, 4 July 2021, <[www.theatlantic.com/ideas/archive/2021/07/covid-19-did-not-affect-mental-health-way-you-think/619354/](http://www.theatlantic.com/ideas/archive/2021/07/covid-19-did-not-affect-mental-health-way-you-think/619354/)>, accessed 26 August 2021.
- United Nations Children's Fund, *COVID-19: Are children able to continue learning during school closures? A global analysis of the potential reach of remote learning policies using data from 100 countries*, UNICEF, New York, 2020, <<https://data.unicef.org/resources/remote-learning-reachability-factsheet/>>, accessed 6 August 2021.

- 
- Amaro, Diogo, et al., 'COVID-19 and Education: The digital gender divide among adolescents in sub-Saharan Africa', UNICEF Connect: Evidence for action, New York, 4 August 2020, <<https://blogs.unicef.org/evidence-for-action/covid-19-and-education-the-digital-gender-divide-among-adolescents-in-sub-saharan-africa/>>, accessed 6 August 2021.
- United Nations Children's Fund and International Telecommunication Union, 'How Many Children and Young People have Internet Access at Home?: Estimating digital connectivity during the COVID-19 pandemic', UNICEF, New York, 2020.
- Orben, Amy, Tobias Dienlin and Andrew K. Przybylski, 'Social Media's Enduring Effect on Adolescent Life Satisfaction', *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 116, no. 21, 21 May 2019, pp. 10226–10228; Kreski, Noah, et al., 'Social Media Use and Depressive Symptoms Among United States Adolescents', *Journal of Adolescent Health*, vol. 68, no. 3, March 2021, pp. 572–579; Odgers, Candice L., and Michaeline R. Jensen, 'Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: Facts, fears, and future directions', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 61, no. 3, 2020, pp. 336–348; Baker, David A., and Guillermo Pareez Algorta, 'The Relationship between Online Social Networking and Depression: A systematic review of quantitative studies', *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, vol. 19, no. 11, November 2021, pp. 638–648; Huang, Chiungjung, 'Time Spent on Social Network Sites and Psychological Well-being: A meta-analysis', *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, vol. 20, no. 6, June 2017, pp. 346–354; Keles, Betul, Niall McCrae and Annmarie Grealish, 'A Systematic Review: The influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents', *International Journal of Adolescence and Youth*, vol. 25, no. 1, 2020, pp. 79–83; McCrae, Niall, Sheryl Gettings and Edward Pursell, 'Social Media and Depressive Symptoms in Childhood and Adolescence: A systematic review', *Adolescent Research Review*, vol. 2, no. 4, March 2017, pp. 315–330; Seabrook, Elizabeth M., Margaret L. Kern and Kikki S. Rickard, 'Social Networking Sites, Depression, and Anxiety: A systematic review', *JMIR Mental Health*, vol. 3, no. 4, 2016.
- Odgers and Jensen, 'Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age'.
- Jenzen, Olu, and Irmi Karl, 'Make, Share, Care: Social media and LGBTQ youth engagement', *Ada: A Journal of Gender, New Media & Technology*, no. 5, 2014, p. 4; Seabrook, Kern and Rickard, 'Social Networking Sites, Depression, and Anxiety'.
- Stiglic, Neza, and Russell M. Viner, 'Effects of Screen time on the Health and Well-Being of Children and Adolescents: A systematic review of reviews', *BMJ Open*, vol. 9, no. 1, 2 January 2019, e023191.
- Livingstone, Sonia, and Monica Bulger, 'A Global Agenda for Children's Rights in the Digital Age: Recommendations for developing UNICEF's research strategy', London School of Economics and Political Science and UNICEF Office of Research – Innocenti, London and Florence, 2013, p. 4.
