

CHI, PERCHÉ E IN CHE MODO SI RIVOLGE AI SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE?

Who, why, and how come in contact with child and adolescent mental health services? An Italian investigation

L. Pedrini^{1,2}, D. Sisti³, A. Tiberti⁴, A. Preti⁵, M. Fabiani⁶, L. Ferraresi⁷, S. Palazzi⁸, R. Parisi⁹, C. Ricciutello¹⁰, M.B.L. Rocchi³, G. Sartorio⁴, A. Squarcia¹¹, S. Trebbi¹², A. Tullini¹³, G. de Girolamo¹, per il gruppo PREMIA*

¹ IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Brescia; ² Dipartimento Scienze Cliniche e Sperimentali, Università di Brescia; ³ Dept. of Biomolecular Sciences, Service of Biostatistics, University of Urbino; ⁴ U.O. Neuropsichiatria Infantile, Azienda Ospedaliera Spedali Civili Brescia; ⁵ Department of Education, Psychology, Philosophy, University of Cagliari; ⁶ AUSL di Reggio Emilia, UONPIA, Reggio Emilia; ⁷ AUSL di Modena, UONPIA, Modena; ⁸ AUSL di Ferrara, UONPIA, Ferrara; ⁹ AUSL di Piacenza, UONPIA, Piacenza; ¹⁰ AUSL di Imola, UONPIA, Imola (BO); ¹¹ AUSL di Parma, UONPIA, Parma; ¹² AUSL di Bologna, UONPIA, Bologna; ¹³ AUSL di Rimini, UONPIA, Rimini

* 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, M.B.L. Rocchi, D. Sisti, 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

RIASSUNTO

Premessa. Comprendere *chi e in che modo* prende contatto con le Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile (UONPIA) costituisce un importante passaggio per delineare strategie volte a contrastare il *treatment gap*, rappresentato dal divario tra bisogni di cura e reale accesso ai trattamenti. Questo lavoro descrive ed analizza un ampio campione di utenti delle UONPIA allo scopo di identificare i percorsi assistenziali di questi pazienti e delle loro famiglie, comparare i loro profili clinici e di funzionamento psicosociale e valutare la gravità dei casi in trattamento.

Metodi. 710 pazienti consecutivamente afferenti ai servizi ambulatoriali delle UONPIA della Regione Emilia-Romagna e di Brescia sono stati valutati tramite una "Scheda Paziente" e con strumenti standardizzati di assessment (CBCL, CGAS, HoNOSCA e CGI).

Risultati. L'età media dei pazienti è 11 anni. La maggior parte del campione vive con i genitori biologici; solo il 20% proviene da una famiglia con struttura non tradizionale (adottiva, affidataria o monoparentale). Si osservano livelli di gravità clinica e compromissione del funzionamento significativamente diversi tra i principali gruppi diagnostici; i problemi scolastici rappresentano il più frequente motivo di richiesta di consulto. Quasi la metà degli utenti (43%) ha già ricevuto un trattamento prima dell'accesso iniziale ai servizi perlopiù da parte del pediatra o medico di medicina generale. La maggior parte dei genitori dichiara di essere stata inviata alla UONPIA da altri professionisti (80%), mentre il 17% dei genitori richiede un consulto di propria iniziativa. Una elevata scolarità della madre risulta associata al contatto senza invio da parte di altri servizi o professionisti.

Conclusioni. I problemi scolastici risultano essere un importante antecedente

SUMMARY

Background. To shed light on who and how contacts CAMHS is essential in order to identify the best strategies to address the 'treatment gap'. This paper reports data from a large clinical sample which was surveyed to study their social characteristics, the pathways to care, the profiles of psychosocial functioning and the clinical severity.

Methods. 710 patients consecutively referred to outpatient CAMHS of the entire region of Emilia-Romagna and Brescia were assessed using the Patient Schedule and selected standardized assessment instruments, notably CBCL, CGAS, HoNOSCA, and CGI.

Results. Mean age was 11 years. Most of the sample lived with biological parents, only 20% came from a family with a non-traditional structure. Main diagnostic groups showed significantly different levels of social impairment and clinical severity. School difficulties were the most frequent reasons of contact with CAMHS. Almost half of the sample (43%) had already received treatment before the contact with CAMHS often by paediatrician or general practitioner. Most parents stated that they have been referred by other professionals (80%), while 17% of parents required a consultation without any referral by other professionals. An higher educational level of the mother was associated with the contact without previous referral.

Conclusion. School problems turn out to be an important antecedent of the consultation, and for this reason children and adolescents who show a

PAROLE CHIAVE

Percorsi di cura - Pazienti ambulatoriali - Treatment gap - Servizi di neuropsichiatria infantile

KEY WORDS

Pathways of care - Outpatients - Treatment gap - CAMHS

della richiesta di consultazione nelle UONPIA. I bambini e gli adolescenti che presentano problemi scolastici dovrebbero ricevere un esame attento già nell'ambito della scuola stessa. Interventi educativi rivolti a genitori ed insegnanti potrebbero migliorare le loro conoscenze circa i disturbi con insorgenza in età evolutiva, e quindi favorire un tempestivo avvio alle cure specialistiche.

INTRODUZIONE

In Italia, l'unico studio epidemiologico di comunità condotto con metodologia rigorosa ha messo in luce che, tra i preadolescenti in età compresa tra 10 e 14 anni (N = 3,418), il tasso di prevalenza di disturbi mentali è pari a circa l'8%¹. Alcune condizioni relative al contesto familiare, ed in particolare il fatto di vivere in una famiglia monoparentale e/o l'aver dei genitori con una bassa scolarità, o di basso livello socioeconomico, sono risultate associate alla presenza di disturbi mentali in questa fascia di età¹. Tuttavia, solo il 14% di coloro che manifestavano problemi emotivi e comportamentali aveva preso contatto con un servizio specialistico, un fenomeno noto come "treatment gap", per cui solo una frazione di coloro che necessiterebbero di cure specialistiche le ricevono effettivamente ed in modo appropriato².

