

LE CARATTERISTICHE STRUTTURALI E LE VARIABILI DI PROCESSO DEI SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA IN ITALIA: UNO STUDIO REGIONALE

The characteristics and activities of Child and Adolescent Mental Health Services in Italy: a regional survey

S. Alighieri¹, F. Favero²
 A. Polmonari³, L. Pedrini⁴
 M. Alvarez⁵, R. Calati⁶
 L. Desideri⁷, D. Durante⁸
 L. Iero⁹, G. Magnani¹⁰
 S. Micheletti¹¹, V. Pericoli¹²
 A. Preti¹³, E. Raimondi⁷
 R. Raggini¹⁴, V. Riboni¹⁵
 M.C. Scaduto¹⁶, D. Sisti¹⁷
 M.B.L. Rocchi¹⁷, G. de Girolamo⁴
 per il gruppo PREMIA*

¹ AUSL di Rimini, Servizio NPEE, Rimini; ² AUSL di Modena, UONPIA, Sassuolo (MO); ³ AUSL di Ferrara, UONPIA, Ferrara; ⁴ IRCCS Centro San Giovanni di Dio-Fatebenefratelli, Brescia; ⁵ AUSL di Reggio Emilia, UONPIA, Reggio Emilia; ⁶ Istituto di Psichiatria "Ottonello", Università di Bologna; ⁷ AUSL di Bologna, UONPIA, Bologna; ⁸ AUSL di Parma, Servizio N.P.E.E., Parma; ⁹ AO Universitaria S. Orsola-Malpighi, Bologna; ¹⁰ AUSL di Imola, UONPIA, Imola (BO); ¹¹ UO Neuropsichiatria Infantile, Spedali Civili di Brescia; ¹² AUSL di Ravenna, UONPIA, Ravenna; ¹³ Dipartimento di Psicologia, Università di Cagliari; ¹⁴ AUSL di Cesena, UONPIA, Cesena e AUSL di Forlì, UONPIA, Forlimpopoli; ¹⁵ AUSL di Piacenza, UONPIA, Piacenza; ¹⁶ Unità di Neurologia e Psichiatria Infantile, Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università di Bologna; ¹⁷ Istituto di Biomatematica, Università di Urbino

PAROLE CHIAVE

Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) - Processo di cura - Neuropsichiatria - Valutazione dei servizi

KEY WORDS

Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) - Process of care - Adolescence - Child Psychiatry - Services evaluation

RIASSUNTO

Obiettivi. Descrivere le caratteristiche fisiche, architettoniche ed i dati di attività delle 11 Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) della Regione Emilia-Romagna, che annovera 633.725 abitanti di età compresa tra 0 e 17 anni.

Metodi. I responsabili di tutte le singole unità che compongono le UONPIA hanno compilato un'apposita "Scheda Struttura". Sui dati raccolti è stato effettuato un dettagliato controllo di qualità, che ha consentito di eliminare gli errori e giungere ad una quota di dati mancanti inferiore al 5%.

Risultati. In Emilia-Romagna vi sono complessivamente 43 Centri di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CNPIA) e 67 Unità erogative ambulatoriali semplici. Nelle 11 UONPIA lavorano 699 figure professionali full-time equivalenti; vi sono circa 20 neuropsichiatri infantili e 23 psicologi ogni 100.000 abitanti di età compresa tra 0 e 17 anni. Tutte le strutture sono ben equipaggiate ed organizzate dal punto di vista logistico e strutturale ed ovunque è garantito l'accesso gratuito agli utenti. Nell'anno 2008, in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, circa il 6% della popolazione 0-17 anni era in contatto con le UONPIA. La maggior parte degli utenti venuti in contatto per la prima volta nel 2008 ha ricevuto una diagnosi di disturbo del linguaggio o dell'apprendimento (41%). In maniera altrettanto uniforme, le prime visite corrispondono al 30% delle visite annuali effettuate in ciascuna UONPIA.

Conclusioni. La proporzione di bambini ed adolescenti in contatto con le UONPIA dell'Emilia-Romagna per un disturbo mentale è in linea con i precedenti studi epidemiologici. In Italia i servizi di neuropsichiatria infantile si occupano sia di disturbi della sfera comportamentale che di disturbi neurologici: tenendo a mente questa caratteristica, che differenzia le UONPIA italiane dai servizi di salute mentale infantili degli altri paesi europei, emerge che il numero di neuropsichiatri per 100.000 abitanti in età pediatrica è uno dei più elevati d'Europa (secondo i dati disponibili), ed è comparabile a quello riscontrato nelle aree meglio equipaggiate degli Stati Uniti. Le criticità rilevate riguardano la non uniformità delle procedure di valutazione diagnostica e la limitata disponibilità di protocolli per gli interventi da attuare in casi di emergenza fuori dall'orario diurno abituale.

SUMMARY

Objective. To collect data on the physical characteristics, staffing arrangements, and activities of 11 Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) in Emilia-Romagna, a densely populated Italian region with 633,725 inhabitants aged 0-17 years.

Methods. The Unit Chiefs of all CAMHS filled in a structured 'Facility Form', with activity data referring to 2008 (data for inpatient facilities referred to 2009).

Results. Eleven CAMHS were in operation, including 110 outpatient units, with approximately 20 child psychiatrists and 23 psychologists per 100,000 inhabitants aged 0-17 years. All outpatient units were well equipped and organized, and all granted free access to services. In 2008, approximately 6% of the target population had at least one contact with outpatient CAMHS, and this percentage showed substantial homogeneity across the eleven areas corresponding to the Health Units of the Region. Most patients in contact in 2008 received a diagnosis of language disorder- or learning disability (41%). First-ever contacts accounted for 30% of annual visits across all units. Hospital bed availability was 5 per 100,000 inhabitants aged 0-17 years.

Conclusion. The percentage of young people in contact with CAMHS for mental disorders is in line with that observed in previous epidemiological studies. The overall number of child psychiatrists per 100,000 inhabitants is one of the highest in Europe, and is comparable with the most well equipped areas in the US. This comparison should be interpreted with caution, however, because in Italy child psychiatrists also treat neurological disorders. Critical areas requiring improvement are: the uneven utilisation of standardised assessment procedures and the limited availability of dedicated emergency services during non-office hours (e.g., nights and holidays).

INTRODUZIONE

In Italia, nell'ultimo decennio, vari studi hanno analizzato su scala nazionale, ed in maniera dettagliata, le caratteristiche e il funzionamento dei servizi di salute mentale per gli adulti¹; al contrario, sino ad oggi nessuno studio è stato condotto in maniera sistematica per indagare le caratteristiche e l'organizzazione dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva.