- Livingstone, Sonia, 'New 'screen time' rules from the American Academy of Pediatrics', London School of Economics, London, 21 October 2016, <<https://blogs.lse.ac.uk/parenting4digitalfuture/2016/10/21/new-screen-time-rules-from-the-american-academy-of-pediatrics/>>, accessed 6 August 2021.
- United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2017: Children in a Digital World*, UNICEF, New York, 2017.
- Popper, Nathaniel, 'Panicking About Your Kids' Phones? New research says don't', *New York Times*, New York, 17 January 2020, <[www.nytimes.com/2020/01/17/technology/kids-smartphones-depression.html](http://www.nytimes.com/2020/01/17/technology/kids-smartphones-depression.html)>, accessed 6 August 2021.
- Naslund, John A., et al., 'Digital Innovations for Global Mental Health: Opportunities for data science, task sharing, and early intervention', *Current Treatment Options in Psychiatry*, vol. 6, no. 4, 2019, pp. 337–351.
- Naslund, John A., et al., 'Digital Technology for Treating and Preventing Mental Disorders in Low-Income and Middle-Income Countries: A narrative review of the literature', *Lancet Psychiatry*, vol. 4, no. 6, 2017, pp. 486–500; Patel et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
- Liverpool, Shaun, et al., 'Engaging Children and Young People in Digital Mental Health Interventions: Systematic review of modes of delivery, facilitators, and barriers', *Journal of Medical Internet Research*, vol. 22, no. 6, 2020, e16317.
- Mental Health For All Lab, 'Empower: Building the World's Mental Health Workforce', Harvard Medical School, Department of Global Health and Social Medicine, <<https://mentalhealthforalllab.hms.harvard.edu/empower>>; additional information available at: <[https://docs.google.com/presentation/d/e/2PACX-1vQm596PxtNhlGfu5f2Fk9Vcx9WesYwFPrEJHm5tkFqlr0iE9BQ22ezLK45xSD3sODzp0xb-xtYuWY-Z/pub?start=false&loop=false&delayms=10000&slide=id.g50dd5fc02a\\_0\\_6](https://docs.google.com/presentation/d/e/2PACX-1vQm596PxtNhlGfu5f2Fk9Vcx9WesYwFPrEJHm5tkFqlr0iE9BQ22ezLK45xSD3sODzp0xb-xtYuWY-Z/pub?start=false&loop=false&delayms=10000&slide=id.g50dd5fc02a_0_6)>, accessed 6 August 2021.
- Lehtimäki, Susanna, et al., 'Evidence on Digital Mental Health Interventions for Adolescents and Young People: Systematic overview', *JMIR Mental Health*, vol. 8, no. 4, 2021, e25847; Das, Jai K., et al., 'Interventions for Adolescent Mental Health: An overview of systematic reviews', *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, no. 4, 2016, S49–S60.
- Merry, Sally N., et al., 'The Effectiveness of SPARX, a Computerised Self Help Intervention for Adolescents Seeking Help for Depression: Randomised controlled non-inferiority trial', *BMJ*, vol. 344, 2012.
- Fleming, Theresa, Mathijs F.G. Lucassen and Tuuli Kuosmanen, 'Case Study: Implementation of SPARX Computerized Cognitive-Behavioral Therapy Programme for Adolescents in New Zealand,' in *Implementing Mental Health Promotion*, edited by Margaret M. Barry, et al., Springer Nature, Basingstoke, 2019, pp. 370–374; Lucassen, Mathijs FG, et al., 'Computerized Cognitive Behavioural Therapy for Gender Minority Adolescents: Analysis of the real-world implementation of SPARX in New Zealand', *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 8 December 2020, 4867420976846.
- Perry, Yael, et al., 'Preventing Depression in Final Year Secondary Students: School-based randomized controlled trial', *Journal of Medical Internet Research*, vol. 19, no. 11, 2017, e369.
- Werner-Seidler, Aliza, et al., 'A trial protocol for the effectiveness of digital interventions for preventing depression in adolescents: The Future Proofing Study', *Trials* 21, no. 1, 2020, pp. 1-21.
- BBC Newsround, 'Greta Thunberg quotes: 10 famous lines from teen activist', BBC, London, 25 September 2019, <[www.bbc.co.uk/newsround/49812183](http://www.bbc.co.uk/newsround/49812183)>, accessed 12 August 2021.