In un recente studio³, basato sui dati del registro dei casi delle Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile (UONPIA) della Regione Emilia-Romagna, è emerso che circa il 6% dei bambini e adolescenti della popolazione generale hanno ricevuto almeno una visita presso una UONPIA durante il 2008: tra essi la maggior parte ha ricevuto una diagnosi di disturbo del linguaggio e/o dell'apprendimento, disturbi non inclusi nello studio precedentemente citato¹. Il dato conferma in maniera ancora più evidente la presenza del *treatment gap* e la prioritaria necessità di misure atte a contrastarlo. Comprendere nel dettaglio *chi e in che modo* prende contatto con i servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza costituisce un importante passaggio allo scopo di individuare strategie per migliorare l'accesso ai trattamenti specialistici⁴, inoltre rende possibile analizzare il tipo e la quantità di risorse necessarie rispetto ai bisogni di cura. Nonostante sia riconosciuta l'importanza di questo tipo di informazioni, fino ad oggi solo pochi studi⁵⁻⁷ hanno indagato campioni clinici di bambini ed adolescenti

decrease in school functioning should receive a careful examination. Moreover, programmes aimed at improving parents' knowledge of mental health problems might improve the timely contact with CAMHS.

in contatto con i servizi di neuropsichiatria infantile, mentre nessuno studio italiano è indicizzato in banche dati internazionali.

Allo scopo di superare questi limiti, questo lavoro prende in considerazione un campione di pazienti che si sono rivolti alle UONPIA dell'Emilia-Romagna e verificare se essi provengano effettivamente da un contesto familiare svantaggiato, come è emerso in precedenti ricerche realizzate in Italia¹. Inoltre, sono stati analizzati i percorsi e i motivi per cui le famiglie hanno richiesto un consulto, e come questi siano associati a variabili legate al contesto familiare; infine, si è cercato di verificare se i pazienti con differenti condizioni cliniche presentino anche differenti profili di funzionamento psicosociale e di gravità clinica, tali da suggerire l'opportunità di percorsi di intervento differenziati.

MATERIALI E METODI

Questo lavoro è parte del progetto "PREscrizione di Medicine nell'Infanzia e nell'Adolescenza" (PRE-MIA), indagine cross-sezionale su un campione rappresentativo di bambini ed adolescenti presentatisi consecutivamente presso le 11 UONPIA dell'Emilia Romagna e di Brescia, al fine di stimare quanti ricevono un trattamento farmacologico, e per identificare le variabili che distinguono questa sottopopolazione da quella di bambini e adolescenti, appaiati per diagnosi, età e sesso, che non vengono invece trattati farmacologicamente. I Comitati Etici dei centri coinvolti hanno approvato lo studio che risulta conforme alla Dichiarazione di Helsinki del 1995 (successiva revisione, Tokyo 2004). Per tutti i soggetti reclutati i genitori hanno espresso il consenso informato in forma scritta.

Caratteristiche del campione e procedura di reclutamento

Durante un periodo 6 mesi, sono stati inclusi tutti i pazienti che rispondevano ai seguenti criteri: età compresa tra 6 e 17 anni, buona conoscenza della lingua italiana scritta e parlata da parte dei genitori. Sono stati esclusi coloro che presentavano come disturbo primario una delle seguenti condizioni: Ritardo Mentale da moderato a grave (codici ICD 10 F71-F73); malattie del sistema nervoso (codici ICD 10 G00-G99); Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (codice ICD 10 F90). Quest'ultimi sono stati esclusi in particolare perché già dal 2004 i pazienti con questa diagnosi sono monitorati in un progetto nazionale^{8,9}.

Valutazioni

Tutti i genitori dei pazienti reclutati hanno compilato la "Scheda Paziente-versione genitore", una checklist creata appositamente per lo studio e composta da 59 item che coprono le seguenti aree: caratteristiche della famiglia, dati perinatali e sullo sviluppo durante la prima infanzia, eventi stressanti della vita nel corso dell'ultimo anno, contatti con i servizi di salute mentale e precedenti trattamenti farmacologici e non farmacologici. Il livello socio-economico della famiglia è stato stimato considerando l'interazione tra scolarità ed occupazione dei genitori¹⁰.

Gli eventi di vita stressanti dell'ultimo anno sono stati valutati tramite un elenco che comprendeva i seguenti eventi: divorzio, riconciliazione matrimoniale, matrimonio, separazione, gravidanza, inizio di coabitazione con altri parenti, diminuzione del reddito, debiti, trasloco, promozione al lavoro, problemi legati all'uso di sostanze, morte di una persona cara, inizio di un nuovo lavoro, inizio di una nuova scuola, problemi con i superiori al lavoro, problemi con gli insegnanti, e problemi legali.

Il neuropsichiatra ha compilato la "Scheda Paziente-versione clinico", una checklist elaborata ad hoc e composta da 41 item che coprono le seguenti aree: diagnosi psichiatrica, trattamenti attuali e precedenti (ricovero in ospedale, trattamenti farmacologici e non farmacologici), presenza di disturbi mentali e malattie fisiche in genitori e fratelli. Le diagnosi psichiatriche sono state formulate dai neuropsichiatri infantili in ac-

cordo all'ICD-10: per questo studio si è tenuto conto della diagnosi primaria formulata dal clinico.