Il disporre di dati quantitativi riguardanti i servizi per l'età evolutiva ha importanti implicazioni sia dal punto di vista clinico che per la programmazione politico-sanitaria: infatti la maggior parte dei disturbi mentali esordisce nella prima infanzia o in adolescenza², ed un intervento tempestivo ed efficace può essere pertanto di grande importanza per evitare la cronicizzazione di questi disturbi ed il loro prolungarsi nell'età adulta; l'infanzia e l'adolescenza costituiscono fasi critiche e di elevata vulnerabilità per lo sviluppo individuale, ed i servizi rivestono quindi un ruolo cruciale dal punto di vista preventivo; infine i dati epidemiologici ottenuti su un ampio campione italiano di popolazione infantile mostrano che più dell'8% dei soggetti in età evolutiva soddisfa i criteri diagnostici internazionali per un disturbo mentale³.

I dati quantitativi circa l'assetto dei servizi resi noti dalla Comunità Europea sono altresì scarsi ed inadeguati⁴, e ciò rimarca la necessità di migliorare le nostre conoscenze in questo campo, anche al fine di poter operare una corretta stima delle risorse necessarie per soddisfare i bisogni assistenziali di una fascia di popolazione vulnerabile.

In questo lavoro verranno presentati i risultati della prima fase del progetto 'PREscrizione di Medicine nell'Infanzia e nell'Adolescenza' (PREMIA); tale progetto comprende un'indagine su tutte le UONPIA della Regione Emilia-Romagna (prima fase), uno studio cross-sezionale su circa 1.000 pazienti tra i 6 ed i 17 anni, in contatto o in carico ai servizi (seconda fase), ed infine un follow-up ad un anno di un campione di bambini e adolescenti a cui sono stati prescritti farmaci psicotropi, appaiati con un gruppo di soggetti in trattamento che non hanno però ricevuto alcuna prescrizione psicofarmacologica (terza fase).

In questo contributo verranno descritti i risultati della prima fase, che aveva come obiettivo lo studio delle

caratteristiche fisiche, logistiche, architettoniche, delle variabili di processo, e dei dati di attività delle 11 UONPIA della Regione Emilia-Romagna. Come è noto, in Italia – a differenza di quanto accade in altri paesi europei – le UONPIA sono responsabili della prevenzione, valutazione e cura dei disturbi sia psichiatrici che neurologici: tuttavia, il presente lavoro si focalizza esclusivamente sui disturbi mentali e sul loro trattamento; i dati riguardanti i disturbi neurologici, la loro valutazione ed il loro trattamento esulano quindi dalle finalità di questo progetto.

Materiale e metodi

La ricerca è stata effettuata in Emilia Romagna (4 milioni circa di abitanti, di cui 633.725 in età compresa tra i 0 e i 17 anni). Tutte le 11 UONPIA regionali hanno aderito allo studio; ciascuna ha nominato un coordinatore che si è occupato di organizzare e supervisionare i dati raccolti nelle differenti fasi del progetto.

RACCOLTA DEI DATI

Sono state messe a punto due schede: la 'Scheda Struttura per sedi Territoriali' (SST) e la 'Scheda Struttura per sedi Ospedaliere' (SSO). Per sviluppare questi strumenti si è partiti dalla scheda utilizzata nello studio nazionale PROGRES-Acuti, riguardante le strutture psichiatriche per adulti¹. La scheda utilizzata nel PROGRES-Acuti è stata sottoposta ad una accurata e ripetuta revisione, al fine di renderla appropriata per la valutazione delle UONPIA; la versione della "Scheda Struttura" così ottenuta è stata quindi testata in due UONPIA.

La versione finale della SST include 156 item suddivisi in 7 sezioni: informazioni generali, caratteristiche ambientali, dotazione strumentale, organizzazione dei servizi, trattamenti erogati, collaborazione con altri servizi sanitari e con le scuole, personale, procedure che regolano le attività, attività e prestazioni erogate nel 2008.

La versione finale della SSO include invece 62 item divisi in 6 sezioni: informazioni generali, caratteristiche ambientali, personale, procedure che regolano le attività, collaborazione con altri servizi sanitari di neuropsichiatria, attività e prestazioni erogate nel 2009. La forma definitiva della SST è stato somministrata dai ricercatori ai responsabili di ciascun servizio avente

autonomia organizzativa in ognuna delle 11 UONPIA. Per ottenere invece le informazioni richieste nella sezione "Attività e prestazioni erogate nel 2008" è stata formulata una specifica query nel sistema informatizzato ELEA. Per quanto riguarda il personale, tutto lo staff direttamente coinvolto nell'assistenza ai pazienti (neuropsichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sanitarie e sociali, psicomotricisti, fisioterapisti, logopedisti ed educatori) è stato considerato in termini di unità di personale equivalente a tempo pieno; non sono invece stati conteggiati i tirocinanti e i volontari.

Sui dati raccolti è stato effettuato un dettagliato controllo di qualità, prima a livello locale di ogni singola unità, e poi centralmente. Sono stati organizzati incontri mensili tra i tutti i coordinatori del progetto al fine di verificare la validità dei dati e ridurre i dati mancanti ed gli errori: questo processo di revisione, durato circa 6 mesi, ha consentito di giungere ad una quota di dati mancanti inferiore al 5%.

ANALISI STATISTICHE

I dati riguardanti le caratteristiche delle strutture e le attività sono stati analizzati utilizzando statistiche descrittive. Per le variabili continue sono stati calcolati media, deviazione standard, e range. Per le variabili categoriali sono state impiegate analisi bivariate, mentre per le variabili continue sono state eseguite delle regressioni lineari. Tutte le analisi sono condotte usando SPSS, versione 13.0 per Windows.

RISULTATI

Caratteristiche ambientali e strumentazione tecnica delle CNPIA

Complessivamente nel territorio dell'Emilia Romagna sono presenti 11 UONPIA, che includono 110 Unità Operative, 43 delle quali sono CNPIA (Centri di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza), mentre 67 sono Unità erogative ambulatoriali semplici.

Tutte le 110 unità partecipanti hanno un bacino di utenza definito: la maggior parte (N = 72; 65%) fino a 50.000 abitanti, mentre 22 (20%) sono responsabili per un bacino di utenza con più di 100.000 abitanti.

Considerando esclusivamente la popolazione target, ovvero gli abitanti in età compresa tra 0 e 17 anni, questa è in numero inferiore a 10.000 in 80 unità assistenziali (72,7%); in 43 (39,1%) unità assistenziali la popolazione target conta invece meno di 3.000 soggetti; infine 30 unità (27,3%) hanno una popolazione target con più di 10.000 residenti in età pediatrica.

Per le unità per le quali questo tipo di informazioni era disponibile (N = 99; 90%), circa la metà sono state costruite nel corso degli ultimi quarant'anni (N = 41; 41,4%), mentre 29 (29,3%) sono state edificate prima del 1950. Nella maggior parte dei casi (N = 87; 79,1%), le strutture sono parte di un edificio comprendente altri servizi di sanità pubblica. Venticinque unità (22,7%) hanno un ingresso separato dall'accesso ad altri servizi sanitari, ed un'apposita reception è presente in 39 unità (35,5%).

