

# “More With Less”: minori e ricovero psichiatrico\*

“More With Less”:  
*child and adolescent and inpatient mental health services*

D. CALDERONI\*, M. FERRARA\*\*, M.I. SARTI\*, F. NARDOCCI\*\*\*

\* Dipartimento Tutela delle Fragilità, UOC TSMREE, ASL Roma B; \*\* Dipartimento di Scienze Neurologiche, Psichiatriche e Riabilitative dell’Età Evolutiva, Università di Roma “La Sapienza” – UOC A; \*\*\* Presidente SINPIA; Servizio NPIA Azienda USL Rimini

PAROLE CHIAVE. – Ricovero psichiatrico - Emergenza psichiatrica - Epidemiologia -  
Infanzia - Adolescenza

KEY WORDS. – *Psychiatric inpatient - Psychiatric emergencies - Epidemiology - Child -  
Adolescents*

## Summary

*Although the majority of children and adolescents with mental health problems are treated in community services, a considerable number of children and adolescents need the access to highly specialised provisions including inpatient facilities. In this paper we analyse factors linked with inpatient services for child and adolescents, underlining the crucial weakness of inpatient facilities in Italy.*

## Introduzione

Le questioni relative al ricovero e all’emergenza psichiatrica in adolescenza non riescono a diventare una priorità organizzativa nazionale, nonostante l’allarme periodico sul fenomeno – in occasione di episodi evidenziati dai media – e, soprattutto, nonostante l’evidenza di un incremento del numero di ricoveri per disturbi psichici di minori<sup>9 35</sup>. Il problema, su cui grava una cronica latitanza di progettualità politico-sanitaria, è stato affrontato solo recentemente nei documenti di programmazione nazionali (Progetto Obiettivo Materno Infantile 1998-2000;

---

\* Comunicazione presentata al XXIV Congresso Nazionale della SINPIA “Complessità e specificità in neuropsichiatria dell’età evolutiva: lo sviluppo delle conoscenze e il miglioramento delle cure” – Bari, 27 Maggio 2008, qui pubblicata per invito del Consiglio Direttivo.

Le richieste di estratti vanno inviate a: dott. D. Calderoni, Dipartimento Tutela delle Fragilità, UOC TSMREE, ASL Roma B, via di Torrenova 20, 00133 Roma - Tel +39 06 2013902 - Tel./Fax +39 06 2009773 -, E-mail: [dario.calderoni@aslromab.it](mailto:dario.calderoni@aslromab.it).

Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000; Piano Sanitario Nazionale 2003-05 e 2006-08). La carenza normativa e di investimenti, unita a una debolezza storica della formazione dei neuropsichiatri dell'età evolutiva italiani sui temi "psichiatria dell'adolescenza" ed "emergenza/ricovero", ha prodotto due effetti: una globale insufficienza di risposta su tutto il territorio nazionale ed un relativo isolamento delle realtà locali nate e cresciute in condizioni del tutto peculiari per storia, cornice culturale di riferimento, contesto logistico.

L'obiettivo di questo lavoro è di puntualizzare i nodi teorici, clinici e organizzativi storicamente legati a questo tema che emergono in tutta la loro problematicità dall'analisi dei dati di cui disponiamo. Una serie di questioni che sono sul tavolo restano aperte, mentre nelle diverse realtà nazionali le linee di tendenza si riadattano al mutare delle condizioni economiche e strutturali; rispetto al passato la condivisione di alcuni punti di partenza si è allargata, coinvolgendo anche in Italia un maggior numero di neuropsichiatri dell'età evolutiva e toccando la realtà quotidiana dei Servizi Territoriali. La peculiarità della situazione italiana è legata allo scarto ancora troppo ampio tra il livello del dibattito clinico teorico e il livello degli indirizzi di politica sanitaria e di investimento.

### **Urgenza/emergenza in psichiatria**

Nella psichiatria dell'adulto esiste una tradizione clinica sul tema urgenza/emergenza che ha prodotto modelli di intervento e linee guida, ma anche accessi dibattiti e controversie su aspetti sia etici che organizzativi: ne risultano stili di intervento diversi nei diversi paesi.

Qualche chiarimento terminologico è opportuno: per gli autori anglosassoni il termine *emergency* esprime sia il concetto di *urgenza* che quello di *emergenza*; in italiano, i due termini vengono utilizzati con diverse sfumature di significato, riservando il termine "*emergenza*" alle situazioni con un carattere esplicitamente relazionale, che hanno radici nel funzionamento di tutto il nucleo (familiare o istituzionale), ma nelle quali è il paziente a sperimentare la sensazione soggettiva acuta di rottura dell'equilibrio emotivo e di impasse delle proprie capacità di adattamento <sup>12</sup>. Nelle situazioni di emergenza si possono quindi individuare due dimensioni distinte ma non sempre alternative:

- una dimensione clinica, rappresentata dalla comparsa, a volte improvvisa, di gravi sintomi di aggressività o distruttività, stati psicotici acuti, stati ansiosi e/o di attacchi di panico, stati dissociativi e/o derealizzazione anche a seguito di abuso di sostanze, suicidarietà;
- una dimensione ambientale, rappresentata sia dall'incapacità dell'ambiente di gestire i comportamenti del bambino o dell'adolescente che dall'assenza o inadeguatezza delle risorse della comunità e dei servizi nell'intercettare, prevenire e prendersi carico del disturbo del minore prima che la gravità del disturbo assuma la caratteristica di acuzie psichiatrica.

La questione non è puramente accademica. Alcune ricerche <sup>4 15</sup> condotte nelle situazioni d'urgenza psichiatrica *nell'adulto* evidenziano che in circa solo nel 30% dei casi l'emergenza corrisponde a fasi di acuzie in patologie (schizofrenie e disturbi bipolari, disturbi di personalità ecc.) già diagnosticate e spesso già trattate. Sono queste le situazioni cui andrebbe coerentemente riservata la definizione di "psichiatria d'urgenza". Nel 70% dei casi, invece, l'emergenza è manifestamente legata al disfunzionamento della comunicazione all'interno del contesto sociale del paziente, in particolare della famiglia. Alcuni autori preferiscono in questi casi parlare di urgenze "psicosociali". Quello che è in atto è un fenomeno prettamente intersoggettivo e l'"urgenza", spesso accompagnata dalla richiesta di ricovero, ha piuttosto il significato della *discontinuità che non riesce a dar luogo a una transizione*: questo tipo di crisi è particolarmente rilevante in età evolutiva, dove la dipendenza dall'ambiente è maggiore e un intervento tempestivo e strutturato intorno a una rete di servizi funzionante ha potenzialità critiche.

### **L'emergenza psichiatrica in età evolutiva**

In psichiatria dell'età evolutiva esiste una confusiva sovrapposizione tra "ospedalizzazione" ed "emergenza psichiatrica". Ad una lettura attenta ci si rende conto che si tratta di due condizioni in nessun modo omologabili. Da un punto di vista clinico è chiaro che non tutte le condizioni che accedono ad un Pronto Soccorso in condizioni di emergenza devono esitare successivamente in un ricovero; d'altra parte, non tutte le condizioni che conducono ad un ricovero sono condizioni di emergenza.