Inoltre, sono stati compilati i seguenti strumenti di valutazione standardizzati:

- *Child Behavior Checklist/6-18 (CBCL/6-18)*¹¹: è un questionario composto da 113 item, compilato dai genitori al fine di valutare la competenza sociale ed i problemi emotivi e comportamentali nei soggetti in età evolutiva; il calcolo dei punteggi è stato eseguito in forma computerizzata.
- *Health of the Nation Outcome scale for Children and Adolescent mental Health (HoNOSCA)*¹²: è uno strumento costituito da 15 scale, ciascuna valutata da 0 (nessun problema) a 4 (problema grave-molto grave). In questo contributo abbiamo analizzato le scale 1-13 che si concentrano su problemi e sintomi clinicamente significativi presenti nel corso delle due settimane precedenti la valutazione.
- *Children Global Assessment Scale (C-GAS)*¹³: si tratta di una scala con punteggio da 0 a 100, per valutare il funzionamento generale: i punteggi più elevati indicano un migliore funzionamento. Questo strumento è stato precedentemente impiegato in uno studio epidemiologico condotto su un ampio campione di preadolescenti italiani¹⁴.
- *Clinical Global Impression Severity Index (CGI-S)*¹⁵: è una scala a 7 punti che richiede al medico di classificare la gravità della malattia del paziente al momento della valutazione, in riferimento alla passata esperienza del clinico con pazienti con la stessa diagnosi. I punteggi vanno da 1 (sintomi psicopatologici assenti) a 7 (sintomi psicopatologici molto gravi). La CGI-S è considerata uno strumento di valutazione rapida, ed è stata utilizzata anche in campioni italiani^{16,17}.

I primi tre strumenti, ampiamente utilizzati in ambito internazionale, sono stati impiegati anche nello studio epidemiologico precedentemente citato, condotto su un ampio campione di preadolescenti italiani¹.

Analisi statistiche

Le analisi descrittive riportano i valori medi (\pm deviazione standard) per le variabili continue, ed il numero di casi (con relativa percentuale) per le variabili qualitative. Per i confronti tra variabili continue

è stato usato il t-test. Per valutare l'associazione tra la diagnosi e i punteggi assegnati con gli strumenti di valutazione standardizzati è stata usata l'analisi multipla della covarianza (MANCOVA), con età come covariata, genere e prima visita come fattori predittivi dicotomici. I confronti multipli sono stati eseguiti con la correzione di Bonferroni. Per valutare l'associazione tra il tipo di contatto con i servizi (diretto o mediato da invio) è stata condotta una analisi di regressione logistica con le seguenti variabili: scolarità dei genitori, familiarità per disturbi mentali e diagnosi del bambino/adolescente. Tutte le analisi sono condotte usando SPSS, versione 13.0 per Windows (Chicago, Illinois 60606, USA). Tutti i test sono a due code, con alfa fissato a 0,05.

RISULTATI

Caratteristiche socio demografiche e del contesto familiare

Sono stati arruolati nello studio 710 pazienti. La Tabella I riporta le principali caratteristiche socio-demografiche. Poco più della metà del campione (N = 399; 56%) è costituito da soggetti che effettuano la prima visita al momento del reclutamento, mentre la rimanente parte del campione era già in carico ai servizi mediamente da 4 (3,2) anni. L'età media del campione totale è di 11 anni, senza differenza di genere (maschi $10,7 \pm 3,0$; femmine $11,2 \pm 3,1$; $p > 0.05$). La distribuzione è abbastanza omogenea per età: bambini (N = 324; 46%), preadolescenti/adolescenti (386; 54%). La maggior parte del campione vive con i genitori biologici, mentre il 20% del campione proviene da una famiglia con struttura non tradizionale (monogenitoriale, affidataria, adottiva, oppure è ospite presso una struttura residenziale).

Un terzo del campione (N = 232; 37%) ha uno o entrambi i genitori con diagnosi di disturbo mentale: tra questi, 14 pazienti hanno uno o entrambi i genitori che presentano disturbi legati all'uso di sostanze. La proporzione di pazienti con genitori che soffrono di disturbi somatici è più bassa (N = 135; 19%). Infine, 93 pazienti (18%) hanno un fratello o una sorella con diagnosi di disturbo mentale.

Tra gli eventi di vita stressanti dell'ultimo anno riportati più frequentemente, vi sono le difficoltà legate alla scuola (il passaggio a una nuova scuola, o problemi con l'insegnante) (N = 338; 46,8%), e i problemi economici (una riduzione del reddito o una situazione debitoria della famiglia) (N = 248; 35%).

Diagnosi psichiatrica e valutazione psicometrica

La Tabella II riporta la distribuzione delle diagnosi principali secondo le categorie dell'ICD-10 (WHO, 1992). Le diagnosi sono state accorpate in 4 macro-raggruppamenti diagnostici: Disturbi d'Ansia e dell'Umore, Disturbi Specifici dello Sviluppo, Disturbi del Comportamento, e Nessun disturbo mentale.

La diagnosi più frequente è rappresentata dai Disturbi Specifici delle Abilità Scolastiche (N = 149; 21%), seguita dai Disturbi d'Ansia, Stress e Somatoformi (N = 122; 17%), e quindi dai Disturbi Emotivi con esordio nell'infanzia e nell'adolescenza (N = 112; 16%). Infine, 68 (9,5%) pazienti non rispondono ai criteri per nessun disturbo mentale e quindi sono classificati come codici ICD-10 di tipo "Z" (Fattori che influenzano lo stato di salute e motivano il contatto con i servizi sanitari).

La Tabella III riporta i risultati dell'analisi MANCOVA per confrontare i principali gruppi diagnostici con i punteggi medi ottenuti agli strumenti di assessment. Confrontando i punteggi ottenuti alle scale che misurano il funzionamento psicosociale (CGI, C-GAS, HoNOSCA) si osservano differenze statisticamente significative tra i quattro gruppi diagnostici: per ciascuna delle scale si osserva lo stesso pattern, ossia i soggetti con disturbi del comportamento mostrano una compromissione maggiore del funzionamento sociale, seguiti dai soggetti con disturbi d'ansia e dell'umore, dal gruppo con disturbi specifici dello sviluppo ed infine da coloro che – a giudizio del clinico – non hanno alcun disturbo mentale.