Quaranta unità (36,4%) dispongono di una sala preposta alle riunioni di équipe. Tutte le unità, tranne 17, hanno almeno un ambulatorio dedicato alle visite neuropsichiatriche. La maggior parte delle unità (101; 91,8%) ha almeno una stanza per altre attività cliniche, utilizzata in prevalenza dagli psicologi clinici. La maggior parte delle strutture (N = 79; 71,8%) ha una stanza dedicata alla riabilitazione fisioterapica e psicomotoria, e tutte hanno un ambulatorio riservato alla logopedia. L'insonorizzazione, considerata un requisito essenziale per la privacy nel lavoro ambulatoriale, è garantita in 74 unità (67,3%).

In generale, le strutture esaminate dispongono di giochi e di altri materiali idonei all'intrattenimento di bambini (N = 106; 96,4%); tutte sono fornite della maggior parte degli strumenti tecnici necessari per le visite mediche (per esempio: diafanoscopio, scale di misurazione, oftalmoscopio...), spesso disponibili in tutte le stanze utilizzate per l'attività ambulatoriale (N = 65; 59,1%).

I test clinici e neuropsicologici sono disponibili in quasi tutte le unità (N = 107; 97,3%). Un registro elettronico per i dati clinici è disponibile in 94 unità (85,5%) mentre il database cartaceo soddisfa i requisiti di privacy in 78 strutture (70,9%). L'accesso online alle principali riviste scientifiche è disponibile in 108 unità (98,2%).

Personale e variabili di processo. Le 110 unità impiegano 769 dipendenti a tempo pieno (in termini di equivalenti a tempo pieno): 125

medici specialisti in neuropsichiatria infantile, 147 psicologi clinici, 217 logopedisti, 125 fisioterapisti e 118 educatori.

La maggior parte dello staff è composto da personale di ruolo, mentre l'arruolamento di personale con contratti a tempo determinato è abbastanza infrequente (N = 67; 8,7%).

Vi sono circa 20 neuropsichiatri infantili ogni 100.000 abitanti in età compresa tra 0 e 17 anni, mentre se si considera l'intera popolazione della Regione, il rapporto è di 3 per 100.000. Ogni neuropsichiatra infantile ha in media in carico 343 utenti, con una certa eterogeneità tra le CNPIA (range: 233-488).

La supervisione per il personale viene offerta gratuitamente in 71 unità (64,5%); specifici interventi per prevenire il burnout sono proposti di routine solo in poche unità (N = 9; 8,2%).

La maggior parte delle strutture assistenziali è aperta dal lunedì al venerdì fino alle 18.00 (N = 95; 86,4%); un terzo delle unità resta aperta anche il sabato mattina (N = 32; 29,1%). In media i servizi sono aperti per 39,35 (\pm 11,27) ore alla settimana.

L'accesso a tutte le unità è gratuito e diretto, ovvero non è necessario l'invio da parte del pediatra. La valutazione clinica, così come la maggior parte degli interventi, sono a completo carico del Servizio Sanitario Nazionale; un ticket minimo viene richiesto a seconda dell'età e della diagnosi degli utenti. Una minoranza di unità effettua prime visite entro 7-15 giorni dalla richiesta (N = 7; 6,4%), un terzo delle unità garanti-

sce una prima visita entro un mese (N = 37; 33,6%), mentre in un altro terzo il tempo di attesa per il primo contatto non va oltre i 2 mesi (N = 28; 25,5%);

Un protocollo specifico per l'intervento entro le 24 ore è presente in 35 unità (31,8%); questo protocollo prevede che i pazienti che necessitano di una consultazione in emergenza abbiano la priorità rispetto alle visite ordinarie programmate.

In due terzi delle unità (N = 74; 67,3%), le prime visite vengono condotte sia dal neuropsichiatra che dallo psicologo, a seconda della disponibilità dello staff, mentre in 18 unità (16,4%) il neuropsichiatra è il solo professionista deputato ad effettuare le prime visite.

La maggior parte degli interventi include *counselling*, training individuali di riabilitazione ed incontri con le scuole per pazienti diversamente abili. Gli interventi non convenzionali, come la pet-therapy e la musicoterapia, sono praticati raramente.

Gran parte delle attività effettuate nelle unità di erogazione territoriale vengono registrate e spesso seguono specifici protocolli; tuttavia, solo una minoranza delle unità condivide il protocollo di trattamento con il pediatra del paziente.

La maggior parte delle unità è dotata di almeno un professionista specializzato in psicoterapia: nella maggior parte dei casi, si tratta di professionisti con una formazione psicodinamica (78 unità; 70,9%); la psicoterapia sistemica familiare viene praticata in 33 unità (30%), mentre la psicoterapia cognitivo-comportamentale è disponibile in 23 unità (20,9%).

TAB. I. Professionisti 'Full-time-equivalenti' presenti nelle 11 UONPIA della regione Emilia Romagna.

	Professionisti full time equivalenti per ciascuna UONPIA		N popolazione target (0-17) / N professionisti		N utenti / N professionisti		Numero professionisti / 100.000 popolazione target (0-17)	Numero professionisti / 100.000 popolazione totale
	Media (dev. st.)	Range	Media (dev. st.)	Range	Media (dev. st.)	Range		
Neuropsichiatri	11,19 (8,01)	4-29	5807 (1152)	4128-8254	343 (91)	233-488	19,7	3,09
Psicologi (* = 1)	13,3 (8,25)	0-27	4507 (1577)	2727-8128	260 (85)	161-433	23,2	3,64
Logopedisti	19,41 (10,40)	6-41	3121 (583)	2199-3962	183 (41)	129-255	34,2	5,37
Fisioterapisti	11,38 (7,32)	2-28	6150 (2809)	3075-11843	352 (144)	193-700	19,7	3,09
Educatori (* = 3)	10,75 (9,86)	0-29	5974 (3056)	2800-11352	364 (205)	145-745	18,6	2,92
Psicomotricisti (* = 5)	1,17 (1,42)	0-4	36699 (19972)	10464-68645	2028 (1099)	469-3655	2,05	0,32

* Numero di UONPIA prive di professionisti all'interno del proprio staff.

TAB. II. Interventi erogati e procedure delle unità di NPIA*.

