

**Ugo Sabatello, Patrizia Palombi**

Come è noto, in medicina il termine *urgenza* viene utilizzato per indicare un'alterazione acuta dell'omeostasi corporea, o più semplicemente quando si verifica un evento, grave ed inaspettato, che necessita di una azione terapeutica immediata. In psichiatria, l'*emergency*, per gli anglosassoni, si riferisce alla rottura dell'equilibrio psicofisico dell'individuo, il cui funzionamento è radicato all'interno di complesse dinamiche, familiari o gruppali, per cui egli sperimenta una sensazione di "blocco" psichico. In ultimo, il concetto di *crisi* indica uno stato che si verifica quando il soggetto si trova a fronteggiare un ostacolo che gli impedisce il raggiungimento di importanti obiettivi vitali (*Kaplan, 1994*).

Noi psichiatri infantili ci troviamo sempre più spesso, soprattutto negli ultimi decenni, a districarci tra vere e proprie emergenze psichiatriche, anche nelle fasce di età più precoci, a cui, purtroppo, non sempre riusciamo a dare una risposta tempestività e con precisione diagnostica, per i limitati mezzi a disposizione (inteso come numero di posti letto o la carenza di personale specializzato).

Ricordiamo che, sulla base dei criteri diagnostici proposti nel DSM-IV, gli studi epidemiologici a tutt'oggi non offrono dati specifici riguardanti le principali cause delle emergenze psichiatriche in adolescenza, potendo esse rappresentare la slatentizzazione di un disturbo psichiatrico non conclamato, o lo scompensamento/ricaduta di un disturbo già diagnosticato.

Tuttavia, secondo le *Linee Guida per l'urgenza e il ricovero* (APA, 1994), possiamo individuare come cause più frequentemente correlate ad un'emergenza psichiatrica, le seguenti:

- ✓ Condizioni psicotiche di esordio, come Disturbo Bipolare e Disturbi Schizofrenici (condizioni queste, rare in età pediatrica ma che aumentano significativamente la loro incidenza in età puberale);
- ✓ Gravi Disturbi Depressivi;
- ✓ Tentativi di Suicidio (il suicidio rappresenta la prima causa di morte nella fascia di età 0-18, negli USA e nella maggior parte dei paesi europei; secondo i dati dell'OMS, i tassi di suicidio nella fascia di età 5-14 anni sono 1.5/100.000 e 0.4/100.000 nei ragazzi e nelle ragazze, rispettivamente; mentre nella fascia di 15-24 anni, questi tassi sono di 22/100.000 per i maschi e 4.9/100.000 per le femmine. Negli ultimi 50 anni, queste cifre sono aumentate vertiginosamente nelle fasce di età più giovani. Il comportamento suicidario e/o le condotte auto lesive rappresentano il 50% dei casi di accesso in PS);
- ✓ Gravi disturbi del comportamento in fase di acuzie;
- ✓ Disturbi da Tossicodipendenze in fase di acuzie e di intossicazione;
- ✓ Disturbi alimentari (i.e. Anoressia Nervosa) non trattabili o con grave rischio attuale di vita;
- ✓ Gravi condizioni psicosomatiche;
- ✓ Gravi condizioni invalidanti di Disturbo Ossessivo Compulsivo o di Fobia Complessa;
- ✓ Condizioni di Disabilità Cronica (ad es. il Ritardo Mentale) in cui insorgono gravi disturbi emozionali con discontrollo degli Impulsi e stato di Agitazione Psicomotoria;
- ✓ Disturbi della Personalità in Adolescenza con discontrollo comportamentale.

Va tenuto presente, comunque, che per ciascun individuo esistono dei fattori di rischio (momenti critici fase-specifici, eventi di vita stressanti, disagio sociale, ecc) ma anche fattori

di protezione (“resilience” ovvero, una buona dotazione di base, le figure familiari di riferimento, la possibilità di accesso ad una struttura specialistica, ecc). Infine, sappiamo che nel bambino le emergenze psichiatriche “vere”, certamente più rare che in adolescenza, non sempre derivano da un disturbo mentale: potrebbero essere, infatti, l’espressione di condizioni mediche generali o traumi fisici, o rappresentare l’ultimo anello di una catena di disagio ambientale non più tollerato. I contesti particolari che possono preludere una condizione di urgenza, in questa fascia di età, sono: le condizioni di abuso o maltrattamento; un evento traumatico recente; una condizione di grave deprivazione ambientale; il disturbo mentale di un genitore; lutti o eventi di perdita recenti; la cosiddetta “crisi” istituzionale, dei soggetti che vivono in strutture residenziali.