Per quanto riguarda la sintomatologia psicopatologica (CBCL/6-18), si osserva che i soggetti con disturbi del comportamento e quelli con disturbi d'ansia e dell'umore mostrano punteggi significativamente maggiori rispetto a coloro che presentano disturbi specifici dello sviluppo e coloro che vengono considerati come non affetti da un disturbo mentale.

Considerando le variabili inserite come covariate per-

TAB. I. Caratteristiche demografiche e del contesto sociofamiliare.

		N	%
Genere	Maschio	421	59,3
	Femmina	289	40,7
Età (anni)	6 – 8	195	27,5
	9 – 10	129	18,2
	11 – 13	211	29,7
	14 – 18	175	24,6
Nazionalità	Italiana	655	92,4
	Europea	23	3,2
	Extra europea	31	4,4
	Missing	11	1,5
Per nati all'estero, anni di residenza in Italia (<i>Media e DS</i>)	8,6 (3,7)		
Età (anni) al momento dell'immigrazione (<i>Media e DS</i>)	5,7 (3,6)		
Contesto familiare	Famiglia biologica (padre, madre, fratelli)	553	78,1
	Famiglia monoparentale	86	12,1
	Famiglia affidataria	39	5,5
	Famiglia adottiva /struttura residenziale	30	3,2
	Missing	2	0,3
Per affidatari o adottati, età (anni) al momento dell'affido/adozione (<i>Media e DS</i>)	3,5 (2,2)		
Luogo di residenza	Area urbana or sub-urbana	649	91,2
	Area rurale o montana	56	7,9
	Missing	5	0,7
Livello Socio-Economico	Basso	451	63,5
	Medio	177	24,9
	Alto	63	8,8
	Missing	19	2,7
Numero di pazienti con fratelli/sorelle	532	76,7	
Familiarità per disturbi mentali e malattie fisiche	Disturbi mentali in un genitore	175	25,0
	Disturbi mentali in entrambe i genitori	57	8,1
	Malattie fisiche in un genitore	113	16,2
	Malattie fisiche in entrambe i genitori	22	3,1
	Disturbi mentali in fratelli o sorelle	93	17,7
	Malattie fisiche in fratelli o sorelle	30	5,8
	Nessun disturbo fisico o mentale	209	34,3
	Missing	11	1,5

ché giudicate possibili fattori di confondimento (età, genere, prima visita o meno), emerge che i pazienti di sesso femminile presentano punteggi più alti all'HoNOSCA ($9,7 \pm 0,3$) rispetto ai maschi ($8,8 \pm 0,3$, $p < 0,05$); nessun'altra differenza emerge per il genere. L'età risulta correlata con CBCL, HoNOSCA e CGI ($p < 0,001$) ed inversamente correlata con la C-GAS ($p < 0,001$), e ciò sembra indicare che i soggetti preadolescenti ed adolescenti mostrano un profilo caratterizzato da una maggiore compromissione del funzionamento sociale e da una sintomatologia più grave rispetto ai bambini.

In confronto ai pazienti in carico già da tempo, i pazienti alla prima visita mostrano punteggi C-GAS maggiori, ad indicare un miglior funzionamento generale, e punteggi più bassi alle scale CBCL sulla sintomatologia internalizzante ($p < 0,05$ o inferiore), mentre non vi è differenza in merito alla sintomatologia esternalizzante.

Il contatto con i servizi NPI

Le difficoltà scolastiche sono in assoluto il più frequente motivo che porta alla richiesta di consulto. Stratificando per diagnosi, i pazienti con Disturbi d'Ansia e dell'Umore ed i pazienti con Disturbi del Comportamento

TAB. II. Diagnosi psichiatrica.

Principali raggruppamenti	Diagnosi	Maschi N (%)	Femmine N(%)
Disturbi d'Ansia e dell'Umore N = 267 (37,6%)	F40-F48 Disturbi Ansia, da stress e somatoformi F93-F98 Disturbi Emotivi con esordio nell'infanzia F32 - F33 Disturbi Depressivi F30 - F31 Disturbi Bipolari	70 (9,8) 69 (9,7) 11 (1,5) 6 (0,8)	52 (7,3) 43 (6,1) 12 (1,7) 4 (0,6)
Disturbi Specifici dello Sviluppo N = 266 (37,5%)	F81 Disturbi Specifici delle Abilità Scolastiche F70 Ritardo Mentale F80 Disturbi Specifici del linguaggio F84 Disturbi Pervasivi dello sviluppo F82, 83, 88,89 Altri disturbi dello sviluppo	93 (13,1) 15 (2,1) 26 (3,7) 28 (3,9) 9 (1,3)	56 (7,9) 23 (3,2) 10 (1,4) 2 (0,3) 4 (0,6)
Disturbi del Comportamento N = 109 (15,3%)	F91 - F92 Disturbo della Condotta F50 Disturbi Alimentari F60 - F69 Disturbi della Personalità F20-F29 Schizofrenia e altri D. Psicotici	41 (5,8) 4 (0,6) 5 (0,7) 6 (0,8)	14 (2,0) 31 (4,4) 6 (0,8) 2 (0,3)
Nessun disturbo mentale N = 68 (9,5%)	Z03 Fattori che influenzano salute e contatto con i servizi	40 (5,6)	28 (3,9)

TAB. III. Profili di gravità clinica e funzionamento psicosociale.