- 
- Laurence, Emma, et al., 'The Impact of Climate Change on Mental Health and Emotional Wellbeing: Current evidence and implications for policy and practice', Grantham Institute Briefing Paper 36, Grantham Institute, Imperial College London, Institute of Global Health Innovation, London, May 2021.
- United Nations Children's Fund Division of Data Research and Policy, *Danger in the Air: How air pollution can affect brain development in young children*, UNICEF, New York, December 2017; Reuben, Aaron, et al., 'Association of Air Pollution Exposure in Childhood and Adolescence with Psychopathology at the Transition to Adulthood', *JAMA Network Open*, vol. 4, no. 4, April 2021, e217508.
- United Nations Children's Fund, 'The Necessity of Urban Green Space for Children's Optimal Development', Discussion Paper, UNICEF, New York, 2021.
- Master, Ann S., 'Resilience Theory and Research on Children and Families: Past, present, and promise', *Journal of Family Theory & Review*, vol. 10, March 2018, pp. 12–31.
- Ibid.
- Ungar, Michael, and Linda Theron, 'Resilience and Mental Health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes', *Lancet Psychiatry*, vol. 7, no. 5, May 2020, pp. 441–448.
- Asher, Laura, et al., "'I Cry Every Day and Night, I Have My Son Tied in Chains': Physical restraint of people with schizophrenia in community settings in Ethiopia', *Globalization and Health*, vol. 13, no. 1, 2017, pp. 1–14; Mathews, Eric, et al., *No Way Home: The Exploitation and abuse of children in Ukraine's orphanages*, Disability Rights International, Washington, D.C., 2015; Child Welfare League of America, 'CWLA Policy Statement: Juvenile shackling', Child Welfare League of America, Washington, D.C., January 2015, <[www.cwla.org/cwla-policy-statement-juvenile-shackling/](http://www.cwla.org/cwla-policy-statement-juvenile-shackling/)>, accessed 13 August 2021.
- Szeli, Éva, 'Mental Disability, Trauma, and Human Rights', in *Trauma and Human Rights: Integrating approaches to address human suffering*, edited by Lisa D. Butler, Filomena M. Critelli and Janice Carello, Palgrave Macmillan, Cham, 2019, pp. 207–220.
- Van IJzendoorn, Marinus H., et al., 'Children in Institutional Care: Delayed development and resilience', *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. 76, no. 4, December 2011, pp. 8–30; United Nations, *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Juan E. Méndez, A/HRC/28/68*, United Nations Human Rights Council, New York, 5 March 2015; Rodriguez, Priscila, et al., *Still in Harm's Way: International voluntourism, segregation and abuse of children in Guatemala*, Disability Rights International, Colectivo Vida Independiente de Guatemala, Washington, D.C., 16 July 2018, p. 22; Rosenthal, Eric, 'A Mandate to End Placement of Children in Institutions and Orphanages: The duty of governments and donors to prevent segregation and torture', in *Protecting Children Against Torture in Detention: Global solutions for a global problem*, edited by the Anti-Torture Initiative at the Center for Human Rights and Humanitarian Law, American University College of Law, Washington, D.C., 2017, p. 341.
- Listenbee, Robert, et al., *Report of the Attorney General's National Task Force on Children Exposed to Violence*, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, U.S. Department of Justice, Washington, D.C., December 2012, p. 175.
- Szeli, 'Mental Disability, Trauma, and Human Rights'.
- Manfred, Nowak, *Interim report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: Note / by the Secretary General, A/63/175*, United Nations Human Rights Council, New York, 28 July 2008; United Nations Human Rights Council, *Report of the Special Rapporteur*.
- Van IJzendoorn et al., 'Children in Institutional Care'.
- Petrowski, Nicole, Claudia Cappa and Peter Gross, 'Estimating the Number of Children in Formal Alternative Care: Challenges and results', *Child Abuse & Neglect*, vol. 70, 2017, pp. 388–398; Desmond, Chris et al., 'Prevalence and Number of Children Living in Institutional Care: Global, regional, and country estimates', *Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 4, no. 5, 1 May 2020, pp. 370–377; Nowak, Manfred, *The United Nations Global Study on Children Deprived of Liberty*, United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, Geneva, November 2019, pp. 500–502; United Nations Human Rights Council, *Report of the Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities, A/HRC/40/54*, United Nations, New York, 11 January 2019; United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, *Concluding Observations on the Initial Report of Serbia, CRPD/C/SRB/CO/1*, United Nations, New York, 23 May 2016, p. 3.
- United Nations Human Rights Council, *Visit to Serbia and Kosovo: Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, A/HRC/40/59/Add.1*, United Nations, New York, 25 January 2019, p. 8.
- Mathews, Eric, et al., *No Way Home: The Exploitation and abuse of children in Ukraine's orphanages*, Disability Rights International, Washington, D.C., 2015.
- Rodriguez et al., *Still in Harm's Way*.
- Nowak, *The United Nations Global Study on Children Deprived of Liberty*, pp. 87, 117.
- Nowak, *The United Nations Global Study on Children Deprived of Liberty*, pp. 119–122.
- Human Rights Watch, *Living in Chains: Shackling of people with psychosocial disabilities worldwide*, Human Rights Watch, New York, October 2020, p. 59.
- Human Rights Watch, *Living in Hell: Abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia*, Human Rights Watch, New York, 20 March 2016.
- United Nations Human Rights Council, *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Juan E. Méndez: Addendum: Mission to Ghana*, United Nations, A/HRC/25/60/Add.1, United Nations, New York, 5 March 2014.
- Nytingnes O, et al., 'A Cross-Sectional Study of Experienced Coercion in Adolescent Mental Health Inpatients', *BMC Health Services Research*, vol. 18, no. 1, 30 May 2018, p. 389; De Hert, Marc, et al., 'Prevalence and Correlates of Seclusion and Restraint Use in Children and Adolescents: A systematic review', *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 20, no. 5, May 2011, pp. 221–230;

---

Sugiura, Kanna, et al., 'An End to Coercion: Rights and decision-making in mental health care', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 98, no. 1, 1 January 2020, pp. 52–58.

Davidson, Laura, 'A Key, Not a Straitjacket: The case for interim mental health legislation pending complete prohibition of psychiatric coercion in accordance with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities', *Health and Human Rights*, vol. 22, no. 1, June 2020, pp. 163–178; Arias, Daniel, et al., 'Prayer Camps and Biomedical Care in Ghana: Is collaboration in mental health care possible?', *PLOS ONE*, vol. 11, no. 9, 12 September 2016, e0162305; Read, Ursula M., 'Rights as Relationships: Collaborating with faith healers in community mental health in Ghana', *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 43, no. 4, November 2019, pp. 613–635; Green, Bethany, and Erminia Colucci, 'Traditional Healers' and Biomedical Practitioners' Perceptions of Collaborative Mental Healthcare in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review', *Transcultural Psychiatry*, vol. 57, no. 1, February 2020, pp. 94–107.

World Health Organization, 'Executive Summary' in *Guidance on Community Mental Health Services: Promoting person-centred and rights-based approaches*, WHO, Geneva, 2021.