Riportiamo qui di seguito, solo brevemente, le situazioni per cui, secondo la Royal College of Psychiatrists (2002), viene raccomandato il ricovero e il trattamento:

- ❖ Tutte quelle condizioni in cui il peggioramento della sintomatologia è chiaramente non gestibile al di fuori di un ambiente contenitivo;
- ❖ Ogni volta che il paziente mette a rischio se stesso o mostra comportamenti distruttivi;
- ❖ Ai pazienti di età inferiore ai 18 anni deve essere riservato un reparto specialistico e tutelante, e in ogni caso non devono essere ammessi in reparti psichiatrici per adulti;

Alla luce di quanto detto, possiamo interrogarci in che modo noi affrontiamo le emergenze psichiatriche in età evolutiva: siamo veramente pronti a accogliere il ragazzo/a che delira, e sostenerne la famiglia? Sappiamo offrire un contenitore all’adolescente che ha tentato il suicidio o è confuso rispetto a se stesso, e quindi chiede aiuto? Quale management siamo in grado di offrire, oggi, nelle nostre strutture ospedaliere?

Nel 2008, negli USA (*Ann Emerg Med.*, *D’Onofrio G et coll., nov. 2010*), i membri di una Task Force (esperti di medicina d’urgenza, neurologia e psichiatria), leader accademici della NIH (National Institutes of Health), hanno partecipato a tre tavole rotonde (dal titolo “Opportunità per promuovere la ricerca sulle Emergenze Neurologiche e Psichiatriche”) per esaminare le recenti conoscenze sull’argomento. Tra i nuclei problematici emersi, erano compresi: (1) la necessità di creare un’infrastruttura per l’identificazione delle urgenze; (2) la necessità di innovare le strategie e gli strumenti diagnostici dirimenti nel processo decisionale, comprese le indagini biologiche, la valutazione dei sintomi e l’applicazione delle terapie; (3) la creazione di una rete di collaborazione tra le diverse strutture, al fine di assicurare la massima assistenza sanitaria; (4) organizzazione di programmi di formazione per il personale nella pratica della medicina d’urgenza.

In Francia, il Centre Hospitalier Universitaire de Bicêtre rappresenta la principale un’unità di emergenza di psichiatria infantile. Esso dispone di una linea telefonica per l’ascolto diretto dei soggetti malati, e il sostegno alle famiglie; offre consulti medici e indirizzi socio-educativi; garantisce consulenze per la valutazione del disturbo psicopatologico/psichiatrico; offre un servizio di PS psichiatrico 24ore su 24; dispone di posti letto per i trattamenti di breve durata (1-3 settimane); si avvale di una stretta collaborazione tra le strutture di neuropsichiatria infantile e tutti i reparti destinati all’età evolutiva, di tutti gli ospedali della nazione.

Sull'esempio dei nostri colleghi americani e francesi, possiamo osservare criticamente quanto avviene nel nostro paese: esiste una rete di sostegno all'adolescente che si scompensa? Esiste un progetto che preveda la realizzazione di simili strutture?

**In Italia**, soprattutto negli ultimi anni, il fenomeno della gestione dell'emergenza psichiatrica in età evolutiva, ha catturato un crescente interesse da parte della comunità scientifica e delle autorità, non solo per la responsabilità etica, ma anche per gli ingenti costi a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN): dal 1999 al 2003, infatti, si è registrato un significativo aumento, a livello nazionale, del numero di ricoveri di minori con disturbi psichici (ISTAT, 2006).

In particolare, nella **regione Lazio**, sino al 2005 erano operanti 4 reparti di degenza di Neuropsichiatria infantile, per un totale complessivo di 30 posti letto. Di questi, 2 (Policlinico Gemelli, Rep. 1 DSNPREE Policlinico Umberto I) erano destinati all'attività di diagnosi e assistenza per le patologie neurologiche e 2 (Ospedale Bambin Gesù, Rep. 2 DSNPREE Policlinico Umberto I) per quelle psichiatriche. Per quest'ultimi si contavano 12 posti letto, nella fascia d'età 0-17 anni.

Il numero di accessi in un PS ospedaliero è stato quantificabile in circa 2500 casi/l'anno; di questi, solo l'1% è stato ricoverato in un reparto di Neuropsichiatria Infantile; il restante 14% è stato condotto in reparti non speciali. Il numero complessivo di ricoveri effettuati è stato di 123/l'anno; di questi, circa il 41,5% è stato ricoverato presso un reparto pediatrico, 26% in un reparto psichiatrico per adulti (SPDC) e il restante in altri reparti, medici e chirurgici.