Rosenn <sup>48</sup> ha proposto di classificare le emergenze psichiatriche in età evolutiva in 4 classi in base al livello di gravità a cui è direttamente correlata la congruità dell'intervento:

- Classe 1: emergenze che mettono a repentaglio la vita del paziente (comportamento suicidiario e comportamento omicida, allucinazioni, delirio, stati dissociativi o di derealizzazione, intossicazioni da sostanze, ecc.).
- Classe 2: stati acuti che necessitano di un intervento urgente (attacchi di panico, comportamento violento o aggressivo, stati di shock post traumatico, ecc.).
- Classe 3: condizioni che richiedono un rapido ma non necessariamente immediato intervento psichiatrico (minacce suicidiarie verbali, stati ansiosi non acuti, bambino o adolescente difficile da gestire ma non pericoloso per sé o per gli altri, ecc.).
- Classe 4: situazioni in cui l'intervento psichiatrico potrebbe essere meglio gestito in ambulatorio o è richiesto in modo improprio (da parte di altro sanitario o dalle autorità di Pubblica Sicurezza, spesso per cronico comportamento antisociale carenza di servizi territoriali, ecc.).

È chiaro come le vere emergenze siano rappresentate dalle prime 2 classi: da qualsiasi punto di vista si affronti il problema, *la definizione di emergenza passa per la convergenza tra la condizione clinica del paziente e l'efficienza della risposta della rete sanitaria di prevenzione e assistenza*: i quadri clinici in cui immaginare una consequenzialità prevedibile tra stato del paziente e accesso al Pronto Soccorso sono una minoranza.

È proprio il problema dell'accesso ai reparti di Emergenza/Urgenza che ha richiamato negli ultimi tempi l'attenzione dei clinici. Negli Stati Uniti è stato stimato che le situazioni di emergenza psichiatrica di bambini o adolescenti rappresentano circa il 10% di tutte le emergenze psichiatriche e circa il 2% di tutte le situazioni di emergenza sotto i 18 anni<sup>14</sup>; in 5 anni vi è stato un aumento fino al 102% delle visite su base psichiatrica di minori nei pronto soccorso. Il 61% di questi aveva un'età compresa tra 13 e 18 anni<sup>51 53 55</sup>. La situazione non appare diversa in Europa. In Gran Bretagna<sup>24</sup> il numero di accessi psichiatrici di adolescenti ai Pronto Soccorso è cresciuto di più del 30% nell'arco di 5 anni. In altri paesi europei indicatori indiretti di accesso<sup>8-56</sup> sembrano disegnare una situazione simile. Bambini e adolescenti che accedono ai Pronto Soccorso presentano un *case mix* diverso da quello atteso nelle situazioni di ricovero psichiatrico in età evolutiva: tre classi diagnostiche, Disturbi da Abuso di Sostanze, Ansia e Disturbi Comportamentali, rappresentano il 60% di tutti gli accessi<sup>14 25 55</sup>.

In USA, il 20 % degli accessi psichiatrici di bambini e adolescenti ai Pronto Soccorso comporta il ricovero in un reparto Psichiatrico specialistico. Circa il 9% viene ammesso a reparti di terapia intensiva. In contrasto solo il 9% degli accessi pediatrici (0-18 anni) ai Pronto Soccorso con problemi medici o chirurgici (non psichiatrici) risulta in un ricovero successivo<sup>55</sup>.

Il quadro che si viene a disegnare porta a considerare alcune questioni di grande rilevanza:

- il drammatico incremento negli accessi psichiatrici ai Pronto Soccorso osservato sia in USA che in Europa rappresenta un elemento di crisi nell'organizzazione assistenziale sanitaria. *L'American Academy of Pediatrics*<sup>3</sup> segnala che la pleora di accessi psichiatrici ai Pronto Soccorso di bambini e adolescenti è tale da mettere in scacco tutta l'organizzazione dell'emergenza pediatrica e da richiedere un urgente aumento delle risorse sia in termini di formazione (dei pediatri!) sia in termini di risorse economiche;
- è certamente vero che una non trascurabile porzione degli accessi ai Pronto Soccorso può essere considerata impropria<sup>25</sup>. In psichiatria, come per altre condizioni mediche, l'aumento dei flussi di accesso alle strutture di emergenza riflette la lacunosità o la ridotta capacità dei servizi territoriali di intercettare e di prevenire la crisi<sup>34</sup>. Tuttavia sarebbe un errore non considerare che un vasto gruppo di bambini e adolescenti ricevono ai Pronto Soccorso diagnosi tali da giustificare la necessità di un successivo ricovero (vedi sopra).

In questo senso la crisi organizzativa innestata dai crescenti flussi verso le strutture di emergenza sembra coinvolgere 3 diversi livelli:

1. la ridotta capacità di filtro dei servizi territoriali;
2. le ridotte competenze psichiatriche delle strutture di emergenza ospedaliere <sup>3</sup>;
3. le ridotte capacità, almeno in Europa, di dare risposte adeguate alle esigenze cliniche dei pazienti che necessiterebbero di un successivo ricovero, ma che per la carenza delle risorse ospedaliere (posti letto specialistici disponibili) non ricevono adeguata assistenza <sup>9-20</sup>.

Inserire l'emergenza in un continuum di cura non può quindi prescindere dalla consapevolezza che questi tre fattori limitanti giocano un ruolo complesso tra di loro e che qualsiasi politica sanitaria che voglia direzionare il problema deve agire su tutti questi livelli.

### **Il ricovero psichiatrico in Italia: la norma e la prassi**

La situazione italiana in materia di ricovero psichiatrico è modellata negli aspetti gestionali, almeno per il paziente adulto, dalla Legge di riforma psichiatrica 833/78 (la "180"), che ha ormai trent'anni: lo spirito della riforma era guidato, com'è noto, dalla volontà di eliminare radicalmente dal circuito psichiatrico il suo luogo perverso – il manicomio – e di mutare le strategie di intervento nei confronti della malattia mentale, spostandone il baricentro dall'ospedale al territorio. Nella sostanza dei fatti, con la creazione degli Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), gli psichiatri si trovarono a gestire un luogo "nuovo" per il trattamento dei disturbi acuti e gravi. Non senza problemi, anche perché le indicazioni legislative erano sommarie e in alcuni punti contraddittorie: il rischio che si creasse – soprattutto rispetto alle emergenze – una malaugurata antinomia tra psichiatria di territorio (identificata con valori "buoni": attenzione al dato sociale e psicologico, integrazione) ed ospedale (identificato con valori "cattivi": la psichiatria medico/biologica, la contenzione) è stato vissuto e solo in parte superato con l'istituzione del Dipartimento di Salute Mentale. Si tratta di una contraddizione che ha solo sfiorato la psichiatria dell'età evolutiva, generando rari spunti di riflessione <sup>10-39</sup> e un dibattito molto marginale, quasi elitario, tra pochi neuropsichiatri, almeno fino alla metà degli anni '90. Se era nato con il compito specifico di gestire l'emergenza, l'SPDC si è dato via via obiettivi più articolati: valutazione e diagnosi non sempre effettuabili al di fuori del contesto ospedaliero, impostazione della terapia e dei progetti riabilitativi con una visione prospettica, gestione dei trattamenti senza consenso restituendo al più presto il paziente al suo contesto sociale. Il ricovero, regolato nella durata e nelle modalità di ammissione, torna ad essere il fulcro del trattamento, almeno nei casi più gravi. L'attenuarsi delle forti contrapposizioni ideologiche che segnarono gli anni della 180 e l'affermazione globale di una psichiatria che vuole mantenere la capacità di integrare modelli, ma che si è riavvicinata alla bio-

logia e alla medicina, favoriscono questo processo. Anche per la psichiatria dell'adulto le aree critiche legate all'ospedalizzazione restano molte: affollamento e sicurezza nei reparti, formazione e tenuta degli operatori, integrazione funzionale con il territorio; sullo sfondo, il rischio ricorrente che alla presa in carico ospedaliera del "malato di mente" si affidino nuove spinte, con l'obiettivo del controllo sociale più che della cura.