		N (%)
Interventi erogati	Incontri con le scuole per pazienti disabili	110 (100%)
	Counseling	100 (90,9%)
	Training riabilitativi individuali – social skills training	81 (73,6%)
	Training riabilitativi di gruppo	64 (58,2%)
	Incontri mensili con servizi sociali	60 (54,5%)
	Psicoeducazione	56 (50,9%)
	Consulenze a Pronto soccorso pediatrico	39 (35,5%)
	Parent training	26 (23,6%)
	Arteterapia	23 (20,9%)
	Terapia Cognitivo-Comportamentale di gruppo	19 (17,3%)
	Terapia Psicoanalitica di gruppo	14 (12,7%)
	Pet therapy	7 (6,4%)
Musicoterapia	6 (5,5%)	
Disponibilità di consulenze con altri specialisti (neuroradiologi, genetisti...)		91 (82,7%)
Protocollo di collaborazione con i servizi di salute mentale per adulti		103 (93,6%)
Frequenza di incontri dello staff	Settimanale	29 (26,4%)
	Bisettimanale	36 (32,7%)
	Mensile	26 (23,6%)
	Meno frequente	19 (17,3%)
Protocollo di comunicazione della diagnosi ai genitori		75 (68,2%)
Protocollo di cooperazione con pediatri circa il trattamento di specifici disturbi	Disturbi pervasivi dello Sviluppo	30 (27,3%)
	Disturbi del Linguaggio	13 (11,8%)
	Disturbi da Deficit Attenzione – Iperattività	22 (20%)
	Disturbi dell'Alimentazione	21 (19,1%)
	Disabilità croniche	15 (13,6%)
Modulo del consenso sull'utilizzo dei farmaci psicotropi		69 (62,7%)
Protocollo di cooperazione con le Scuole per pazienti con bisogni educativi speciali		86 (78,2%)
Protocollo di cooperazione con servizi sociali per abuso o trascuratezza		67 (60,9%)

* I dati concernono il numero (%) di unità che applicano le procedure.

DATI DI ATTIVITÀ

Ciascuna delle 11 UONPIA ha registrato in media 3.561 (\pm 2.042) pazienti che hanno avuto almeno un contatto con un professionista nel corso dell'anno, per una media complessiva di 6.313 (\pm 5.435) visite annuali; ciascun paziente ha quindi ricevuto in media 2 o più visite neuropsichiatriche nel corso di un anno. Tra i pazienti che hanno contattato i servizi *per la prima volta* nel corso dell'anno 2008 (Fig. 1), la maggior parte ha ricevuto una diagnosi di Disturbo dell'Ap-

prendimento o del Linguaggio (complessivamente, in media 557 casi ogni 100.000 abitanti in età evolutiva). I disturbi depressivi sono invece piuttosto rari (in media circa 20 casi ogni 100.000 abitanti in età evolutiva). Si noti, inoltre, la variabilità nel numero di casi con disturbi neurologici probabilmente ascrivibile al fatto che solitamente questa categoria di disturbi richiede interventi che vengono erogati da strutture specifiche che non sono distribuite omogeneamente tra le varie aree territoriali. Nell'interpretare i dati sulla distribuzione delle diagnosi, va tenuto presente che

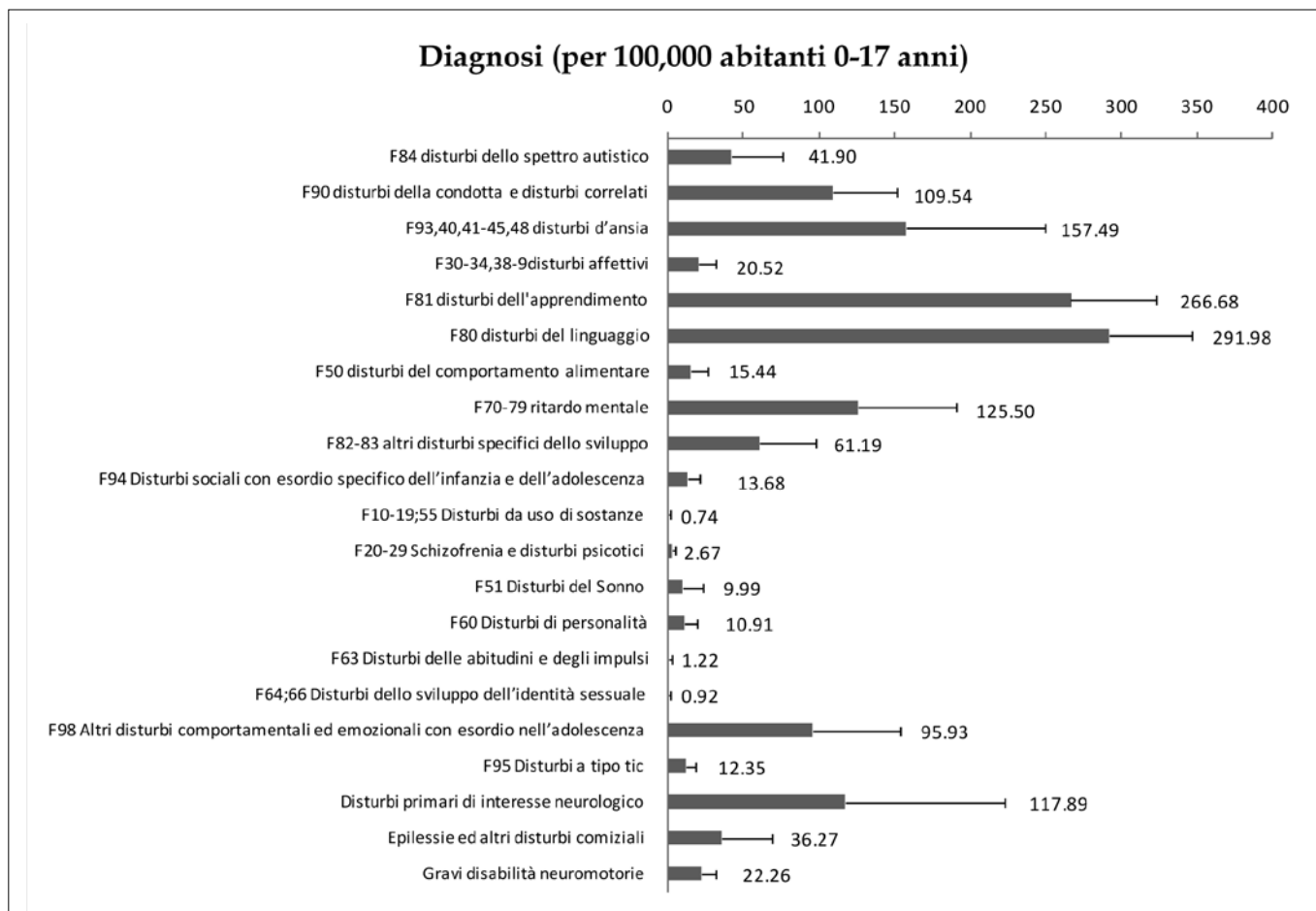


Fig. 1. Distribuzione delle diagnosi nella popolazione-target (abitanti in età 0-17 anni).

