

I RICOVERI PSICHIATRICI IN ETÀ EVOLUTIVA: L'ESPERIENZA DI UNA STRUTTURA COMPLESSA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Psychiatric hospitalizations in children: the experience of a Complex Structure of Child Neuropsychiatry

G. Morini¹, A. Roia², M. Carrozzi³

¹ Neuropsichiatra infantile; ² Psicologa Psicoterapeuta; ³ Direttore Struttura Complessa di Neuropsichiatria infantile, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

RIASSUNTO

Lo studio che presentiamo riporta l'esperienza dei ricoveri psichiatrici in età evolutiva presso il reparto di Neuropsichiatria Infantile della IRCCS Burlo Garofolo. In particolare, è stata analizzata una casistica di minori ricoverati nel periodo 2010-2013, sia in situazioni di urgenza/emergenza sia come degenze programmate. Nell'articolo ci siamo soffermati ad analizzare alcune caratteristiche dei minori accolti: l'età, il sesso, la motivazione del ricovero, la diagnosi in uscita, la presenza o meno di una presa in carico a livello del Servizio Territoriale. I dati emersi sono stati confrontati con quanto segnalato dalla letteratura o da esperienze simili di altri reparti nel territorio italiano. Al termine dello studio, in base alla nostra esperienza, ci sentiamo di concludere che il ricovero può rappresentare un momento necessario nel percorso terapeutico di un minore in crisi, ma deve essere visto come il punto di arrivo e di partenza di un percorso che esige nella maggior parte dei casi la continuità assistenziale e l'intervento multiprofessionale integrato.

INTRODUZIONE

L'articolo che presentiamo riporta l'esperienza dei ricoveri psichiatrici in età evolutiva nella Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Infantile IRCCS Burlo Garofolo di Trieste. L'obiettivo del lavoro è offrire una riflessione rispetto alla nostra esperienza in merito al complesso fenomeno dei ricoveri psichiatrici in età evolutiva. La casistica considerata, anche se non rappresentativa delle problematiche psichiatriche/psicologiche della popolazione in età pediatrica, consente di avere una panoramica della sintomatologia e delle ipotesi diagnostiche dei minori ricoverati nel quadriennio considerato.

SUMMARY

The study presented here shows the experience of psychiatric hospitalizations in children at the Department of Pediatrics of the IRCCS Burlo Garofolo. In particular, it analyzes a case study of children hospitalized in the period 2010-2013 both in situations of urgency/emergency wards and as planned. In the article we paused to analyze some characteristics of children welcomed: age, sex, motivation admission, diagnosis output, the presence or absence of a take-over at the Territorial Service. The findings were compared with reports from the literature or from similar experiences in other departments in the Italian territory. At the end of the study, based on our experience, we would like to conclude that the shelter can be a necessary moment in the course of treatment of a child in crisis, but must be seen as the point of arrival and departure of a journey that requires the most cases the continuity of care and the intervention multiprofessional integrated.

MATERIALI E METODI

La Struttura Complessa (SC) di Neuropsichiatria Infantile ha a disposizione quattro posti letto incardinati nell'area di degenza comune con la Clinica Pediatrica dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste.

L'attività clinica diagnostica e terapeutica in regime di degenza è erogata sia in regime di ricovero programmato sia in regime d'urgenza per tutte le patologie neurologiche e/o psichiatriche che richiedono tale approccio.

La casistica che presentiamo riguarda le degenze psichiatriche effettuate presso il reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste

PAROLE CHIAVE

Ricoveri psichiatrici età evolutiva - Continuità assistenziale - Rete

KEY WORDS

Psychiatric hospitalizations in children - Continuity of care - Network

nell'arco del quadriennio 2010-2013. I pazienti sono stati selezionati tramite le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), mentre le diagnosi sono state ricavate dalle relazioni di dimissione, inserite all'interno di un programma di raccolta dati del nostro reparto, in cui si utilizza come sistema diagnostico l'ICD-10¹. Nel corso del ricovero, i pazienti sono stati sottoposti agli accertamenti necessari tramite valutazione psicodiagnostica ed eventuali approfondimenti sul versante organico ed è stata definita una diagnosi di uscita, facendo riferimento all'ICD-10. Nel caso di alcune diagnosi ci è sembrato più corretto riferirci a ipotesi diagnostiche, piuttosto che "diagnosi", in quanto alcuni sintomi si presentano più nella loro transitorietà evolutiva che nella cronicità²: pensiamo ad esempio ai disturbi di personalità per i quali è tuttora presente la diatriba sull'opportunità o meno di effettuare tale diagnosi in età evolutiva, ma anche ad altri disturbi come ad esempio i disturbi somatoformi. Pur tenendo presente che alcuni pazienti avevano diverse diagnosi in comorbilità, per questo studio abbiamo considerato solo la diagnosi principale.