Con molte carenze e zone d'ombra la 180 definiva strutture e funzioni: tra le altre, attribuiva al polo ospedaliero – travisando, forse, le intenzioni degli stessi "padri" culturali della legge<sup>16</sup> – la funzione di gestire i trattamenti senza consenso (TSO). È questo un aspetto cruciale nella definizione del rapporto tra curanti e "malati di mente" in quanto racchiude nodi problematici non solo legislativi, ma etici e filosofici. A distanza di qualche decennio, non possiamo non rilevare che la completa omissione di norme legislative relative ai minori fosse il frutto dell'afasia culturale e sociale della psichiatria dell'età evolutiva italiana.

Nella Legge 833/78 (articoli 33; 34; 35) l'assenza di norme relative alle procedure TSO e ASO (Accertamento Sanitario Obbligatorio) nei minori appare come uno specifico vulnus. Presumibilmente ci furono anche difficoltà di natura tecnico-giuridica: lo "speciale" stato giuridico dei minori rappresenta una condizione di *responsabilità giuridica imperfetta* (non totale) con la conseguente responsabilità vicariante dell'adulto tutore (sia questo il genitore o un altro soggetto esercente la tutela). In questo senso, il TSO nel minore rappresenterebbe, sotto il profilo squisitamente giuridico, un intervento incongruo in quanto presupporrebbe una restrizione, ancorché temporanea, di una condizione di responsabilità giuridica piena e compiuta. Nel dubbio, il legislatore omise, generando una situazione di discrezionalità e di fragilità organizzativa e strategica che si protrae tuttora.

*Rispetto alla discrezionalità*: non menzionando il soggetto minore e non definendo alcuna cornice per il minore bisognoso di cure (con riferimento alla 833: ... *alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici ... interventi che non vengano accettati dall'infermo ... non vi siano le condizioni che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere* ...) tali da richiedere un trattamento o un accertamento psichiatrico, si è aperta la strada a molte occasioni mancate e a qualche arbitrio. Secondo l'ISTAT<sup>35</sup>, nell'ultimo quadriennio sono stati registrati, a livello nazionale, circa 70 TSO/anno a carico di minori. Pochi, se consideriamo che il numero di ricoveri per condizioni psichiatriche nella fascia di età 12-18 è di circa 6.000 dimissioni/anno<sup>9-41</sup>; molti, se consideriamo il rischio di un intervento incongruo durante lo sviluppo e i costi (umani e sanitari) successivi.

*Rispetto alla fragilità organizzativa*: la mancata focalizzazione sul soggetto minore ha comportato una grave carenza di risorse strategiche, solo parzialmente corretta dal Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale del 1999. Questa condizione ha ostacolato la corretta gestione del ricovero in età evolutiva: alla carenza di strutture dedicate al trattamento ospedaliero delle condizioni

psichiatriche (specifiche per l’Età Evolutiva) corrisponde la sostanziale impossibilità di attuare in senso compiuto anche una eventuale normativa che regoli i ricoveri per i minori. Ne risulta l’assoluta imprevedibilità e casualità nella gestione delle emergenze psichiatriche che richiedano, per esigenza clinica, il ricovero. La legislazione vigente pone grande attenzione nello specificare (Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1994-1996 comma 20; Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000) che *“la cura dei pazienti che necessitano di ricovero ospedaliero, volontario o coatto, è prestata dai e nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC). Il servizio di diagnosi e cura è ubicato presso gli ospedali pubblici ed è collegato al pronto soccorso”*. Il Progetto Obiettivo demandano alle Regioni la determinazione del numero dei posti letto psichiatrici, fissando un parametro di riferimento: un letto ogni 10.000 abitanti. Ancora una volta, però, non vengono menzionati i minorenni.

Siamo di fronte a un vero paradosso: tutte le opportune tutele previste per la riduzione dello stigma sul paziente psichiatrico adulto non sono recepite per il paziente psichiatrico minorenni. Qual è allora il destino del minore in cui si riscontrino le stesse condizioni di stato di necessità che, per il soggetto maggiore di 18 anni, comportino il ricorso al TSO? Nella realtà quotidiana, il minore gode di diritti meno garantiti e di tutele aleatorie nel ricevere un trattamento psichiatrico: all’assenza di garanzie legislative si somma la grave insufficienza di risorse strutturali.

Se ha bisogno di ricovero ospedaliero per un disturbo mentale, un bambino o un adolescente in Italia non viene accolto, salvo eccezioni distribuite in maniera non programmata sul territorio, in un luogo di cura specifico e in grado di garantire assistenza, procedure diagnostico/terapeutiche specializzate e tutela. In altri termini: un minore con patologia psichiatrica dovrebbe avere *almeno* gli stessi diritti e le stesse tutele di un paziente adulto con patologia psichiatrica, ma nella realtà questo non avviene.

Sono peraltro da considerare le buone pratiche che singole Regioni hanno ritenuto necessario adottare. Sia la Regione Emilia Romagna (Direttiva Regionale n. 1457/89), sia la Toscana (Delibera della Giunta Regionale 19 aprile 2006, n. 1811) hanno deliberato sulla questione TSO – minori. In particolare, menzioniamo alcuni passaggi della delibera toscana: “ ... Si procede a TSO ogniqualvolta manchi il consenso...degli esercenti la patria potestà e/o del minore. La procedura da seguire è la stessa indicata ai precedenti punti (*relativi agli adulti, n.d.aa.*), fatta salva la necessità che a convalidare la proposta di un medico sia in prima istanza un neuropsichiatra infantile del DSM – eventualmente attraverso nuovi assetti organizzativi individuati dall’A.S. – e solo in seconda istanza uno psichiatra del DSM. In regime di degenza ospedaliera il TSO ... deve essere eseguito nel SPDC, fatta salva l’individuazione ... di un’area di degenza specifica riservata ai minori...”. Appare evidente come, in assenza di una cornice “alta”, deontologica e legislativa, ci si addentri in direttive discutibili o semplicemente inapplicabili per gli attuali assetti organizzativi che, a loro

volta, sono disomogenei nelle diverse realtà locali. A rendere ancora più complesso il quadro generale, va aggiunto che, se interpellati in merito, autorevoli giuristi e magistrati dell'area minorile esprimono il parere che, se la Legge 180 non definisce norme specifiche per i minori, ciò rende automaticamente applicabili ai minori stessi le procedure previste dalla Legge per il cosiddetto "stato di necessità" (Codice Penale, art. 54), sempre che sussistano i presupposti per effettuare trattamenti obbligatori. Il Magistrato Minorile "auspica" e "raccomanda" che il trattamento delle emergenze psichiatriche in età evolutiva venga effettuato in ambiente "idoneo" e da specialisti dell'età evolutiva. Ulteriori suggerimenti da parte dei Magistrati riguardano: il coinvolgimento del Giudice Tutelare in tutte le situazioni di disaccordo tra minore e l'esercente la potestà genitoriale (minore bisognoso di cure urgenti, genitori contrari all'intervento; minore che non accetta le cure, genitori favorevoli); la richiesta di intervento della Procura qualora si ravvisi un comportamento pregiudizievole dei genitori stessi <sup>31</sup>.