		Disturbi Specifici dello Sviluppo N = 266	Disturbi d'Ansia e dell'Umore N = 267	Disturbi del Comportamento N = 107	Nessun disturbo mentale N = 61
Età (anni)	Media (DS)	10,02 (1,12)	11,25 (3,16)	12,36 (2,98)	10,62 (2,85)
Genere	Maschio N (%)	171 (64,0)	159 (57,6)	55 (51,4)	36 (59)
Prima visita	N (%)	135 (50,6)	159 (57,6)	59 (55,1)	46 (75,4)
Punti t CBCL Internalizzante	Media (DS)	47,5 (12,6) ^b	51,1 (11,5) ^a	53,9 (12,8) ^a	46,6 (9,9) ^b
	N al di sopra del cut-off clinico	91 (34,7%)	157 (57,5%)	68 (64,2%)	26 (44,8%)
Punti t CBCL Esternalizzante	Media (DS)	51,7 (14,2) ^a	58,1 (14,6) ^b	58,1 (16,0) ^b	52,7 (8,2) ^a
	N al di sopra del cut-off clinico	43 (16,4%)	70 (25,6%)	50 (47,2%)	8 (13,8%)
Punti t CBCL Problemi Totale	Media (DS)	50,7 (12,9) ^a	57,0 (10,8) ^b	59,1 (10,9) ^b	50,3 (7,5) ^a
	N al di sopra del cut-off clinico	168 (69,4%)	183 (70,1%)	69 (69,7%)	33 (61,1%)
CGI	Media (DS)	2,92 (1,19) ^d	3,51 (0,99) ^c	4,30 (1,12) ^b	2,17 (0,92) ^a
C-GAS	Media (DS)	66,1 (13,4) ^d	61,4 (11,9) ^c	51,2 (13,0) ^b	73,1 (12,5) ^a
HONOSCA	Media (DS)	7,7 (4,8) ^d	10,0 (5,6) ^c	14,0 (5,7) ^b	5,6 (4,5) ^a

In alto: fattori predittivi (genere, prima visita o meno) e covariate (età).

In basso: valori medi (DS) alle scale CBCL, CGI, C-GAS e Honosca stratificando il campione per i principali raggruppamenti diagnostici.

^{a b c d} Le lettere riportate all'apice accanto a ciascun valore medio, mostrano le differenze significative tra le medie delle variabili poste in riga. (MANCOVA, confronti multipli eseguiti con metodo Bonferroni).

riportano le medesime ragioni di richiesta di consulto: difficoltà scolastiche (N = 102; 38% e N = 25; 24% rispettivamente) e cambiamenti dell'umore (N = 81; 30% e N = 25; 24% rispettivamente). Considerando i pazienti con Disturbi Specifici dello Sviluppo, le difficoltà scolastiche (N = 177; 66%) rappresentano le più frequenti ragioni di richiesta di accesso ai servizi.

La maggior parte dei genitori dichiara di essere stata inviata al servizio da altri clinici (N = 342; 48%) e/o da insegnanti (N = 227; 32%); circa il 17% dei genitori (N = 124) ha invece richiesto un consulto senza alcun invio da parte di professionisti sanitari o di insegnanti.

La regressione logistica mette in luce che la più eleva-

TAB. IV. Contatti con i servizi UONPIA e con altri servizi sanitari o con servizi sociali.

	N	%
Motivo della richiesta del primo consulto (*)		
<i>Difficoltà scolastiche</i>	344	48
<i>Rifiuto di andare a scuola</i>	74	10,3
<i>Ritiro sociale</i>	96	13,4
<i>Lamentele fisiche</i>	60	8,4
<i>Cambiamenti dell'umore</i>	130	18
<i>Comportamenti bizzarri</i>	91	12,7
<i>Comportamenti oppositivi/deviati</i>	33	4,6
<i>Problemi di linguaggio</i>	136	19
Persona che ha consigliato di rivolgersi al servizio (*)		
<i>Insegnante</i>	227	38,5
<i>Pediatra o medico di famiglia</i>	254	35,3
<i>Nessuno</i>	124	17,2
<i>Neuropsichiatra infantile privato</i>	30	4,1
<i>Psicologo privato</i>	29	4
<i>Pronto Soccorso</i>	29	4
Trattamenti precedenti alla richiesta di consulto al servizio (*)		
<i>Nessun precedente trattamento</i>	385	55,6
<i>Consultorio familiare</i>	15	2,2
<i>Pediatra</i>	90	13,0
<i>Medico di famiglia</i>	117	16,9
<i>Neuropsichiatra o psicologo infantile privato</i>	86	12,4
Pazienti che attualmente vivono in una comunità	17	2,4
Pazienti che hanno avuto contatti con i servizi sociali	47	6,5
Pazienti che hanno avuto contatti con il servizio tutela	26	3,6
Pazienti che hanno ricevuto ricovero per dist. mentale	26	3,6
Pazienti che hanno ricevuto ricovero per dist. neurologico	24	3,4

(*) *la domanda lascia la possibilità di esprimere più di una opzione*

ta scolarità della madre rappresenta l'unica variabile significativamente associata ad un contatto con la UONPIA realizzato in maniera diretta dalla famiglia, senza cioè un invio da parte di altri operatori (OR 2,86; IC95% 1,61-5,15, $p < 001$), mentre le altre variabili considerate (scolarità del padre, familiarità per disturbi mentali, o tipo di diagnosi del figlio relativa ai quattro macro-raggruppamenti considerati) non sono significativamente associate.

Chiedendo ai genitori "quale professionista ha finora trattato il problema di vostro figlio?", quasi la metà degli utenti (N = 308; 43%) dichiara di avere già ricevuto un trattamento prima dell'accesso iniziale alla UONPIA, in particolare da parte del pediatra/medico di famiglia, da parte di un neuropsichiatra privato, o da parte del consultorio familiare. Infine il 3% è stato ricoverato per un disturbo mentale.

