

Problemi di salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza: criticità nella pratica e nella modalità di intervento

Roberto Sangermani

UOC di Pediatria, AO "San Carlo Borromeo", Milano

Abstract

Mental health problems in childhood and adolescence: critical issues in practice and in intervention methods

Every day paediatricians encounter in patients signs of discomforts due to mental health problems. Services appointed to the safeguard of health are at the moment inadequate to address these problems. Paediatric visits during critical moments in childhood and adolescence are important in order to recognize problems, treat them during the acute phase and facilitate transition to follow up care. The evidence of these current deficiencies in prevention and treatment of health problems should be seen as an occasion to rethink and organize culturally and structurally the emergency care system making it able to deal with these type of needs.

Quaderni acp 2014; 21(5): 210-213

Ogni giorno i pediatri incontrano sempre più frequentemente nella storia dei loro pazienti segnali di malessere legati a problemi di salute mentale. Attualmente i servizi deputati alla salvaguardia della salute dell'infanzia e dell'adolescenza sono inadeguati ad affrontare questi problemi. La visita pediatrica nei momenti di maggiore vulnerabilità del bambino/adolescente è importante per riconoscere i problemi, trattarli in acuto e favorire la transizione alle cure successive. L'evidenza delle attuali carenze nella prevenzione e nella cura dei problemi di salute mentale dovrebbe essere occasione per riorganizzare il sistema di emergenza e per adeguarlo culturalmente e strutturalmente ad affrontare questo tipo di problemi.

Disagio mentale

Ogni giorno i pediatri incontrano sempre più frequentemente nella storia dei loro pazienti i segnali del disagio del vivere causati da problemi di salute mentale. A volte clamorosi, più spesso mascherati con sintomi di malessere fisico, essi sono un problema globalmente diffuso, in deciso aumento e che non viene affrontato adeguatamente dai sistemi sociali e sanitari. La World Health Organization (WHO) prevede che nel 2020 i problemi di salute mentale saranno ai primi posti tra le prime cinque cause di morbidità, mortalità e disabilità [1-3].

Anche in Italia è esperienza comune di operatori sanitari ed educatori, particolarmente negli ultimi anni, percepire l'aumento di frequenza dei problemi di salute mentale nei bambini e negli adolescenti. A fronte di questi dati che interessano tutto il mondo e che potremmo definire inquietanti non corrisponde un'adeguata capacità di presa in carico da parte delle agenzie e dei servizi deputati alla salvaguardia della salute dell'infanzia e dell'adolescenza. Negli USA risulta che solo il 36% del totale e il 40-50% dei casi

gravi di bambini e adolescenti con problemi di salute mentale vengono presi in cura [4].

In un numero sempre maggiore i problemi di salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza si presentano come crisi psichiatrica acuta, spesso cogliendo i dipartimenti di emergenza e i pediatri non preparati a un adeguato ed efficace intervento [5].

La crisi psichiatrica acuta

È una condizione di malessere che comporta un reale rischio per sé e per gli altri e che, a seconda della gravità con cui si presenta, necessita di una presa in carico con modalità e tempi definiti, interventi in emergenza o prese in carico in urgenza (tabella 1) [6].

La situazione di emergenza è una rottura dell'equilibrio personale e sociale, con pericolo per l'integrità fisica e psichica correlato alle capacità della famiglia e dell'ambiente (società, servizi sanitari) di gestire l'emergenza causata dal disagio e dalla sofferenza. Sono considerate condizioni di emergenza quelle in cui il peggioramento della sintomatologia non è gestibile al di fuori di un ambiente contenitivo e in cui il paziente mette a rischio se stesso e gli altri o mostra comportamenti distruttivi: più del 70% delle crisi psichiatriche si presenta come una di tali condizioni [5].

Le situazioni di urgenza sono un effettivo rischio per l'incolumità del paziente tali da rendere necessario un trattamento sanitario immediato in una struttura con adeguate competenze neuropsichiatriche.