La grande confusione che ha regnato sotto il cielo è stata affrontata nei trent'anni scorsi grazie alla creatività o alle capacità di mediazione di specialisti ospedalieri, del territorio, dei servizi sociali, dei Tribunali per i minorenni; un numero tracciabile di minori ha ricevuto trattamenti – in condizioni di emergenza psichiatrica – secondo procedure non garantite e non ripetibili; un numero imprecisato di minori *non* ha ricevuto il trattamento di cui aveva bisogno.

### **Bambini e adolescenti nei reparti psichiatrici: chi sono?**

Se l'ospedalizzazione rappresenta un essenziale snodo in un continuum assistenziale <sup>58</sup> è necessario non dimenticare che l'intensità e la qualità delle cure si devono conformare alla differenziazione e alla complessità del bisogno <sup>59</sup>. In questo senso è cruciale, in psichiatria dell'età evolutiva, considerare il ricovero psichiatrico come una possibile ma estrema opzione clinica riservata ad un numero ristretto di bambini e adolescenti per i quali le necessità di cura siano particolarmente complesse.

Il tentativo di delimitare il campo e di fornire indicazioni certe che giustifichino la necessità del ricovero psichiatrico in infanzia e adolescenza ha condotto alcune società scientifiche a stabilire criteri e raccomandazioni condivise.

La *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* <sup>2</sup> raccomanda che il ricovero sia limitato a queste situazioni:

- quando il paziente è in uno stato tale da produrre un grave danno ad altri o a sé stesso;
- quando il comportamento del paziente è marcatamente bizzarro e/o distruttivo;
- quando il paziente necessita di trattamenti farmacologici che richiedano un monitoraggio;



- quando il paziente necessita per 24 ore di un ambiente restrittivo che permetta la stabilizzazione del suo stato alterato;
- quando siano falliti gli altri interventi meno restrittivi.

Analoga preoccupazione è sorta nel Regno Unito, dove il *Royal College of Psychiatrists*<sup>50</sup> indica che in età evolutiva il ricovero rappresenta una misura propria:

- in tutte quelle condizioni in cui il peggioramento della sintomatologia è chiaramente non gestibile al di fuori di un ambiente contenitivo;
- ogni qual volta il paziente metta a rischio se stesso, altri o mostri comportamenti distruttivi.

Sotto il profilo strettamente clinico, in psichiatria, gli indicatori generali per il ricovero possono essere raggruppati in 5 variabili<sup>23</sup>:

1. diagnosi;
2. gravità;
3. problemi correlati;
4. complicazioni;
5. età.

Numerosi lavori retrospettivi hanno confermato che in età evolutiva questi e altri fattori specifici rappresentano degli indicatori per l'ospedalizzazione psichiatrica:

- età<sup>33 46</sup>;
- diagnosi<sup>33</sup>;
- precedente uso altri servizi psichiatrici<sup>33</sup>;
- suicidalità<sup>32 33</sup>;
- funzionamento psicosociale<sup>26</sup>;
- uso di servizi psichiatrici da parte di altri famigliari<sup>46</sup>;
- abuso di sostanze<sup>32</sup>;
- abuso di sostanze di altri membri della famiglia<sup>32</sup>;
- copertura assicurativa<sup>46</sup>.

Costello et al.<sup>19</sup> hanno rilevato che l'accesso al ricovero è strettamente legato a una congerie di fattori che includono: deterioramento clinico malgrado trattamenti ambulatoriali o di day hospital, aumento dell'aggressività, difficoltà nell'assessment o nella diagnosi, difficoltà o crisi ambientale che rendono difficile la gestione e la compliance del paziente. Uno studio prospettico<sup>62</sup> su 276 invii ospedalieri consecutivi di adolescenti con patologia psichiatrica indicava nella diagnosi il criterio più fortemente legato al ricovero. *La disponibilità di posti letto in servizi specialistici rappresenterebbe un altro fattore che influenza in modo decisivo il ricorso all'ospedalizzazione*<sup>7-32</sup>.

L'analisi epidemiologica sulle dimissioni dai reparti psichiatrici per bambini e adolescenti ci permette di comprendere, in un'altra ottica, il peso clinico che la variabile diagnosi riveste sui ricoveri.

Numerosi studi<sup>13 25 47</sup> suggeriscono che nel decennio 1990-2000 si è registrata una profonda trasformazione nel *case mix* diagnostico di bambini e ado-

lescenti ricoverati. I Disturbi dell'Umore (Disturbi Depressivi e Disturbi Bipolari) rappresentano circa il 55% di tutte le diagnosi principali: rispetto all'insieme delle diagnosi di dimissione, i Disturbi depressivi sono passati dal 28,7% del 1990 al 40,1% del 2000. Analogamente il Disturbo Bipolare è passato dal 2,9% del 1990 al 15,1% del 2000: questo sembra riflettere l'attenzione crescente della ricerca sui disturbi maniacali ad esordio precoce. Complessivamente il gruppo dei Disturbi dell'Umore, dei Disturbi Psicotici (12%) e dei Disturbi Comportamentali (16%) rendono conto dell'83% di tutte le prime diagnosi. Dall'analisi di questi dati sembra emergere una maggior prevalenza delle diagnosi più severe rispetto a quanto osservato nel decennio precedente. Una delle ragioni alla base di questo fenomeno potrebbe anche risiedere nel fenomeno del *diagnostic upcoding*<sup>57</sup> strettamente legato al sistema dei DRG che tende a premiare economicamente le diagnosi con maggior impegno assistenziale.

Un discorso a parte merita il problema delle diagnosi di Abuso di Sostanze: l'uso e l'abuso di sostanze tra gli adolescenti ha assunto nell'ultimo decennio il carattere di epidemia. Negli Stati Uniti viene calcolato che circa il 50% degli adolescenti fa uso di sostanze occasionalmente o con regolarità<sup>1 36 63</sup>. L'estrema frequenza del riscontro di Uso di Sostanze tra gli adolescenti che arrivano al ricovero induce i clinici a considerare questa come una dimensione accessoria al disturbo psicopatologico principale e a codificarla prevalentemente come diagnosi secondaria<sup>27</sup>.

### **Bambini e adolescenti nei reparti psichiatrici: quanti sono?**

Nell'analisi della letteratura sul fenomeno "ricovero psichiatrico in età evolutiva" ci siamo troviamo di fronte a 2 ordini di problemi:

1. la carenza di informazioni sui *trend* di ricovero, e più in generale di studi epidemiologici sufficientemente estesi;
2. le significative differenze nelle politiche sanitarie e nelle organizzazioni dei servizi psichiatrici per minori nei diversi paesi.

Questi fattori rappresentano ostacoli significativi rispetto alla confrontabilità e all'interpretazione dei dati epidemiologici.