DISCUSSIONE

I risultati del presente studio confermano solo in parte le ipotesi di ricerca. Infatti, i giovani pazienti in contatto con le UONPIA della Regione Emilia-Romagna e della seconda città della Lombardia non provengono da un background sociale svantaggiato. I percorsi di accesso alle cure sono motivati principalmente dal riscontro di difficoltà scolastiche, con un importante ruolo della scolarità della madre nel modulare la modalità di contatto con le UONPIA. Infine, e come ipotizzato, classi diagnostiche distinte corrispondono a livelli di gravità differenziati, sia sul piano del funzionamento che sul piano più specificamente psicopatologico.

Caratteristiche socio-demografiche

Un precedente studio di popolazione generale, condotto su un campione di preadolescenti italiani,

aveva messo in luce che determinate condizioni familiari sono associate alla presenza di disturbi mentali; in particolare il vivere in una famiglia monoparentale o di basso status socioeconomico, o l'aver genitori con bassa scolarità¹. In linea con questi dati, ci aspettavamo che la maggior parte degli utenti in carico ai servizi NPI provenisse da una situazione sociale svantaggiata, cioè che vi fosse una netta predominanza di soggetti con le suddette caratteristiche. In realtà il campione studiato è risultato molto simile a quella della popolazione in età evolutiva residente nella regione in cui ha avuto luogo lo studio¹⁸: nella popolazione di confronto, infatti, il 66,6% vive con i genitori biologici (78% nel nostro campione), il 13,2% vive in un famiglia monoparentale (12% nel nostro campione), il 3% è in affido (5% nel nostro campione), ed infine l'8% è nato all'estero (6,7% della popolazione generale).

Se si considerano i risultati emersi negli studi condotti in campioni di popolazione generale, ciò potrebbe indicare che siano i bambini/adolescenti provenienti da ambienti svantaggiati ad avere una minore probabilità di accedere ai servizi specialistici, condizione che realizza il *treatment gap* già citato².

Un recente studio americano¹⁹ ha messo in luce che specifiche caratteristiche dello status socioeconomico (inteso come combinazione di reddito e scolarità dei genitori) predicono l'insorgenza, la persistenza e la gravità dei disturbi mentali. Nello studio americano la comparsa di un disturbo mentale era legata a gravi difficoltà finanziarie, mentre un basso livello di scolarità dei genitori era associato alla persistenza ed alla gravità del disturbo. Non è certo se tale dato possa essere esteso allo specifico contesto culturale ed assistenziale del nostro paese. La legislazione che regola l'accesso ai servizi sanitari può svolgere un ruolo importante nel determinare chi accede ai servizi stessi. Infatti, i servizi di salute mentale sono organizzati in modo diverso in Italia³ rispetto a quelli di altre nazioni²⁰. Peraltro, il nostro campione presenta delle caratteristiche notevolmente diverse rispetto alla popolazione adulta in contatto con i servizi di salute mentale, composta perlopiù da soggetti con basso livello di istruzione e provenienti da contesto svantaggiati²¹. Evidentemente una frazione dei soggetti che accede per trattamento alle UONPIA non va incontro

a cronicizzazione oppure non prosegue il contatto con i servizi specialistici una volta giunta all'età adulta, contribuendo al *treatment gap* tra età dello sviluppo ed età adulta²².

Motivi e modalità di contatto con i servizi di neuropsichiatria infantile

Circa la metà dei genitori (N = 344; 48%) chiede un consulto a causa delle difficoltà scolastiche manifestate dai propri figli. Anche stratificando il campione per diagnosi, le difficoltà nel rendimento scolastico rimangono il più frequente motivo che porta alla richiesta di consulto. Detto altrimenti, i problemi scolastici sono l'indicatore principale di disagio che induce i genitori a contattare i servizi. I problemi scolastici devono quindi essere attentamente monitorati nei bambini e negli adolescenti, in quanto possono rappresentare i primi segni di un disturbo mentale, ed adeguati interventi formativi rivolti agli insegnanti possono rappresentare una valida strategia per favorire l'avvio a interventi specifici.

Prima di rivolgersi ai servizi specialistici, un terzo del campione ha già ricevuto un trattamento: in particolare la maggior parte si era già rivolta al pediatra o al medico di medicina generale, mentre solo una minoranza aveva precedentemente contattato un servizio specialistico, quale un consultorio o un professionista privato. Sembra improbabile che ciò possa essere imputato ai tempi di attesa del servizio pubblico, in quanto la maggior parte delle strutture partecipanti a questa indagine garantisce una prima visita entro due settimane dalla richiesta³. In base a quanto mostrato da precedenti studi, è possibile che i genitori preferiscano chiedere aiuto a coloro che sono più vicini alla vita quotidiana dei propri figli (come sono ad esempio gli insegnanti), piuttosto che a servizi ambulatoriali²³.

È altresì possibile che specifiche tipologie di prestazione (come ad esempio il sostegno scolastico, l'assistenza domiciliare, ecc.) siano disponibili solo presso o attraverso il coinvolgimento dei servizi pubblici, e questo potrebbe motivare il contatto con i servizi pubblici in un momento successivo alla consultazione con un professionista privato. Futuri studi di tipo qualitativo condotti su ampi campioni di genitori potrebbero aiutare a comprendere meglio le scelte da essi fatte nella

ricerca di cure per i propri figli.

L'elevata scolarità della madre risulta l'unica variabile associata ad un contatto diretto con le UONPIA, ovvero senza un precedente consulto o l'invio da parte di altri professionisti. Questo risultato è in accordo a quanto precedentemente riportato da un precedente studio²⁴, ed indica l'importanza del ruolo delle madri nel riconoscere i problemi dei figli. Si può ipotizzare che il background scolare delle figure genitoriali sia cruciale nel cogliere la presenza di un problema, e nel rivolgersi quindi alle figure professionali che erogano prestazioni specialistiche. Interventi educativi rivolti ai genitori potrebbero quindi rappresentare una valida strategia per migliorare la corretta individuazione dei problemi presentati dal bambino o dall'adolescente, ed il tempestivo accesso alle cure.