I problemi di salute mentale e la situazione attuale nei Dipartimenti di Emergenza pediatrica (DEp)

L'incremento dei problemi di salute mentale ha ovviamente investito le competenze del pediatra. Negli ultimi anni, in tutti i Paesi del mondo, il ricorso al DEp per problemi di salute mentale è aumentato da 2 a 7 volte [7]. Uno studio multicentrico realizzato in ospedali pediatrici USA ha stimato che bambini e adolescenti che si presentano per sintomi psichiatrici ai DEp rappresentano dallo 0,9 al 9,3% di tutti gli accessi [8].

Il dato di aumento di accessi ai DEp legati a problemi di salute mentale è probabilmente sottostimato se si tiene conto che, in frequenti occasioni, si presentano bambini o adolescenti con più o meno vaghi sintomi di sofferenza somatica che in realtà sono (anche se spesso non riconosciute) manifestazioni psicosomatiche legate a depressione, stress post-traumatico, ideazione suicida, maltrattamento fisico e maltrattamento psicologico. In Italia la maggior parte dei ricoveri psichiatrici in adolescenza avviene per disturbi della condotta, abuso di sostanze e alcol, gravi disturbi d'ansia e disturbi del comportamento alimentare [9].

TABELLA 1: CLASSIFICAZIONE DI ROSEN (1984) E RIADATTATA DA GAIL (2006)

EMERGENZA

Tentato suicidio
Agiti autolesivi
Stato confusionale acuto
Condizione di violenza acuta
Agitazione psicomotoria acuta
Grave abuso fisico
Trascuratezza estrema
Disturbi alimentari
con grave scadimento fisico

URGENZA

Angoscia intensa – Panico
Vittime di gravi traumi fisici o psichici

Per corrispondenza:

Roberto Sangermani

e-mail: roberto.sangermani@gmail.com

I dati 2012 del Gruppo di Approfondimento Tecnico sull'Acuzie Psichiatrica in Lombardia ribadiscono sia il più che significativo aumento dei problemi legati alle crisi psichiatriche acute in età evolutiva, sia la sostanziale "inadeguatezza" del sistema sanitario a fornire adeguate risposte [5].

In Lombardia, dal 2001 al 2008, i ricoveri ordinari per diagnosi psichiatrica sono aumentati del 64% e nel 70% dei casi si sono verificati in un contesto non appropriato. A Milano nello stesso periodo i ricoveri sono aumentati di ben 3 volte e nel 30% dei casi sono avvenuti in condizioni di urgenza; solo nel 20% dei casi i pazienti in età evolutiva sono stati ricoverati direttamente in reparti di Neuropsichiatria infantile (NPI) (tabella 2) [5].

Questi dati sottolineano l'inadeguatezza delle risorse disponibili per affrontare in modo appropriato i problemi neuropsichiatrici in età evolutiva, in particolare quando si presentano in condizioni di criticità. La carenza di risorse per ricoveri in strutture NPI (tabella 3) dimostra una condizione di particolare insufficienza: in Italia solo un terzo dei ricoveri avviene in strutture di cura adeguate [5,9].

In Lombardia solo il 2,5% della popolazione fino ai 15 anni di età e solo l'1,7% degli adolescenti fino a 17 anni richiedono e ottengono accesso ai servizi di NPI. Il dato di insufficienza nell'intervento è ancora più "inquietante" se si considera che tra gli adolescenti tra 15 e 17 anni è atteso un aumento dei problemi di salute mentale [5].

L'arrivo al DEp di un bambino/adolescente in crisi psichiatrica acuta è spesso il primo contatto possibile con i servizi che si occupano di salute mentale ed è spesso anche la prima occasione di chiara evidenza del disturbo neuropsichiatrico. Un intervento adeguato in queste situazioni ha un ruolo chiave nelle prospettive di cura dei problemi di salute mentale [10].