Tuttavia, dall'analisi complessiva dei *reports* più recenti emerge chiaramente una vasta convergenza nel registrare un fenomeno complesso: un *trend* secolare positivo di aumento dei tassi di ospedalizzazione psichiatrica nella fascia di età 0-18 (Tassi di Dimissione) a cui è associata una progressiva e marcata riduzione della durata media del ricovero.

Negli Stati Uniti<sup>13 47</sup> il numero di bambini e adolescenti dimessi dai reparti psichiatrici per l'età evolutiva è aumentato nel decennio 1986-1997 del 36% e il tasso (numero di ricoveri /popolazione generale in fascia di età) è passato da 1,9/ricoveri/1000 (0-18 anni) nel 1990 al 2,2/ricoveri/1000 nel 2000. Questo fenomeno è dovuto in maggior misura all'aumento di ricoveri nella fascia di età

13-18, dove è stata raggiunta una media, nel 2000, di 5,7 ricoveri/1000. Attualmente le dimissioni con prima diagnosi psichiatrica rappresentano il 10% di tutte le dimissioni ospedaliere (psichiatriche e medico-chirurgiche) della fascia di età sotto i 18 anni.

Come abbiamo precedentemente segnalato, a questo fenomeno corrisponde una profonda trasformazione degli indicatori secondari del ricovero: negli Stati Uniti il numero complessivo di giorni/letto è diminuito del 23%, passando dai 3,2 milioni di giorni/letto nel biennio 1988-89 a 2,5 milioni di giorni/letto del biennio 1994-1995 <sup>47</sup>. Drammatica è la diminuzione della mediana (50° percentile) dei giorni di degenza: da 12,2 giorni di ricovero x paziente del 1990 a 4,5 giorni del 2000 <sup>13</sup>. Anche in questo caso la riduzione della durata della degenza media sembra essere un fenomeno che pesa in particolare sulla fascia di età adolescenziale (da una mediana di 10,4 giorni nel 1990 a 4,0 giorni nel 2000!) rimanendo sostanzialmente invariato per la popolazione sotto i 5 anni di età (da 5,9 giorni nel 1990 a 3,8 giorni nel 2000).

L'aumento del numero di ricoveri (numero complessivo di dimissioni) può essere messo in relazione a diversi fattori:

- una maggiore disponibilità ed efficacia dei trattamenti psicofarmacologici, che spesso hanno bisogno di un monitoraggio ospedaliero;
- l'implemento delle conoscenze neurobiologiche e la conseguente necessità di iter diagnostici complessi (tecniche di neuroimmagine, indagini genetiche ecc.);
- una maggiore sensibilità dei clinici verso i rischi legati alle situazioni di acuzie, in particolare verso il rischio suicidiario;
- la drammatica incidenza negli ultimi anni dell'abuso di sostanze nella popolazione giovanile.

La diminuzione dei giorni di degenza media per ricovero merita un discorso a parte. Un quadro simile è peraltro rilevabile anche per la popolazione psichiatrica in età adulta <sup>5 43</sup> dove però la diminuzione della durata della degenza media osservata è stata sensibilmente minore <sup>43</sup>.

L'osservazione che la riduzione della durata della degenza media sia particolarmente evidente per la classe di età 13-18 (fenomeno emergente anche in Europa) induce a porsi alcune domande sul modello e sulla qualità dell'assistenza psichiatrica riservate all'adolescenza. È probabile che alla base di questo fenomeno vi siano alcuni fattori strettamente correlati:

1. l'esplosione dell'incidenza e del numero complessivo dei ricoveri in adolescenza osservata negli ultimi anni (vedi sopra);
2. un cambiamento del paradigma assistenziale, più focalizzato su contenimento e sicurezza che su diagnosi e trattamento <sup>47</sup>;
3. le crescenti e pervasive necessità di contrazione della spesa sanitaria e di massimizzazione delle risorse esistenti (*more with less*).

Ci sembra importante, peraltro, sottolineare che la riduzione della degenza media osservata nei ricoveri psichiatrici in adolescenza non può essere correla-

ta in nessun modo a fattori clinici. Nel decennio 1990-2000 la riduzione maggiore della media di degenza si è avuta per le patologie più gravi come i Disturbi Psicotici e i Disturbi dell'Umore, in cui la durata mediadel ricovero si è ridotta di più del 50%. Numerosi lavori <sup>28 38 54</sup> hanno sottolineato che in psichiatria la riduzione dei giorni di degenza media rappresenta un fattore decisivo nella misura della qualità delle cure; in particolare, in adolescenza viene rilevata una correlazione inversa tra numero complessivo di giorni di ricovero e numero di ricoveri successivi <sup>30-61</sup>.

L'analisi dello scenario Italiano rispetto al ricovero psichiatrico in età evolutiva non può non cogliere alcuni questioni critiche:

- la percezione, aumentata negli ultimi anni, da parte dei NPI di una estrema povertà di risorse per la gestione del paziente minore con grave patologia e/o in acuzie psichiatrica, e in particolare di luoghi di ricovero dedicati;
- l'estrema eterogeneità assistenziale rilevabile nelle diverse regioni;
- la peculiarità dell'identità clinica e assistenziale della nostra disciplina: nella gestione degli investimenti, limitati alla base, tra un'area neuroriabilitativa pediatrica e una psichiatrica dell'adolescenza (che pure rivendichiamo), si è privilegiata la prima e poco si è fatto per la seconda.

Tali questioni, emergono in tutta la loro chiarezza e drammaticità dalla lettura dei dati epidemiologici nazionali. Una rilevazione condotta da Besana e Spinelli <sup>6</sup> sui ricoveri psichiatrici per adolescenti (fascia di età 12/17 anni) nella Regione Piemonte nel 1999 evidenziava come solo un quarto dei ricoveri effettuati nel corso dell'anno era stato richiesto dai servizi territoriali delle varie aziende piemontesi. Dalla valutazione incrociata, resa possibile dal confronto dei dati forniti dalle Aziende Sanitarie piemontesi attraverso le SDO (Schede di Dimissioni Ospedaliere), risultava che i ricoveri psichiatrici nella fascia 12-17 anni erano molto più numerosi di quelli richiesti dai servizi territoriali. I ricoveri erano stati effettuati per il 53% presso le due strutture ospedaliere piemontesi di NPI, per il 37% in SPDC, per il 3% presso Reparti di Pediatria e infine per il 6% in strutture private accreditate. L'analisi delle SDO è stato l'obiettivo di un lavoro di ricerca <sup>40</sup> condotto sui ricoveri con DRG per pazienti minori di anni 18 effettuati nel 1998 dai presidi ospedalieri della Lombardia e dell'Emilia Romagna. Questo studio aveva messo in evidenza un tasso di ospedalizzazione, per tutte le patologie studiate, che variava dall'1,5/1000 lombardo all'1,9/1000 emiliano con differenziazioni relative alle diversità strutturali e organizzative dei due modelli operativi.