La diagnosi clinica e la gravità del funzionamento e dei sintomi

Tenendo conto dell'eterogeneità delle condizioni cliniche all'interno dei raggruppamenti diagnostici, emerge che il sottogruppo di adolescenti con disturbi del comportamento ha riportato punteggi che indicano una maggior gravità di sintomi misurata con la scala CBCL e di compromissione del funzionamento psicosociale misurato con la scala C-GAS suggerendo la necessità di cure più intensive. Questo risultato è coerente con un precedente studio che mostra come i disturbi della condotta predicono ben più di altre categorie diagnostiche la presenza di disturbo grave (definito come una riduzione funzionale che interferisce notevolmente con il ruolo del bambino in famiglia, a scuola o tra i pari)²⁵.

Allo stesso tempo, va notato che una grande percentuale di pazienti con Disturbi specifici dello Sviluppo non mostra punteggi nel range clinico. Va notato che in questo raggruppamento sono altresì stati inclusi, per questioni metodologiche, anche un piccolo numero di pazienti con Disturbi pervasivi dello Sviluppo, i quali mostrano un profilo che indica una decisa compromissione del funzionamento. Nel complesso questa categoria di pazienti richiede pertanto molta attenzione, poiché: (i) l'infanzia è una fase critica per lo sviluppo della personalità, e l'abbandono scolastico o l'insorgenza di difficoltà nella carriera scolastica possono influenzare l'au-

tostima e le abilità sociali dei bambini; (ii) alcuni studi longitudinali hanno rilevato che la presenza di un disturbo dell'apprendimento durante l'infanzia è associato con l'esordio di comportamenti a rischio in adolescenza²⁶.

Si noti che i pazienti in carico da tempo mostrano un livello di funzionamento psicosociale più compromesso rispetto a coloro che al momento della valutazione sono al primo contatto, ciò porta ad ipotizzare che solo i pazienti più gravi rimangano in carico ai servizi. Questo dato merita attenzione da parte di future indagini per via delle importanti ricadute sul piano della politica sanitaria e dell'organizzazione dei servizi poiché sembrerebbe che nel corso del tempo una proporzione di soggetti via via più grande e più grave sarebbe in contatto con i servizi.

Pochi studi hanno preso in esame campioni di utenti in carico ai servizi. In un ampio campione di pazienti in età 4-18 anni in carico ai servizi ambulatoriali di neuropsichiatria, si è visto che ben il 25% non soddisfaceva i criteri per alcun disturbo mentale mentre la metà presentava un Disturbo specifico dello sviluppo²⁷. Se confrontato a questo studio, il campione da noi studiato presenta una percentuale più elevata di pazienti con un disturbo specifico dello sviluppo ed una percentuale più bassa di pazienti che non soddisfano criteri diagnostici. Ciò potrebbe essere ascrivibile al fatto che i servizi di neuropsichiatria infantile sono competenti anche in ambiti (e.g. servizio tutela minori) pertanto, alcuni soggetti per non avendo un disturbo mentale sono in contatto con i servizi essendo a rischio di svilupparlo.

Poiché il nostro campione era composto da pazienti ambulatoriali, la percentuale di pazienti con punteggi CBCL di interesse clinico (pari al 48% per i problemi internalizzanti ed al 24% per i problemi esternalizzanti) risulta inferiore a quanto trovato in un campione di pazienti ospedalizzati⁷. Analogamente a quanto riscontrato in un campione misto di pazienti ricoverati ed ambulatoriali²⁸, il nostro campione presenta punteggi medi alla HoNOSCA più bassi rispetto a pazienti adolescenti in fase acuta²⁹.

Punti di forza e limiti dello studio

Nell'interpretazione dei risultati è necessario considerare che non sono state utilizzate interviste standardiz-

zate per giungere ad una diagnosi psichiatrica. La diagnosi era interamente basata sul giudizio del clinico. Ciò costituisce un limite in quanto si è visto che la concordanza tra le due modalità di valutazione diagnostica (giudizio clinico e intervista standardizzata) è piuttosto bassa³⁰. L'esclusione dei pazienti affetti da Ritardo Mentale da moderato a grave, malattie del sistema nervoso, Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività costituisce un secondo limite poiché le considerazioni emerse potrebbero non essere generalizzabili a questa porzione di pazienti in carico ai servizi di neuropsichiatria infantile. Infine, l'esclusione di soggetti stranieri, motivata dalla necessità di avere padronanza della lingua italiana per completare l'assessment, potrebbe aver portato a sottostimare la proporzione di pazienti provenienti da famiglie svantaggiate dal punto di vista sociale.

Tuttavia, questo studio costituisce il primo tentativo di studiare in maniera dettagliata un ampio campione di pazienti in contatto con i servizi di neuropsichiatria in Italia. Inoltre, sono stati utilizzati strumenti di assessment standardizzati, e ciò rappresenta un valore aggiunto di uno studio *real-world* come questo. Infine, è stata posta particolare attenzione alla qualità dei dati raccolti, e ciò è ben testimoniato dalla bassa percentuale di dati mancanti.

CONCLUSIONI

Contrariamente alle ipotesi di partenza, abbiamo trovato che i pazienti in contatto con le UONPIA della Regione Emilia-Romagna e della seconda città

della Lombardia non provengono da un background sociale svantaggiato, e questo pattern è difforme da quello emerso in precedenti studi epidemiologici di popolazione generale, che hanno mostrato come alcune caratteristiche del background familiare siano associate alla presenza di disturbi emotivi e comportamentali. Questi risultati pertanto potrebbero suggerire che una parte della popolazione in età evolutiva che presenta disturbi psicologici ed emozionali non è in contatto con i servizi, come predetto dal modello del *treatment gap*. Le difficoltà scolastiche risultano essere un importante antecedente per la consultazione con le UONPIA: pertanto i bambini e gli adolescenti che mostrano diminuite performance scolastiche dovrebbero ricevere una attenta valutazione, ed essere monitorati nel tempo. Il livello di scolarità della madre risulta una variabile importante nell'individuazione dell'esistenza di un problema e nella conseguente richiesta di aiuto: quindi, i programmi volti a migliorare le conoscenze genitoriali circa i problemi di salute mentale in età evolutiva potrebbero migliorare il tempestivo avvio di cure specialistiche.