I dati rappresentano il numero (Ds) di diagnosi (per 100,000 abitanti 0-17 anni) fatte nel 2008 a pazienti che hanno contattato per la prima volta i servizi.

esse non sono state ottenute con metodologie standardizzate di assessment.

Complessivamente nell'anno 2008, circa il 6% della popolazione-target (0-17 anni) risultava in contatto con le 11 UONPIA. Questa proporzione è omogenea nelle 11 UONPIA (CV = 0,21), come si evince chiaramente dalla Figura 2, che mostra il rapporto tra popolazione in carico e popolazione totale che, infatti, presenta una tendenza di tipo lineare. In termini assoluti, il numero medio di bambini e adolescenti in carico alle UONPIA era pari a 5.947 (\pm 1.239, range: 3.915-8.254) per ciascuna UONPIA.

Complessivamente nell'anno 2008, ciascuna delle 11 UONPIA ha effettuato in media 1.134 (\pm 604.32) pri-

me visite. La proporzione di prime visite corrisponde al 30% delle consultazioni annue totali. Tale proporzione è simile nelle 11 UONPIA, e la Figura 3 esprime graficamente la presenza di un rapporto di tipo lineare tra prime visite e visite totali, il che sta ad indicare una notevole omogeneità in questa proporzione tra le varie UONPIA.

STRUTTURE OSPEDALIERE PSICHIATRICHE

Nella Regione Emilia-Romagna, vi sono 7 strutture per il ricovero di bambini ed adolescenti con problemi psichiatrici; appartengono tutte al servizio pubblico, due

sono cliniche universitarie, ed una è un servizio di day-hospital.

La struttura più antica è stata originariamente costruita nel 1930, ma tutte sono state ristrutturate nell'ultimo decennio. I pazienti sono di solito ospitati in camere doppie, mentre le single non sono disponibili. Cinque strutture hanno una stanza dedicata appositamente alle attività cliniche ed agli incontri con i familiari.

Tra le sette strutture, una accoglie esclusivamente pazienti affetti da disturbi alimentari, le altre ammettono più condizioni psichiatriche. Tutte le strutture hanno un servizio di day-hospital.

Sei unità di ricovero hanno adottato dei criteri di inclusione/esclusione per il ricovero: tre non ammettono pazienti con disturbi da uso di sostanze, con elevato rischio suicidario o con gravi comportamenti aggressivi, mentre tutte ammettono pazienti con ritardo mentale grave, o disabilità fisica (cecità, paralisi...).

Solo in una struttura le porte sono abitualmente chiuse ed i pazienti non sono liberi di uscire. La quantità di tempo disponibile per le visite dei parenti varia tra le sette unità: in una è consentito solo per 2 ore al giorno, mentre in altre è consentita la presenza per tutto il giorno.

Una struttura può accogliere pazienti per un massimo di 30 giorni, mentre le altre non hanno soglie predefinite per il ricovero.

Nelle sette strutture di ricovero lavorano 29 neuropsichiatri infantili, 17 (58,6%) dei quali con contratto a tempo indeterminato; lo staff include altri 68 professionisti,

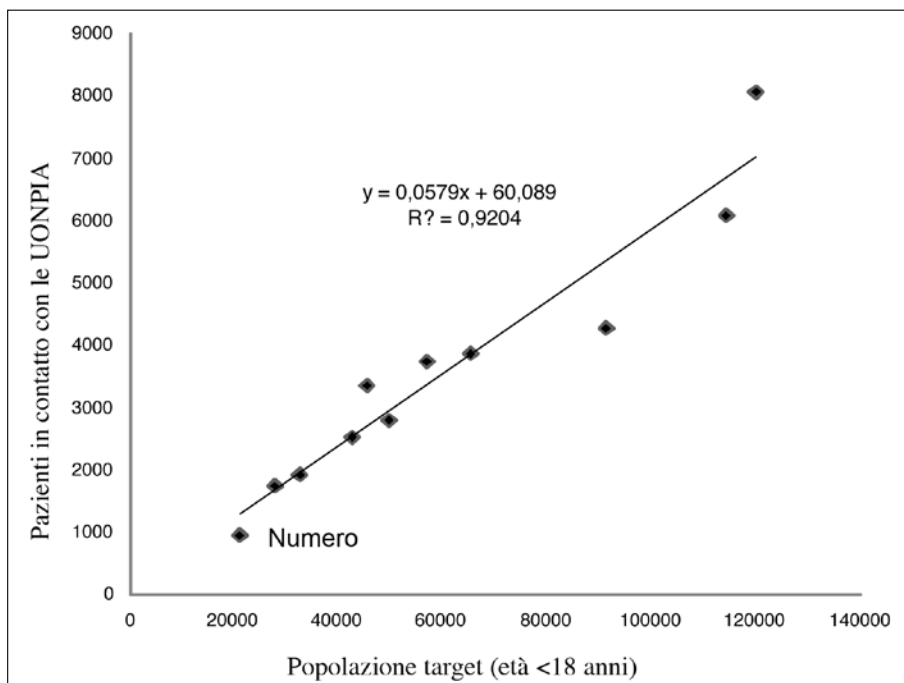


Fig. 2. 'Scatterplot' della popolazione target vs. quella in contatto con le UONPIA.

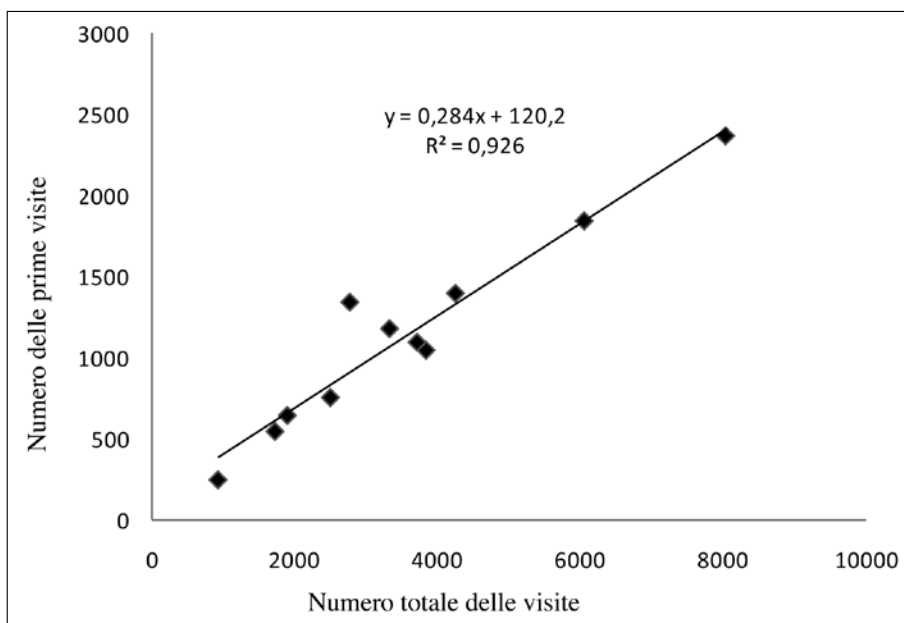


Fig. 3. Scatterplot del numero di prime visite vs. il numero totale di visite effettuate nel corso dell'anno.

prevalentemente infermieri, 30 dei quali (44,1%) con contratto a tempo indeterminato.