RISULTATI

Nel corso del quadriennio considerato, il numero di degenze psichiatriche ammonta a 147 su un totale di 687 degenze. Analizzando i dati, notiamo però, che le 147 degenze effettuate nel quadriennio riguardano un totale di 119 pazienti, dal momento che 101 pazienti sono stati ricoverati una sola volta mentre 18 pazienti hanno effettuato più ricoveri nell'arco dei quattro anni.

Nella nostra analisi, abbiamo deciso di considerare il numero complessivo delle degenze e di ricavare da questo dato le informazioni riguardanti le caratteristiche dei pazienti (sesso, età media e luogo di provenienza), dei ricoveri (tipologia e durata media) e delle diagnosi.

Dall'analisi della tipologia di pazienti ricoverati possiamo osservare una netta prevalenza femminile in quanto dei 147 ricoveri totali, 51 sono maschi e 96 femmine. Sostanzialmente il dato non si modifica se consideriamo il numero totale di pazienti 119, in quanto 38 sono maschi e 81 sono femmine.

Il range di età va dai 6 anni e 4 mesi ai 17 anni e 11

mesi con un'età media di 14 anni e 1 e una mediana di 15 anni e 2 mesi. In merito alla zona geografica di provenienza, la maggior parte dei minori giunge dalla nostra Regione (N = 133) mentre solo un piccolo numero proviene da altre Regioni d'Italia (N = 12) e dall'Estero (N = 2). Questi ultimi sono giunti alla nostra struttura o in modo autonomo, mediante contatto diretto della famiglia, o su invio del pediatra di base. Sul totale di 147 degenze, 38 sono ricoveri di tipo ordinario ossia programmati dopo visita ambulatoriale o su invio dei colleghi del Servizio Territoriale o dei curanti, 109 sono ricoveri urgenti, nell'accezione formale di ricoveri non programmati, ma accolti prevalentemente dopo accesso in Pronto Soccorso. La mediana relativa alla durata delle degenze è pari a 5 giorni.

In base ai criteri dell'ICD-10, 121 casi rientrano nella categoria *Sindromi e disturbi psichici e comportamentali* (codici F00-F99) mentre 26 appartengono al gruppo *Altre condizioni spesso associate con le sindromi e i disturbi psichici e comportamentali* (codici Z00-99).

La gran parte dei pazienti ricoverati (N = 121) presenta una diagnosi di uscita in base ai codici ICD-10 (Tab. I). Come si può osservare la maggioranza delle diagnosi riguarda *Sindromi fobiche, legate a stress e somatoformi* (F40-F48) seguite poi da *Sindromi e disturbi comportamentali e alterazioni delle funzioni fisiologiche e fattori somatici* (F50-F59), *Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti* (F20-F29), *Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza* (F90-F99) e infine *Sindromi affettive* (F30-F39).

Le diagnosi maggiormente rappresentate sono i disturbi di somatizzazione, sindromi ansiose, fobie e disturbo ossessivo compulsivo. Al secondo posto, sempre per numerosità, ritroviamo i disturbi del comportamento alimentare (DCA) caratterizzati da anoressia nervosa e bulimia. Seguono i disturbi psicotici, che comprendono nella nostra casistica sia gli esordi sia le psicosi conclamate, i disturbi comportamentali ed emozionali dell'infanzia, costituiti prevalentemente da disturbi del comportamento (disturbo della condotta, disturbo oppositivo provocatorio e ADHD), un caso di sindrome di Tourette e un disturbo emozionale non specificato. In ultimo compaiono le sindromi affettive