Nel 2007 la Sezione Psichiatria e la Sezione di Epidemiologia ed Organizzazione dei Servizi della SINPIA hanno congiuntamente effettuato un sondaggio rivolto a tutte le sezione regionali con l'obiettivo della ricognizione delle risorse attive per la gestione dell'adolescente con grave patologia psichiatrica <sup>8</sup>. L'analisi delle risposte fornite dai segretari regionali della SINPIA fotografava un quadro frammentato e caratterizzato dalla povertà, se non assenza totale di risorse clinico-assistenziali. Dal censimento risultava che il numero di posti let-

to (regime ordinario) dedicati al ricovero psichiatrico in adolescenza era di circa 30 unità su tutto il territorio nazionale; altrettanti erano i letti non dedicati ma che accettavano ricoveri psichiatrici di minori con età inferiore a 14 anni. I letti risultavano essere distribuiti in sole 7 regioni mentre in 10 regioni non era stato rilevato alcun posto letto di NPI.

Lo scenario che si compone suggerisce che nella maggioranza dei casi la gestione del paziente psichiatrico minore in condizioni cliniche di gravità e/o di emergenza è legata a isolate *buone pratiche* (accordi, ma non protocolli con i Pronto Soccorso e le strutture ospedaliere) se non totalmente casuale. Quando il paziente è facilmente contenibile e comunque ha un'età inferiore ai 14 anni la soluzione di ricovero più frequente è rappresentata dai reparti pediatrici o di medicina generale. Per i pazienti con prevalenza di sintomatologia esternalizzante e aggressività si ricorre spesso agli SPDC. Rara la consulenza esterna dello specialista sia nei Dipartimenti di Emergenza che negli altri reparti. Frequenti, sia dai Pronto Soccorso che dai reparti ospedalieri, le dimissioni non protette e non concordate con i servizi: la rete territorio-ospedale è in larga misura ancora tutta da costruire.

Questo quadro riflette la percezione soggettiva dei clinici verso il problema della patologia grave in adolescenza. Il limite di indagini come questa risiede nella soggettività e nella scarsa affidabilità epidemiologica: è comunque innegabile che ci troviamo di fronte a una diffusa percezione di criticità.

La necessità di avere dati oggettivi da cui si possa ricavare che un'analisi più accurata del fenomeno ha quindi indotto il Ministero della Salute attraverso il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), a promuovere una vasta ricognizione epidemiologica sul ricovero psichiatrico in adolescenza in Italia (Progetto PRISMA 2). La ricerca è stata basata sui diversi *database* del Ministero della Salute e in particolare sull'archivio delle SDO degli ultimi 5 anni. Due gli obiettivi principali:

1. il censimento ufficiale del numero di posti letto di NPI in Italia;
2. lo studio epidemiologico del fenomeno del ricovero psichiatrico degli adolescenti.

Secondo quanto riportato dal Ministero della Salute <sup>9</sup> *in Italia nel 2006 erano censiti 554 posti letto di regime ordinario e 262 posti letto di diurno per un totale di 816 posti letto di NPI. La distribuzione sul territorio nazionale è molto disomogenea, con quasi la metà dei posti letto di regime ordinario concentrati in una sola regione (Lombardia). Il resto dei posti letto è distribuito in 12 regioni mentre 7 regioni non risultano avere posti letto di NPI. L'offerta di posti letto è però da leggere nell'ottica della composizione particolare della disciplina di NPI che prevede una offerta di assistenza sia per le patologie psichiatriche, sia per quelle neurologiche e neuroriabilitative. Inoltre l'utenza è composta dal gruppo in fascia di età pediatrica e dal gruppo in fascia di età adolescenziale con condizioni cliniche eterogenee e che spesso non permettono la condivisione degli stessi spazi ambientali. Ne consegue che ad una più*

accurata analisi, effettuata con l'incrocio dei ricoveri psichiatrici effettuati per struttura, emerge che i reparti a vocazione psichiatrica rappresentano una esigua minoranza e che l'offerta di posti letto effettivi per il ricovero di adolescenti con patologia psichiatrica non è superiore a 60. Questo valore è in effetti sovrapponibile a quanto registrato nell'indagine condotta dalle segreterie SINPIA: la percezione soggettiva dei clinici impegnati sul campo è, per una volta, attendibile.

L'analisi epidemiologica dei ricoveri, secondo obiettivo della ricerca, si è incentrata sull'elaborazione statistica dei dati ricavati dall'archivio nazionale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), relativi agli anni 2002-2006, per tutte le specialità di dimissione, limitatamente ai casi con:

- età compresa tra 12 e 17 anni, estremi inclusi;
- diagnosi *principale* psichiatrica (codici ICD9CM 290-319 o V71.0; V15.4; V40; V6).

I dati sono attualmente in via di elaborazione, ma dai risultati preliminari <sup>9 41</sup> emerge che anche in Italia si è avuta una diffusa espansione del fenomeno del ricovero psichiatrico in adolescenza. Negli ultimi 5 anni vi sono stati circa 24.000 ricoveri complessivi con una media di circa 6.000 ricoveri/anno e un tasso medio di ricovero di circa 1,5/1000 popolazione in fascia di età. La durata media del ricovero è di circa 6,7 giorni, ma il dato appare di difficile interpretazione per il particolare profilo assistenziale che emerge dalla ricerca. Infatti solo il 30% dei ricoveri di adolescenti viene effettuato in un reparto specialistico di NPI; il rimanente 70% è distribuito in reparti di altre specialità come Psichiatria (SPDC) e Pediatria.

## Conclusioni

Gli studi epidemiologici <sup>17 18 44 50</sup> indicano che tra il 18% e il 21% dei minori presenta, nel corso degli anni, un disturbo psicopatologico che comporta un *impairment* rilevante. Nell'arco di tutta l'adolescenza, si stima che il 9%-13% dei ragazzi possa presentare una patologia psichiatrica tale da richiedere una presa in carico da parte dei servizi di salute mentale. Questi valori sono sovrapponibili a quelli rilevabili in età adulta <sup>21 22 42</sup>.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità <sup>59</sup> raccomanda per le politiche di salute mentale destinate a bambini e adolescenti un "mix" ottimale di servizi: "... gli ospedali psichiatrici giocano un ruolo molto ridotto all'interno di questo mix ottimale. Se il bisogno assoluto di servizi di questo tipo varia probabilmente in paesi diversi, *la proporzione corretta tra servizi è in larga misura la stessa dovunque*".

All'interno di questo mix, il trattamento ospedaliero è necessario e inevitabile (per alcuni pazienti), potrebbe essere efficace e perfino economico (in termini di costi successivi a carico della salute mentale) <sup>30</sup>: questa è la percezione

diffusa che hanno i NPI, queste sono anche le indicazioni che la letteratura internazionale fornisce.

Comunque vogliamo leggerli, i dati di cui disponiamo indicano chiaramente che nei diversi paesi, indipendentemente dal sistema sanitario e dalla cultura medica dominante, una percentuale di bambini e adolescenti arriva al ricovero: dallo 0,2% degli Stati Uniti al 1,2% della Finlandia<sup>13 37</sup>. Non si tratta più di interrogarsi *se* si possa abbassare questa quota o *come* farlo: il vero problema è *dove* approdino questi bambini e adolescenti, *se* sia giusto non prevedere per tutti loro luoghi e metodiche di intervento specifici, *come* investire su questi luoghi e questi metodi.