Complessivamente, nel 2009 vi erano 32 posti-letto disponibili per il trattamento di pazienti ricoverati, il che equivale ad un rapporto di 5 posti-letto per 100.000 abitanti in età compresa tra 0 e 17 anni. Questa proporzione va interpretata anche tenendo conto del fatto che queste unità possono accogliere pazienti provenienti da altre regioni. Nello stesso anno vi sono stati 624 ricoveri per disturbi mentali, per un totale di 7.822 giorni di ricovero (nel calcolo in questione *non* sono stati considerati i ricoveri con diagnosi di tipo neurologico); la lunghezza media di ciascun ricovero è quindi stata di 12,5 giorni.

In totale, sono stati ricoverati 624 pazienti, di cui 411 (69,5%) al primo ricovero della vita. In aggiunta, 1.038 pazienti hanno ricevuto un trattamento in day-hospital, per un totale di 1.046 accessi.

DISCUSSIONE

Il presente lavoro riporta i dati del primo studio sui servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza effettuato in un'intera regione italiana. A nostra conoscenza l'unico studio che ha fornito dati di simile ampiezza sui servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza è stato effettuato in Inghilterra ed in Galles⁵.

Altri studi relativi ai servizi di salute mentale per l'infanzia e adolescenza hanno analizzato i costi⁶, gli aspetti organizzativi e la composizione dello staff⁷, l'efficacia dei trattamenti ai pazienti ricoverati⁸⁻⁹, l'utilizzo dei servizi¹⁰⁻¹¹, l'intensità del trattamento¹², e le variabili associate ai bisogni di cura insoddisfatti¹³. Tuttavia, nessuna delle ricerche ora citate può essere paragonata alla presente indagine, in quanto esse hanno avuto luogo in paesi caratterizzati da politiche di salute mentale differenti dall'orientamento italiano, e nessuno di essi ha fornito dati quantitativi sulle caratteristiche logistiche, organizzative e sul processo assistenziale dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza.

Caratteristiche ambientali ed attrezzature tecniche delle UONPIA

Nel complesso, le caratteristiche logistiche ed architettoniche delle UONPIA sono buone. Tuttavia vi

sono alcuni limiti: ad esempio, la maggior parte delle unità assistenziali sono situate in un edificio che ospita altri servizi di sanità pubblica (solitamente per la popolazione adulta), e solo poche di esse hanno un accesso dedicato. Questo tipo di configurazione può rappresentare un limite, soprattutto nel caso di unità ospitate all'interno di servizi per salute mentale degli adulti, in quanto per soggetti in età evolutiva il comfort e la gradevolezza del luogo di cura costituiscono una caratteristica di particolare importanza per favorire l'accesso ai servizi e far sì che i pazienti e le loro famiglie mantengano i contatti con i servizi assistenziali. Non a caso le recenti linee-guida italiane sugli interventi precoci per pazienti affetti da disturbi psicotici (e quindi rivolte prioritariamente ad una utenza di età giovanile) sottolineano la necessità di *setting* disegnati in maniera tale da 'attirare' i pazienti più giovani che necessitano di aiuto e/o trattamento¹⁴⁻¹⁵.

Personale e funzionamento delle UONPIA

I dati da noi raccolti indicano che vi sono 3,1 neuropsichiatri infantili per 100.000 abitanti, mentre, se si considera la sola popolazione infantile, il rapporto è di 19,7 neuropsichiatri infantili per 100.000 abitanti (in età 0-17 anni). Va ricordato che questo numero naturalmente include solo i professionisti che lavorano nei servizi pubblici, ed il calcolo è stato fatto utilizzando unità equivalenti al tempo pieno; i neuropsichiatri dell'infanzia e adolescenza che lavorano solo in ambito privato non sono quindi inclusi, ed il loro numero potrebbe non essere marginale.

A titolo di confronto, secondo dati pubblicati in un rapporto Eurostat⁴, il numero di neuropsichiatri infantili per 100.000 abitanti nel 2007 variava da un minimo di 0,3 in Bulgaria ad un massimo di 3,5 in Svezia; tuttavia i dati relativi a paesi anche importanti come Belgio, Spagna, Portogallo, Inghilterra non erano disponibili in questa pubblicazione; inoltre, questo report non fornisce alcuna informazione circa i metodi utilizzati per ottenere i dati lì menzionati. Nel complesso, quindi, la dotazione di professionisti è in linea con quella dei paesi più avanzati dal punto di vista dell'assistenza in età infantile-adolescenziale.

Negli Stati Uniti, il numero di neuropsichiatri infantili per 100.000 abitanti in età infantile varia da 3,1 in Alaska a 21,3 nel Massachusetts, ma non è noto se la loro attività sia a tempo pieno o a tempo parziale¹⁶.

Tuttavia, va anche ricordato che in Italia, a differenza di altri paesi, i neuropsichiatri infantili trattano anche disturbi neurologici: poiché non è possibile stabilire quanto tempo ciascun neuropsichiatra infantile dedichi ai disturbi specificamente mentali o a quelli neurologici, il confronto di questi dati con i dati provenienti da altri paesi deve esser fatto con cautela.

Una caratteristica rilevante riguarda l'accesso alle UONPIA che è diretto e gratuito, e può aver luogo anche in assenza di invio da parte del pediatra; tuttavia, vi è eterogeneità nei tempi di attesa per le prime visite, e solo poche unità assistenziali riescono a fissare un primo appuntamento entro 15 giorni dalla richiesta.

Gli interventi in condizioni emergenza sono poco diffusi: come dimostrato da Worrall et al.¹⁷, questo potrebbe rappresentare un limite importante nel funzionamento dei servizi stessi, poiché in condizioni di emergenza i pazienti sono costretti a fare riferimento a strutture di ricovero non specialistiche (quali i reparti di pediatria) e/o a dover utilizzare reparti destinati al ricovero di pazienti in età adulta.

Procedure diagnostiche e protocolli di intervento

Un problema nell'operatività dei servizi è rappresentato dall'assenza di procedure di valutazione diagnostica standardizzata, il che può dare origine a difformità nella presa in carico e nella scelta dei trattamenti; allo stesso modo, valutazioni di esito fatte con strumenti specifici, che vadano al di là della semplice 'impressione clinica', non sono di solito applicate nella pratica di routine, e ciò rende difficile comprendere in maniera sistematica quali siano i risultati conseguiti ed il rapporto costo-efficacia dei servizi.