Dall'analisi di questi dati, è facile notare che la seconda scelta è il ricovero presso un reparto per adulti, come l'**SPDC**. Non si deve dimenticare, però, che ciò implica una serie di problematiche sia giuridiche sia psichiatriche: infatti, la **legge 833** non tutela i minori in fatto di ricovero perché non prevede l'emergenza psichiatrica in età evolutiva; la **legge 180** è rivolta ai soggetti di età superiore ai diciotto anni.

Eppure, nonostante un concreto bisogno, attualmente è in atto una battaglia contro la riduzione dei posti letto nelle strutture di neuropsichiatria infantile che, nonostante siano da tutti, e non solo dagli esperti, non sufficienti, corrono il rischio di un'altra drastica riduzione.

Un discorso a parte, merita ciò che concerne la complessa interazione tra le diverse strutture sanitarie (enti locali, ASL, ospedali del luogo e strutture di III livello). Infatti, si assiste sempre più spesso alle gravi ripercussioni che la carenza di una valida collaborazione tra queste ha sull'utenza, e siamo consapevoli che ciò è legato, in parte, anche ad un approccio medico-psichiatrico che si articola diversamente in base alla zona di residenza. Come è noto, uno dei principali problemi dell'assistenza in campo neuropsichiatrico, è la deficienza di strutture minori, impreparate nella gestione dei casi più gravi di emergenza psichiatrica, accanto ad una ben nota difficoltà di coordinazione con le strutture delle città maggiori (come Roma per l'area del centro-sud). La difficile comunicazione tra enti tende a cristallizzare un lavoro a compartimenti stagni che preclude, da una parte, la possibilità di una valida presa in carico del paziente dal piccolo centro, anche successivamente alla valutazione diagnostica effettuata in una struttura ospedaliera; dall'altra, giungono

all'osservazione di strutture specialistiche, casi di minore complessità, o che queste si ritrovino a dover ripercorrere un iter diagnostico, già attuato dal piccolo centro, ma non giunto a un indirizzo diagnostico definitivo.

Alla luce di quanto detto sinora, possiamo però dire che grossi passi avanti sono stati fatti nell'ambito degli esordi psicotici in adolescenza. Negli ultimi anni, infatti, il campo di interesse della ricerca internazionale in psichiatria infantile ha focalizzato l'attenzione sullo studio delle prime manifestazioni della psicosi, date le conseguenze che questa patologia ha sull'assistenza sanitaria, e sul soggetto che ne è affetto.

Le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sugli "Interventi Precoci nella Schizofrenia", pubblicate nell'ottobre del 2007 dal Ministero della Salute, stabiliscono che "è necessario creare programmi d'intervento precoce, mirati all'identificazione e al trattamento dei soggetti al primo episodio".

Attualmente, sulla scia dei recenti dati epidemiologici sull'incidenza e prevalenza di questo disturbo, gli psichiatri infantili sono stati sollecitati ad attivarsi per l'istituzione di *sportelli di ascolto*, facilmente accessibili ai ragazzi con disagio psichico. Lo scopo è quello di sostenere gli adolescenti in un particolare snodo evolutivo della loro vita, o individuare quanto prima, i soggetti che sperimentino un funzionamento premorbo o manifestino già i primi segni e sintomi, prodromi della malattia psicotica.

In conclusione, possiamo lanciare un appello per tutto quello che ancora deve essere fatto per l'emergenza psichiatrica in età evolutiva. Ad esempio, si dovrebbe pensare alla realizzazione di un PS psichiatrico per adolescenti, analogo a quello degli adulti. Oppure si potrebbe immaginare la creazione di *equipe mediche*, coordinate da più figure professionali, che possano raggiungere soggetti con sospetta emergenza psichiatrica, al fine di garantirne l'assistenza a livello domiciliare, o laddove impossibile, effettuare un breve protocollo di valutazione per la diagnosi precoce, e il ricovero immediato.

Appare difficile poter pensare ad un sistema che funzioni in modo differente, e con maggior efficacia: è necessario, infatti, considerare tutti gli snodi istituzionali che rendono complicato il ripensamento dell'assistenza delle emergenze psichiatriche in questi termini, nonostante la possibile riduzione dei costi economici e delle risorse umane che ciò implicherebbe.