In altri paesi europei queste domande sono sull'agenda da tempo. Nel Regno Unito, disponendo di 7,1 posti letto per 100.000 soggetti in età evolutiva<sup>29</sup>, si ritiene che il fabbisogno corretto dovrebbe essere di 24-40 posti letto per 100.000 soggetti in fascia di età<sup>50</sup> e in questi ultimi anni vi è stato un aumento del 37% del numero di posti letto<sup>45</sup>. In Francia il numero di posti letto per adolescenti con patologia psichiatrica è di circa 17 per 100.000 soggetti di età 12-18 (Cohen David, comunicazione personale). In Finlandia<sup>37</sup>, una profonda ridefinizione dell'assistenza per la salute mentale negli ultimi 10 anni ha portato ad una offerta di circa 74 letti per 100.000 soggetti di età 12-18.

*In Italia ... in Italia, malgrado il numero di ricoveri di bambini e adolescenti con patologia psichiatrica sia sovrapponibile a quello degli altri paesi l'offerta di posti letto specialistici e dedicati è al di sotto dello 0.1/100.000.* E il panorama sembra ancor più desolato se teniamo presente che in ben 7 regioni non vi è alcun posto letto NPI. Stiamo semplicemente prendendo atto di una realtà: 3 ricoveri su 10 – oggi, in Italia – si fanno in Neuropsichiatria infantile; gli altri 7 si fanno comunque. Dove? Come? Con quali costi e quali risultati? Non ci sembra di porre questioni ideologiche, corporative né tanto meno astrattamente etiche: si tratta di questioni, su cui continuiamo a dibattere da più di 10 anni<sup>11</sup> e relative alla decenza di un sistema sanitario.

La valutazione della qualità dell'assistenza passa dal confronto sistematico tra ciò che viene fatto (indicatore) e quanto si dovrebbe fare. Alla luce di quanto emerso in questa breve rassegna non possiamo negare che poco viene fatto e molto si dovrebbe fare: se non possiamo certo noi indirizzare le risorse, almeno dotiamoci di una strategia comune da proporre nelle sedi istituzionali.

## Riassunto

Sebbene la maggioranza di bambini e adolescenti con un disagio mentale devono essere assistiti e trattati da servizi su base territoriale, un corretto sistema di salute mentale non può non comprendere risorse di degenza per ricovero psichiatrico. In questo lavoro, gli autori analizzano i fattori legati al ricovero psichiatrico nei minori sottolineando la cruciale carenza di risorse di ricovero in Italia.

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Aarons GA, Brown SA, Hough RL, Garland AF, Wood PA. *Prevalence of adolescent substance use disorders across five sectors of care*. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2001;40:419-26.
- <sup>2</sup> American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Policy Statements on In-patient Hospital Treatment of Children and Adolescent* 1989.
- <sup>3</sup> American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. *Committee American College of Emergency Physicians and Pediatric Emergency Medicine*. Pediatrics 2006;118:1764-7.
- <sup>4</sup> Andreoli A, Lalive J, Garone G. *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Paris: Simep 1986
- <sup>5</sup> Bao Y, Sturm R. *How do trends for behavioral health inpatient care differ from medical inpatient care in U.S. community hospitals?* J Ment Health Policy Econ 2001;4:55-63.
- <sup>6</sup> Besana D, Spinelli G. *Il ricovero psichiatrico in adolescenza*. Giorn It Psicopatol 2001;7(suppl.)
- <sup>7</sup> Blanz B, Schmidt MH. *Preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry*. J Child Psychol Psychiat 2000;41:703-12.
- <sup>8</sup> Calderoni D, Sarti MI. *Analisi della situazione dei servizi per l'urgenza psichiatrica in età evolutiva in Italia*. SINPIA - Giornata di Lavoro sull'Urgenza Psichiatrica in Età Evolutiva, Bologna, 2007.
- <sup>9</sup> Calderoni D, Sarti MI. *Interventi di emergenza/urgenza nelle situazioni di crisi: Aspetti epidemiologici e conseguenze operative*. XXIV Congresso Nazionale SINPIA, Bari-Fasano, 2008
- <sup>10</sup> Cappabianca M, Bosi D, Brazzi F, Lombardo Radice M. *Fra ragione e passione: cura e costrizione nel trattamento psichiatrico dei minori*. Giorn Neuropsich Età Evol 1986;6:85-9.
- <sup>11</sup> Carratelli TJ, Ferrara M, Monniello G, Sabatello U. *Adolescenti e ricovero psichiatrico*. Milano: F. Angeli 1998.
- <sup>12</sup> Casacchia M, Sconci V. *Urgenza, emergenza e crisi in psichiatria* In: Casacchia M, eds., *Urgenze in psichiatria*. Milano: Masson 1990.
- <sup>13</sup> Case BG, Olfson M, Marcus SC, Siegel C. *Trends in the inpatient mental health treatment of children and adolescents in US community hospitals between 1990 and 2000*. Arch Gen Psychiat 2007;64:89-96.
- <sup>14</sup> Christodulu KV, Lichenstein R, Weist MD, Shafer ME, Simone M. *Psychiatric emergencies in children*. Pediatr Emerg Care 2002;18:268-70.
- <sup>15</sup> Ciompi L. *L'intervento in situazioni di crisi*. In: *La bottega della psichiatria*. Milano: Boringhieri 1999.
- <sup>16</sup> Corbellini G, Jervis G. *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*. Torino: Bollati Boringhieri 2008.
- <sup>17</sup> Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Erkanli A, Stangl DK, Tweed DL. *The Great Smoky Mountains Study of Youth. Functional impairment and serious emotional disturbance*. Arch Gen Psychiat 1996;53:1137-43.
- <sup>18</sup> Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DL, Erkanli A, et al. *The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders*. Arch Gen Psychiat 1996;53:1129-36.
- <sup>19</sup> Costello AJ, Dulcan MK, Kalas R. *A checklist of hospitalization criteria for use with children*. Hosp Commun Psychiat 1991;42:823-8.
- <sup>20</sup> Cotgrove A, McLoughlin R, O'Herlihy A, Lelliott P. *The ability of adolescent psychiatric units to accept emergency admissions: changes in England and Wales between 2000 and 2005*. Psychiatr Bull 2007;31:457-9.
- <sup>21</sup> De Girolamo G, Bassi M, Neri G, Ruggeri M, Santone G, Picardi A. *The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn*. Eur Arch Psychiat Clin Neurosci 2007;257:83-9.
- <sup>22</sup> De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Scarpino V, Reda V, Serra G, et al. *Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*. Soc Psychiatr Epidemiol 2006;41:853-61.
- <sup>23</sup> Department of Health, Department for Education and Skills 2007: National Service Framework for Children Young People and Maternity Services. *The Mental Health and Psychological Well-being of*