Nonostante le UONPIA siano anche responsabili per le attività di prevenzione, solo una minoranza delle unità esaminate condivide uno specifico protocollo con i pediatri. Contrariamente a quanto accade in Inghilterra¹⁵ o in Australia¹⁸, servizi specifici per l'intervento precoce sono ancora poco diffusi in Italia. Inoltre, nel nostro paese non esiste un sistema assistenziale 'dedicato' per bambini e adolescenti che abusano di sostanze, e ciò, considerati gli attuali trend relativi all'iniziazione all'uso di sostanze (e di alcool), rappresenta un altro tema che necessita di attenta riflessione.

Dati di attività delle 11 UONPIA nel 2008

I disturbi del linguaggio e dell'apprendimento costituiscono circa la metà di tutto il casemix degli utenti venuti in contatto con le UONPIA per la prima volta nel 2008; al contrario, i disturbi dell'umore sono poco comuni e rappresentano solo l'1,5% del campione studiato. Va ricordato che in questo studio sono stati considerati solo i servizi pubblici: è infatti probabile che anche in età pediatrica una quota significativa di pazienti con disturbi d'ansia o depressivi lievi contatti specialisti privati.

La prevalenza delle principali diagnosi mostra un ampio margine di variabilità tra le undici UONPIA. Servizi per specifici sottogruppi di pazienti (ad es. pazienti con disturbi dell'apprendimento o dello spettro autistico) sono disponibili esclusivamente in alcune aree, e ciò potrebbe spiegare una maggiore prevalenza di categorie diagnostiche in alcune AUSL rispetto ad altre che non hanno servizi dedicati. Infine, come viene sempre sottolineato in valutazioni epidemiologiche su ampia scala, non è possibile escludere che differenze nelle procedure di valutazione diagnostica tra le varie unità assistenziali, nonché diverse consuetudini nelle modalità di invio alle UONPIA tra aree geografiche diverse possano altresì contribuire alla variabilità nei tassi di prevalenza delle varie diagnosi.

Oltre ai disturbi del linguaggio e dell'apprendimento, i disturbi d'ansia e i disturbi della condotta rappresentano una proporzione importante della casistica trattata nelle UONPIA, e contano rispettivamente per l'11,8% e per il 7,5% di tutti i casi in carico. Le due ultime condizioni possono talvolta rappresentare un disturbo antecedente all'esordio di un disturbo psicotico¹⁹: eppure, in Italia un protocollo dedicato alla valutazione tempestiva e all'intervento per la psicosi – sia per la schizofrenia che per i disturbi bipolari – è scarsamente utilizzato, nonostante a livello mondiale si registri una crescente attenzione su questo problema²⁰.

Va sottolineato che la scarsità di pubblicazioni in quest'area rende difficile un confronto tra i nostri dati ed altri studi stranieri; ad esempio, un recente studio norvegese ha analizzato il motivo di invio ai servizi di salute mentale infantile in un'area di quel paese, ed ha messo in evidenza che i sintomi depressivi costituivano il motivo di richiesta di consultazione nel 19% dei casi¹².

IL 'TREATMENT GAP'

Studi di prevalenza condotti in campioni rappresentativi della popolazione infantile ed adolescenziale, condotti in altri paesi, hanno dimostrato che fino al 30% dei soggetti esaminati soddisfaceva i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale, e la metà di costoro presentava una grave compromissione del funzionamento²¹; i dati circa il numero di casi in trattamento, tuttavia, mostrano che c'è un divario significativo tra la quota di bambini e adolescenti che soffre di disturbi e quanti di loro effettivamente ricevono alcun tipo di trattamento²².

In Italia, la prevalenza dei disturbi mentali tra bambini ed adolescenti appare inferiore rispetto ad altri paesi (8%), e questo dato è congruente con la più bassa prevalenza di disturbi mentali osservati anche nella popolazione adulta²³. Tuttavia, il tasso dell'8% riscontrato nell'unico studio italiano condotto con rigore metodologico³ non include i casi di disturbo del linguaggio e dell'apprendimento, che al contrario rappresentano la quota più importante dei disturbi trattati presso le UONPIA censite nel presente studio: se anche tali disturbi fossero inclusi, probabilmente si potrebbe stimare che circa il 15% della popolazione infantile ed adolescenziale soffre di un disturbo mentale (o, per meglio dire, soddisfa i criteri diagnostici internazionali per un disturbo mentale). Se si rammenta che la quota di popolazione pediatrica in contatto con i servizi è risultata pari al 6%, se ne deve concludere che anche in Italia vi è probabilmente un sostanziale 'treatment gap'²². Sebbene è ipotizzabile che una significativa quota di questi disturbi presenti una remissione spontanea in parallelo con i fisiologici cambiamenti evolutivi propri di quella fascia d'età, si può anche pensare che in altri casi un riconoscimento precoce e l'attivazione di interventi adeguati potrebbe prevenire una cronicizzazione ed una evoluzione del disturbo verso forme adulte di sofferenza mentale.

La percentuale di pazienti in contatto (circa il 6%) e la proporzione di prime visite (30%) sul totale delle visite annuali è apparsa molto omogenea tra le varie UONPIA: ciò sembra dimostrare la presenza di una rete di servizi distribuita in modo uniforme sul territorio. Allo stesso tempo, tuttavia, ciò potrebbe

indicare che le UONPIA trattano il massimo numero di pazienti in funzione delle risorse disponibili, e non sarebbe quindi possibile riservare destinare alle prime visite più del 30% del totale delle visite effettuate su base annua.

LE STRUTTURE DI RICOVERO

Per quanto riguarda le strutture ospedaliere, uno studio nazionale condotto in Inghilterra⁵ ha riscontrato una notevole variabilità nella disponibilità di posti-letto tra diverse aree di quel paese (da 3,4 a 12,9 per 100.000 persone di 18 anni o meno); il valore rilevato in questa indagine (4 posti-letto per 100.000) cade all'interno di questo range. Tuttavia, in Italia la scarsità di strutture dedicate per il ricovero psichiatrico di pazienti sotto i 18 anni rappresenta un problema delicato su cui riflettere, ed il fatto che in questi casi si debba fare riferimento agli SPDC o a case di cura private per pazienti adulti non rappresenta spesso la soluzione più appropriata.

PUNTI DI FORZA E LIMITI DELLO STUDIO

L'indagine qui descritta ha preso in considerazione l'intero territorio di una grossa regione italiana: pertanto i dati possono essere considerati almeno parzialmente rappresentativi delle UONPIA presenti nell'Italia centro-settentrionale. Un certo grado di variabilità tra diverse aree geografiche è peraltro prevedibile, come dimostrato in altri studi italiani nel campo dei servizi di salute mentale, e questa variabilità può essere marcata sia a livello inter-regionale che intra-regionale. Inoltre va sottolineato, per quanto riguarda i dati di attività, che le diagnosi non sono state ottenute attraverso l'impiego di strumenti standardizzati, e questo deve indurre alla cautela prima di considerare la distribuzione diagnostica del casemix di pazienti in trattamento come definitiva.