Il momento della crisi con l'incontro spesso drammatico tra il bambino, la sua famiglia, il suo contesto di vita e l'ospedale è una irrinunciabile occasione (a volte l'unica, a volte l'ultima) per attivare un progetto di cure e per modificare anche radicalmente una storia clinica altrimenti con prognosi più severa [5].

Tra i numerosissimi accessi nel Pronto Soccorso pediatrico, ci sono anche i

TABELLA 2: ANDAMENTO DEI RICOVERI PER DIAGNOSI PSICHIATRICA A MILANO E IN LOMBARDIA (2001-2008)

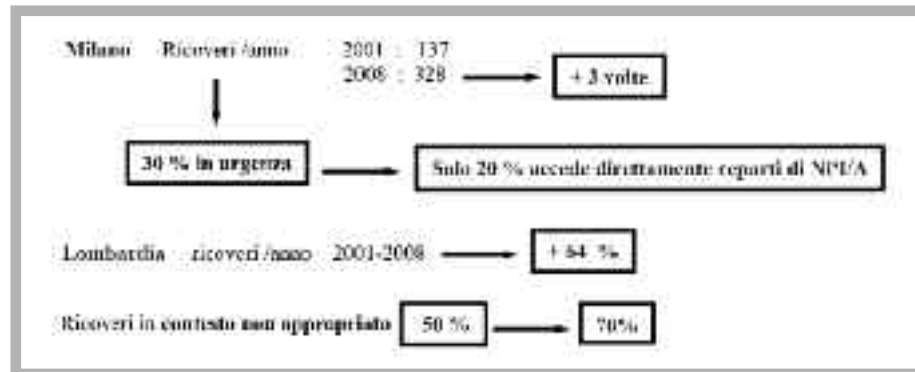


TABELLA 3: DISPONIBILITÀ DI POSTI LETTO PSICHIATRICI 0-18 ANNI

Tasso effettivo inglese (0-18aa)	Tasso effettivo in Lombardia (0-18 aa)	Tasso effettivo Italia (0-18aa)
7 per 100.000	1,2 per 100.000	0,8 per 100.000

Letti per ricovero di NPIA in Lombardia: Teorici 38 con saturazione 100%
Disponibili 15

TABELLA 4: BARRIERE PRESENTI NEI SERVIZI DI EMERGENZA

Barriere all'assistenza dei problemi di salute mentale nel Dipartimento di Emergenza:

- 1) Mancanza di informazioni riguardo alle malattie psichiatriche pediatriche.
- 2) Limiti del setting DEA (della valutazione in urgenza) che influiscono sui tempi e la completezza della valutazione.
- 3) Necessità di educare con training staff DEA nell'identificazione e trattamento dei disturbi psichiatrici.
- 4) Mancanza o insufficienza di possibilità di accesso e ad efficace trattamento in ricovero/outpatient ai servizi di salute mentale

* Pediatric and Adolescent Mental Health in the Emergency Services System. *Pediatrics* 2011

bambini/adolescenti con segnali di sofferenza neuropsichiatrica non acuta. La capacità di riconoscere queste condizioni rappresenta un possibile punto di partenza per un efficace intervento al fine di evitare il rischio di cronicizzazione o di possibile successiva crisi acuta.

Crisi psichiatrica acuta: proposte per adeguare i DEp

L'evidenza delle attuali carenze nella prevenzione e nella cura dei problemi di salute mentale dovrebbe essere occasione per riorganizzare il sistema di emergenza e per adeguarlo culturalmente e strutturalmente ad affrontare questo tipo

di problemi. Nella *tabella 4* sono indicate le "barriere" presenti nel sistema dei servizi medici di emergenza che secondo il Committee on Pediatric Emergency Medicine ostacolano un adeguato intervento [11].

1) Mancanza di informazioni riguardo alle malattie psichiatriche pediatriche o verso i problemi di salute mentale

Numerosi studi di epidemiologia hanno rilevato l'elevata incidenza di problemi di salute mentale nei pazienti visitati nei DEp generali e nei DEp per problemi non psichiatrici.