- Children and Young People: Standard 9*, London, 2007 [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH\\_4094607](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_4094607)
- <sup>24</sup> Department of Health, *National CAMHS Mapping Atlas 2005* <http://www.camhsmapping.org.uk/2005/reports/>
- <sup>25</sup> Edelsohn GA, Braitman LE, Rabinovich H, Sheves P, Melendez A. *Predictors of urgency in a pediatric psychiatric emergency service*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2003;42:1197-202.
- <sup>26</sup> Evenson RC, Binner PR, Adams CJ. *Predicting risk for hospitalization with the child behavior checklist*. *J Clin Child Adole Psychol* 1992;21:388-93.
- <sup>27</sup> Ferrara M. *Interventi di emergenza/urgenza nelle situazioni di crisi, aspetti clinici*. XXIV Congresso Nazionale SINPIA, Bari-Fasano 2008
- <sup>28</sup> Figueroa R, Harman J, Engberg J. *Use of claims data to examine the impact of length of inpatient psychiatric stay on readmission rate*. *Psychiatr Serv* 2004;55:560-5.
- <sup>29</sup> Gowers SG, Cotgrove AJ. *The future of in-patient child and adolescent mental health services*. *Br J Psychiat* 2003;183:479-80.
- <sup>30</sup> Green J, Jacobs B, Beecham J, Dunn G, Kroll L, Tobias C, et al. *Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry - a prospective study of health gain and costs*. *J Child Psychol Psychiat* 2007;48:1259-67.
- <sup>31</sup> Gruppo di Lavoro Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva. *Rapporto Strategico per gli Interventi Sanitari e la Gestione delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva nella Regione Lazio*, Roma 2008.
- <sup>32</sup> Gutterman EM, Markowitz JS, Lo Conte JS, Beier J. *Determinants for hospitalization from an emergency mental health service*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1993;32:114-22.
- <sup>33</sup> Hillard JR, Slomowitz M, Deddens J. *Determinants of emergency psychiatric admission for adolescents and adults*. *Am J Psychiat* 1988;145:1416-9.
- <sup>34</sup> Hillard JR. *The past and future of psychiatric emergency services in the U.S.* *Hosp Commun Psychiat* 1994;45:541-3.
- <sup>35</sup> ISTAT. *L'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici*, [http://www.istat.it/dati/dataset/20080401\\_01/](http://www.istat.it/dati/dataset/20080401_01/); Roma; 2008
- <sup>36</sup> Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. *Monitoring the future: national survey results on drug use, 1975-2004*. Volume I: Secondary School Students. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse 2005, 680. NIH Publication No. 05-5727.
- <sup>37</sup> Laukkanen E, Pylkkänen K, Hartikainen B, Luotonieniemi M, Julma K, Aalberg V. *A new priority in psychiatry: focused services for adolescents*. *Nord J Psychiat* 2003;57:37-43.
- <sup>38</sup> Lieberman PB, Wiitala SA, Elliott B, McCormick S, Goyette SB. *Decreasing length of stay: are there effects on outcomes of psychiatric hospitalization?* *Am J Psychiat* 1998;155:905-9.
- <sup>39</sup> Lombardo Radice M, Giannotti A, Saccu C. *Sul concetto di crisi in età evolutiva*. *Psich Inf Adol* 1983;264-265.
- <sup>40</sup> Nardocci F. *La rete dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile: i percorsi di crescita, la realtà attuale, le problematiche future* in Ministero della Salute (eds), *Prima conferenza Nazionale per la Salute Mentale*. Roma; 2001.
- <sup>41</sup> Nardocci F, Molteni M, Gaddini A, Calderoni D, Mattia V, Sarti MI, et al. *Il disturbo mentale in adolescenza: la comparsa del bisogno i percorsi del disturbo*, SANIT 6° Forum internazionale della salute. Roma, 2008.
- <sup>42</sup> Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. *Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates*. *Arch Gen Psychiat* 2002;59:115-23.
- <sup>43</sup> Mechanic D, McAlpine DD, Olfson M. *Changing patterns of psychiatric inpatient care in the United States, 1988-1994*. *Arch Gen Psychiat* 1998;55:785-91.
- <sup>44</sup> Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, Rae-Grant NI, Links PS, Cadman DT, et al. *Ontario Child Health Study. II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization*. *Arch Gen Psychiat* 1987;44:832-6.
- <sup>45</sup> O'Herlihy A, Lelliott P, Bannister D, Cotgrove A, Farr H, Tulloch F. *Provision of child and adolescent mental health in-patient services in England between 1999 and 2006*. *Psychiat Bull* 2007;31:454-6.

- <sup>46</sup> Patrick C, Padgett DK, Burns BJ, Schlesinger HJ, Cohen J. *Use of inpatient services by a national population: do benefits make a difference?* J Am Acad Child Adolesc Psychiat 1993;32:144-52.
- <sup>47</sup> Pottick KJ, McAlpine DD, Andelman RB. *Changing patterns of psychiatric inpatient care for children and adolescents in general hospitals, 1988-1995.* Am J Psychiat 2000;157:1267-73.
- <sup>48</sup> Rosenn DW. *Psychiatric emergencies in children and adolescents.* In: Bassuk EL, Birk AW, eds. *Emergency Psychiatry: Concepts, Methods, and Practices.* New York: Plenum 1984.
- <sup>49</sup> Royal College of Psychiatrists. *Mental Health of the Nation. The Contribution of Psychiatry (Council Report CR16).* London: Royal College of Psychiatrists 1992.
- <sup>50</sup> Royal College of Psychiatrists. *Recommendations for In-patient psychiatric care for young people with severe mental illness.* London 2005.
- <sup>51</sup> Santucci KA, Sather JE, Baker MD. *Childhood psychiatric emergencies: is this a growing epidemic?* Comunicazione presentata al PAS/AAP Spring meeting (Boston, MA) and SAEM Spring meeting (San Francisco, CA) 2000.
- <sup>52</sup> Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, et al. *The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study.* J Am Acad Child Adolesc Psychiat 1996;35:865-77.
- <sup>53</sup> Shah MV, Amato CS, John AR, Dennis CG. *Emergency department trends for pediatric and pediatric psychiatric visits.* Pediatric Emerg Care 2006;22:685-6.
- <sup>54</sup> Sharfstein J. *Unhealthy partnership.* Am Prospect 2001;12:24.
- <sup>55</sup> Sills MR, Bland SD. *Summary statistics for pediatric psychiatric visits to US emergency departments, 1993-1999.* Pediatrics 2002;110:e40.
- <sup>56</sup> Siponen U, Välimäki M, Kaivosoja M, Marttunen M, Kaltiala-Heino R. *Increase in involuntary psychiatric treatment and child welfare placements in Finland 1996-2003. A nationwide register study.* Soc Psychiatr Epidemiol 2007;42:146-52.
- <sup>57</sup> Steinbusch PJ, Oostenbrink JB, Zuurbier JJ, Schaepkens FJ. *The risk of upcoding in casemix systems: a comparative study.* Health Policy 2007;81:289-99.
- <sup>58</sup> Stroul BA, Goldman SK. *Study of community-based services for children and adolescents who are severely emotionally disturbed.* J Ment Health Adm 1990;17:61-77
- <sup>59</sup> WHO. *Caring for children and adolescent with mental disorders.* Geneva 2003.
- <sup>60</sup> WHO. *Child And Adolescent Mental Health Policies And Plans.* Geneva 2005.
- <sup>61</sup> Wickizer TM, Lessler D, Boyd-Wickizer J. *Effects of health care cost-containment programs on patterns of care and readmissions among children and adolescents.* Am J Public Health 1999;89:1353-8.
- <sup>62</sup> Wrate RM, Rothery DJ, McCabe RJ, Aspin J, Bryce G. *Psychosocial adversity in an adolescent psychiatry inpatient cohort: WHO ICD-10 findings from a multicentre prospective study.* Soc Psychiatr Epidemiol 1995;30:5-13.
- <sup>63</sup> Young SE, Corley RP, Stallings MC, Rhee SH, Crowley TJ, Hewitt JK. *Substance use, abuse and dependence in adolescence: Prevalence, symptom profiles and correlates.* Drug Alcohol Depend 2002;68:309-22.