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*".

BIBLIOGRAFIA

- 1 Frigerio A, Rucci P, Goodman R, et al. *Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrISMA study*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2009;18:217-26.
- 2 Patel V, Kieling C, Maulik PK, et al. *Improving access to care for children with mental disorders: a global perspective*. Arch Dis Child 2013;98:323-7.
- 3 Alighieri S, Favero F, Polmonari A, et al. *Le caratteristiche strutturali e le variabili di processo dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia: uno studio regionale*. Gior Neuropsich Età Evol 2011;31:1-11.
- 4 Ford T. *Practitioner Review: How can epidemiology help us plan and deliver effective child and adolescent mental health services?* J Child Psychol Psychiatry 2008;49:900-14.
- 5 Sourander A, Helstelä L, Ristkari T, et al. *Child and adolescent mental health service use in Finland*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001;36:294-8.
- 6 McDermott BM, McKelvey R, Roberts L, et al. *Severity of Children's Psychopathology and Impairment and Its Relationship to Treatment Setting*. Psychiatr Serv 2002;53:57-62.
- 7 Tonge BJ, Hughes GC, Pullen JM, et al. *Comprehensive description of adolescents admitted to a public psychiatric inpatient unit and their families*. Aust N Z J Psychiatry 2008;42:627-35.

- ⁸ Panei P, Arcieri R, Vella S, et al. *Italian attention-deficit/hyperactivity disorder registry*. *Pediatrics* 2004;114:514.
- ⁹ Didoni A, Sequi M, Panei P, et al. *One-year prospective follow-up of pharmacological treatment in children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Eur J Clin Pharmacol* 2011;67:1061-7.
- ¹⁰ Cesana GC, Ferrario M, De Vito G, et al. *La valutazione dello stato socio-economico nelle indagini epidemiologiche*. *Med Lav* 1995;86:16-26.
- ¹¹ Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-age forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry 2001.
- ¹² Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, et al. *Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)*. *Br J Psychiatry* 1999;174:413-6.
- ¹³ Shaffer D, Gould MS, Brasic J, et al. *A Children's Global Assessment Scale (CGAS)*. *Arch Gen Psychiatry* 1993;40:1228-31.
- ¹⁴ Frigerio A, Vanzin L, Pastore V, et al. *The Italian preadolescent mental health project (PrISMA): rationale and methods*. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006;15:22-35.
- ¹⁵ Guy W, eds. *Clinical global impressions*. In: *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health 1976, pp. 218-222.
- ¹⁶ Masi G, Milone A, Manfredi A, et al. *Effectiveness of lithium in children and adolescents with conduct disorder: a retrospective naturalistic study*. *CNS Drugs* 2009;23:59-69.
- ¹⁷ Mazzone L, Reale L, Mannino V, et al. *Lower IQ is associated with decreased clinical response to atomoxetine in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder*. *CNS Drugs* 2011;25:503-9.
- ¹⁸ RER-Regione Emilia-Romagna. *Stili di vita e salute dei giovani in età scolare. Rapporto sui dati regionali HBSC 2009-2010*. Centro stampa Giunta Regione Emilia-Romagna, 2010.
- ¹⁹ McLaughlin KA, Breslau J, Green JG, et al. *Childhood socio-economic status and the onset, persistence, and severity of DSM-IV mental disorders in a US national sample*. *Soc Sci Med* 2011;73:1088-96.
- ²⁰ Kataoka SH, Zhang L, Wells KB. *Unmet need for mental health care among U.S. children. Variation by ethnicity and insurance status*. *Am J Psychiatry* 2002;159:1548-55.
- ²¹ De Girolamo G, Picardi A, Santone G, et al. *The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy*. *Psychol Med* 2005;35:421-31.
- ²² Lindgren E, Söderberg S, Skär L. *The gap in transition between child and adolescent psychiatry and general adult psychiatry*. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2013;26:103-9.
- ²³ Sourander A, Multimäki P, Santalahti P, et al. *Mental health service use among 18-year-old adolescent boys: a prospective 10-year follow-up study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:1250-8.
- ²⁴ Amoné-P'Olak K, Ormel J, Oldehinkel AJ, et al. *Socioeconomic position predicts specialty mental health service use independent of clinical severity: the TRAILS study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:647-55.
- ²⁵ Kessler RC, Avenevoli S, Costello J, et al. *Severity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication adolescent supplement*. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:381-9.
- ²⁶ Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, et al. *Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15*. *J Affect Disord* 2006;93:87-96.
- ²⁷ Pauschardt J, Remschmidt H, Matthejat F. *Assessing child and adolescent anxiety in psychiatric samples with the Child Behavior Checklist*. *J Anxiety Disord* 2010;24:461-7.
- ²⁸ Bilenberg N. *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)-results of a Danish field trial*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12:298-302.
- ²⁹ Hanssen-Bauer K, Heyerdahl S, Hatling T, et al. *Admissions to acute adolescent psychiatric units: a prospective study of clinical severity and outcome*. *Int J Ment Health Syst* 2011;6;5:1.
- ³⁰ Rettew DC, Lynch AD, Achenbach TM, et al. *Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews*. *Int J Methods Psychiatr Res* 2009;18:169-84.

CORRISPONDENZA

Giovanni de Girolamo, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, via Pilastroni 4, 25125 Brescia - Tel. +39 030 3501504 - E-mail: gdegirolamo@fatebenefratelli.it