I risultati di screening effettuati in DEp in pazienti con sintomi non psichiatrici indicano che in generale i problemi di salute mentale emersi con lo screening non vengono riconosciuti dai medici curanti e dai medici del DEp: il 23% dei bambini/adolescenti giunti al DEp con sintomi non psichiatrici ha in realtà due o più problemi di salute mentale e il 45% un problema con limitazione del funzionamento psicosociale. Un livello significativo di stress psichiatrico al momento della visita è presente nel 10% di essi [11].

Ansia, depressione, sintomi da stress post-traumatico, tentati suicidi o atti contro il sé corporeo, suicidi sono le condizioni più rilevanti che spesso non vengono riconosciute. Ansia è presente nel 33% dei pazienti e i sintomi maggiormente correlati risultano asma, cefalea, assenze scolastiche e frequenti visite mediche; il 20% presenta una depressione moderata o severa, il 32% alcuni gradi di ideazione suicidaria. Gli adolescenti depressi nel 42% dei casi non avvertono né riconoscono i propri sintomi depressivi e, anche quando se ne rendono conto, nel 50% dei casi non lo comunicano ai genitori [11].

La condizione di stress post-traumatico legata a vissuti drammatici acuti riguardanti la salute con timore per la salute fisica o di morte (traumi gravi, ricoveri in rianimazione ecc.) è ampiamente sottovalutata nella pratica corrente in DEp, pur essendo spesso causa di sintomi psichiatrici persistenti.

I tentativi di suicidio, le autoaggressioni al sé corporeo e il suicidio sono gli eventi più drammatici che coinvolgono l'adolescente, la famiglia, la società. Negli USA il suicidio è la quarta causa di morte nella popolazione tra i 10 e i 14 anni e la terza causa di morte tra i 13 e 19 anni. Il 50% degli adolescenti tra 13 e 19 anni ha occasionalmente pensieri di suicidio [11].

Nonostante la grande preoccupazione mediatica e sociale, il rischio del comportamento suicida nel maggior numero dei casi non viene riconosciuto né dalla famiglia, né dagli educatori, né nelle occasioni di valutazione della salute da parte dei medici.

Come noto, il tentato suicidio insieme agli atti contro il sé corporeo presuppone l'elevato rischio di agire altri tentativi di

suicidio e il suicidio. Quindi riconoscere l'ideazione suicidaria o il tentato suicidio ha un cruciale valore nella prevenzione della morte per suicidio.

In realtà risultano insufficienti le "risposte" dei servizi della salute a questo drammatico problema. Il medico curante non riconosce/individua il tentato suicidio in oltre l'80% dei casi. Meno del 50% degli adolescenti che sono stati visitati o ricoverati al DEp per riconosciuto tentato suicidio è stato avviato a un'adeguata presa in carico. E anche quando viene intrapreso un percorso di cura e prevenzione l'aderenza da parte dell'adolescente è bassa, tanto che solo un quinto riesce a ricevere l'intervento necessario [11].

2) Limiti del setting nel Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA)

L'ambiente del DEp, così come è organizzato nella maggior parte delle situazioni, non rappresenta l'ambiente ideale per accogliere i pazienti con crisi psichiatrica acuta o con altri sintomi di disagio psichico. Il setting è di per sé stressante e non dispone di un'area quieta e della privacy necessaria in queste situazioni, tutte sensibili alle stimolazioni negative quali confusione e incertezza del percorso dell'intervento di assistenza. Inoltre, di solito, i tempi di attesa per la visita sono prolungati. Nei DEp raramente è possibile avere consulenti NPI e quindi, una volta definito il problema come di natura neuropsichiatrica, la consultazione specialistica spesso è possibile solo dopo molte ore. Un'accoglienza ottimale nei DEp di chi presenta problemi di salute mentale dovrebbe prevedere uno spazio progettato *ad hoc* per la stabilizzazione e il trattamento.