CONCLUSIONI

Il presente studio dimostra che le unità assistenziali delle UONPIA sono distribuite in modo uniforme sul territorio della Regione Emilia-Romagna. Il numero

complessivo dei neuropsichiatri infantili per 100.000 abitanti è uno dei più elevati d'Europa, ed è comparabile alle aree meglio attrezzate degli Stati Uniti. Le caratteristiche tecniche e logistiche dei servizi studiati sembrano soddisfacenti: tuttavia le ricerche future dovrebbero essere volte ad indagare meglio il funzionamento quotidiano di questi servizi.

Una delle principali priorità che emerge dai dati raccolti concerne la necessità di mettere in atto procedure standardizzate di assessment sia per fini diagnostici che per la valutazione di misure di costo-efficacia. Inoltre occorrerà destinare maggiore attenzione alle pratiche preventive ed agli interventi precoci: la maggior parte dei disturbi mentali esordisce nel corso dell'adolescenza, ed interventi specifici in questa fascia di età stanno diventando la priorità a livello

mondiale: occorre anche in Italia dirigersi con velocità in questa direzione.

Ringraziamenti

Lo studio PREMIA è stato finanziato dal Ministero della Salute come parte del programma strategico dal titolo: "Mental Health in Childhood and Adolescence: an investigation of biological and psychosocial risk factors, early indicators, and family burden indicators, in the development of evidence-based prevention and intervention models for severe mental illness". Gli Autori ringraziano tutto il personale che ha compilato le schede di rilevazione ed ha quindi reso possibile questo lavoro; inoltre si ringrazia il Dott. Benedetto Vitiello (NIMH, Bethesda, MD, USA) per i preziosi commenti inviati sulla prima bozza di questo articolo.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ de Girolamo G, Bassi M, Neri G, et al. *The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2007;257:83-91.
- ² Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication.* Arch Gen Psychiatry 2005;62:593-602.
- ³ Frigerio A, Rucci P, Goodman R. *Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PRISMA study.* Eur Child Adolesc Psychiatry 2009;18:217-26.
- ⁴ EUROSTAT, Statistical Office of the European Communities. http://europa.eu/documentation/statistics-polls/index_it.htm
- ⁵ O'herlihy A, Worrall A, Lelliott P, et al. *Distribution and characteristics of inpatient child and adolescent mental health services in England and Wales.* BJP 2003;183:545-51.
- ⁶ Ringel JS, Sturm R. *National estimates of mental health utilization and expenditures for children in 1998.* J Behav Health Serv Res 2001;28:319-33.
- ⁷ Pumariega AJ, Winters NC, Huffine C. *The evolution of systems of care for children's mental health: forty years of community child and adolescent psychiatry.* Community Ment Health J 2003;39:399-425.
- ⁸ Green J, Jacobs B, Beecham J, et al. *Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – a prospective study of health gain and costs.* J Child Psychol Psychiatry 2007;48:1259-67.
- ⁹ Jacobs B, Green J, Kroll L, et al. *The effect of inpatient care on measured Health Needs in children and adolescents.* J Child Psychol Psychiatry 2009;50:1273-81.
- ¹⁰ Kleintjes S, Lund C, Flisher AJ. *A situational analysis of child and adolescent mental health services in Ghana, Uganda, South Africa and Zambia.* Afr J Psychiatry 2010;13:132-9.
- ¹¹ Davies J, Lowes L. *Development and organization of child and adolescent mental health services.* Br J Nurs 2006;15:604-10.
- ¹² Halsteinli V. *Treatment intensity in child and adolescent mental health services and health care reform in Norway, 1998-2006.* Psychiatr Serv 2010;61:280-5.
- ¹³ Kataoka SH, Zhang L, Wells KB, et al. *Variation by ethnicity and insurance status.* Am J Psychiatry 2002;159:1548-55.
- ¹⁴ De Masi S, Sampaolo L, Mele A, et al. *The Italian guidelines for early intervention in schizophrenia: development and conclusions.* Early Intervention in Psychiatry 2008;2:291-302.
- ¹⁵ England E, Lester H, Birchwood M. *Collaborating to provide early intervention services to persons in England with first-episode psychosis.* Psychiatr Serv 2009;60:1484-8.
- ¹⁶ Thomas CR, Holzer CE. *The continuing shortage of child and adolescent psychiatrists.* J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2006;45:1023-31.
- ¹⁷ Worrall A, O'Herlihy A, Banerjee S, et al. *Inappropriate admission of young people with mental disorder to adult psychiatric wards and paediatric wards: cross sectional study of six months' activity.* BMJ 2004;328:867.
- ¹⁸ Chanen AM, McCutcheon LK, Germano D, et al. *The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline*

- personality disorder. *J Psychiatr Pract* 2009;15:163-72.
- ¹⁹Yung AR, McGorry PD. *The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations*. *Schizophr Bull* 1996;22:353-70.
- ²⁰Preti A, Cella M. *Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: a review of treatment effectiveness*. *Schizophr Res* 2010;123:30-6.
- ²¹Merikangas KR, He JP, Burstein M, et al. *Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication – 24 Adolescent Supplement (NCS-A)*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2010;49:980-9.
- ²²Patel V, Maj M, Flisher AJ, et al.; WPA Zonal and Member Society Representatives. *Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey*. *World Psychiatry* 2010;9:169-76.
- ²³Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al.; 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(420):21-7.

* Il gruppo PREMIA include i seguenti coordinatori regionali e consulenti: G. Colasurdo, M. Fabiani, L. Ferraresi, E. Franzoni, A. Frigerio, F. Masina, S. Palazzi, R. Parisi, A. Parmeggiani, A. Preti, C. Ricciutello, G. Sartorio, A. Serretti, D. Sisti, M.B.L. Rocchi, A. Squarcia, S. Trebbi, D. Turchetti, P. Visconti, A. Tullini. Il gruppo dei ricercatori include: M. Alvarez, S. Alighieri, R. Calati, L. Desideri, D. Durante, F. Favero, L. Iero, G. Magnani, S. Micheletti, L. Pedrini, V. Pericoli, A. Polmonari, E. Raimondi, R. Raggini, V. Riboni, M.C. Scaduto.

Corrispondenza: Giovanni de Girolamo, IRCCS Centro S. Giovanni di Dio-Fatebenefratelli, via Pilastroni 4, 25125 Brescia - Tel. +39 030 3501590 - E-mail: gdegirolamo@fatebenefratelli.it