3) Training dello staff operatori del DEA

Per affrontare adeguatamente i problemi di salute mentale è fondamentale avviare un percorso di "detensionamento" che consiste nel creare un clima adeguato e una cultura assistenziale orientata anche al problema neuropsichiatrico. Il triage del DEp dev'essere progettato per riconoscere i disturbi mentali e stabilirne la priorità di accesso in base alla gravità. La competenza di medici e infermieri è fondamentale per riuscire a creare il

clima di "detensionamento" e per la sicurezza del paziente e degli operatori.

La formazione specifica, *sapere cosa fare*, nei confronti del disturbo psichiatrico acuto permette di potere dare risposte adeguate e attente, riducendo l'inevitabile stress che spesso queste condizioni procurano a tutto il personale di assistenza nel DEp. In particolare le competenze per un intervento efficace sono necessarie nelle condizioni spesso imprevedibili di adolescenti con comportamenti distruttivi, quali l'agitazione psicomotoria e l'abuso di sostanze: in tali casi è necessario avviare un rapido percorso di stabilizzazione medica farmacologica per alleviare i sintomi e aumentare la sicurezza del paziente e del personale e degli altri pazienti.

4) Mancanza o insufficienza di possibilità di accesso ai servizi di salute mentale e di efficace trattamento in ricovero o come outpatient

La prevenzione e la cura dei problemi di salute mentale rappresentano una grande criticità, affrontata con risorse inadeguate, non solo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'insufficiente possibilità di accedere a un intervento in Neuropsichiatria infantile (NPI) nel momento della crisi psichiatrica e al successivo affidamento alle cure nei servizi territoriali è in gran parte legata alla carenza di risorse di personale, e quelle attuali non permettono una pronta disponibilità, né in ospedale né sul territorio.

Tali difficoltà nell'affrontare questo percorso emergono anche nel 6° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e adolescenza in Italia per l'anno 2012-2013, con il riscontro di "numerosi zone d'ombra" e di un progressivo abbattimento delle risorse e carenza di attenzione per gli interventi fondamentali atti a garantire un welfare a misura di bambini [9]. In particolare viene definita non adeguata l'assistenza neuropsichiatrica infantile: "Sono insufficienti le risorse e la presa in carico territoriale per i disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza. In Italia la patologia psichiatrica rimane quella maggiormente negletta, in particolare in adolescenza, sia nell'ambito della diagnosi precoce sia in quello della gestione delle emergenze" [9]. Né si può rinunciare a

denunciare che “nella attuale situazione di crisi e di riduzione di risorse gli effetti sulla salute dei bambini e degli adolescenti, in particolare quelli stranieri, è drammatica e necessita di pronti e appropriati interventi” [12].

Numerosi e anche recenti progetti hanno indicato quali dovrebbero essere gli interventi necessari per migliorare l'attuale insufficiente risposta delle strutture sociosanitarie ai problemi di salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza. Gli obiettivi prevedono la “formazione approfondita degli operatori dei servizi di NPI, dei servizi ASL, delle UO Pediatriche, la strutturazione di gruppi di operatori competenti in tutte le UO di NPI, la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, la sensibilizzazione dei pediatri di libera scelta e degli operatori sanitari, scolastici ed educativi per l'attivazione di interventi preventivi e per l'invio precoce” [12].

Anche la Pediatria resta in attesa di risposte istituzionali, della società e dell'organizzazione sanitaria nazionale, regionale e locale alle persistenti criticità nella pratica e nella modalità di intervento in presenza di problemi di salute mentale e in particolare nelle situazioni di crisi psichiatrica acuta. ♦

Bibliografia

- [1] Chun TH, Duffy S, Linakis J. Emergency Department Screening for Adolescent Mental Health Disorders: The Who, What, When, Where, Why, and How it Could and Should Be Done. *Clin Pediatr Emerg Med* 2013;14(1):3-11.
- [2] Merikangas KR, He JP, Burstein M, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescent: results from National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(10):98-9. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017.
- [3] Murray CJL, Lopes AD. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected in 2020. Harvard University Press, 1996.
- [4] Merikangas KR, He JP, Burstein M, et al. Service utilization for lifetime mental disorders in US adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:32-45.
- [5] Albizzati A, Balottin U, Benzoni S, et al. Gruppo di Approfondimento Tecnico Regionale sul trattamento dell'acuzie psichiatrica in adolescenza. Circolare n. 2748, 13/02/2012. www.sanita.regione.lombardia.it/.
- [6] Edelson GA, Gomez JP. Psychiatric emergencies in adolescents. *Adolesc Med Clin* 2006;17(1):183-204.
- [7] Gardner W, Kelleher KJ, Wasserman R, et al. Primary care treatment of pediatric psychosocial problems: A study from Pediatric Research on Office setting and Ambulatory sentinel Practice Network. *Pediatrics* 2000;106(4):E44.
- [8] Mahajan P, Alpern E, Grupp-Phelan J. Epidemiology of psychiatry-related visits to emergency departments in a multicenter collaborative research pediatric network. *Pediatr Emerg Care* 2009;25(11):715-20. doi: 10.1097/PEC.0b013e3181bec82f.
- [9] Gruppo CRC. 6° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 2012-2013. www.gruppocr.net/.
- [10] Grupp-Phelan J, Bridge J. Pediatric and Adolescent Mental Health Disorders: An Evolving Crisis in Emergency Care. *Clin Pediatr Emerg Med* 2013;14(1):1-76.
- [11] Dolan MA, Fein JA; Committee on Pediatric Emergency Medicine. Pediatric and Adolescent Mental Health in the Emergency Medical Services System. *Pediatrics* 2011;127(5):e1356. doi: 10.1542/peds.2011-0522.
- [12] Progetto migranti: 5 anni di dialogo tra il bisogno e le cure. IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche “Mario Negri”, 16-17 dicembre 2013. www.quotidianosanità.it/03/01/1914.

DNA E PLACENTA

A proposito degli embrioni scambiati a Roma e di chi sia figlio il bambino, il prof. Alberto Piazza, dello Human Genetics Foundation, fa notare che è ben vero che la genetica è importante nell'assegnare i gemelli ai genitori biologici, giudicando di fatto la madre che li partorisce una madre surrogata o un utero in affitto, ma ci sono molti però. Piazza afferma che certamente la formazione dei neuroni dipende dal DNA ma le loro connessioni sono determinate dall'ambiente endouterino come poi lo saranno da quello extrauterino. E non c'è dubbio che l'ambiente endouterino non è un fatto riferibile al DNA delle cellule impiantate ma da ciò che la madre “suggerisce” al figlio. Il professore aggiunge che “il DNA è un canovaccio in cui ognuno scrive la sua storia”. (*La Stampa* 31 luglio 2014)

DALLA MADRE AL NEONATO SI TRASMETTONO PAURE E FOBIE

Ancor prima di fare esperienze proprie, i neonati possono acquisire fobie e paure sviluppate dalla madre a causa di traumi vissuti prima della loro nascita. Lo rivela una ricerca sui topi, secondo la quale i segnali olfattivi trasmessi dalla madre, quando è in presenza dello stimolo che scatena la paura, attivano così fortemente l'amigdala del neonato da imprimere una diffidenza permanente nei confronti di quello stimolo.

A dimostrare un fenomeno che ha lasciato a lungo perplessi gli psicologi – sono due ricercatori della New York University School of Medicine e dell'Università del Michigan ad Ann Arbor, che firmano un articolo pubblicato sui *Proceedings of the National Academy of Sciences*.

“Le esperienze delle madri sono ricavate dalle espressioni materne di paura. Questi ricordi materni trasmessi sono di lunga durata, mentre altri tipi di apprendimento infantile, se non rinforzati dalla ripetizione, svaniscono rapidamente”, dice Jacek Debiec, uno degli Autori dello studio, che indica nei segnali olfattivi il meccanismo di trasmissione di tali paure. (*Newsletter, Le Scienze* 30 luglio 2014)