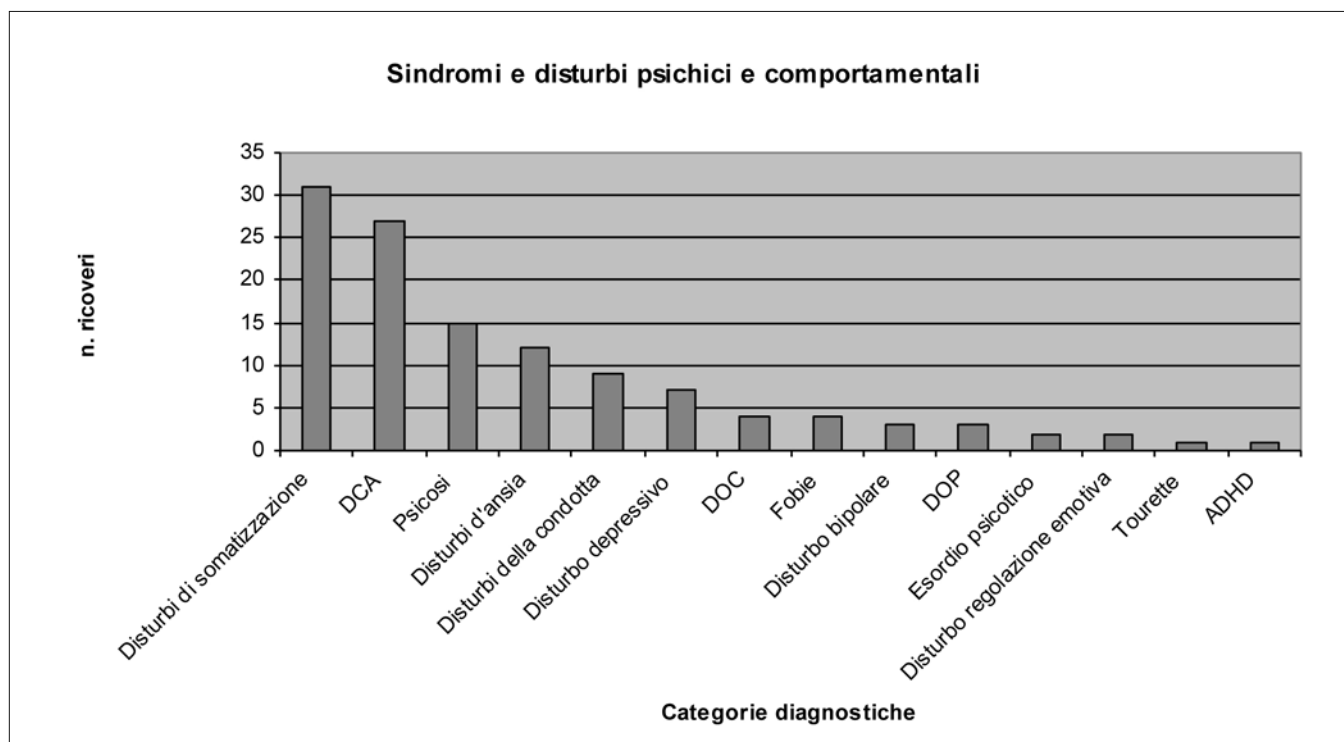
TAB. I. Diagnosi clinica alla dimissione ICD-10.

Sindromi fobiche, legate a stress e somatoformi	51
Sindromi e disturbi comportamentali e alterazioni delle funzioni fisiologiche e fattori somatici	27
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	17
Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza	16
Sindromi affettive	10
Totale	121

in cui ci rientrano il disturbo bipolare e quello depressivo (Fig. 1).

Per alcuni pazienti non è stato possibile effettuare una diagnosi specifica, perché la durata del ricovero è stata troppo breve per poter effettuare un'accurata psicodiagnosi: tale condizione si è verificata o perché alcuni pazienti si sono auto dimessi determinando un'interruzione della valutazione o perché in alcuni casi, superata l'acuzie è stato deciso di effettuare la valutazione psicodiagnostica presso il Servizio Territoriale di competenza, dove i pazienti erano già in carico.

In questo gruppo rientrano le degenze codificate nella categoria *Altre condizioni spesso associate con le sindromi e i disturbi psichici e comportamentali* (codici Z00-99), in cui i motivi dei ricoveri sono rappresentati da agiti autolesionistici, problemi intrafamiliari, agitazione psicomotoria e disturbo fittizio. Queste condizioni si caratterizzano per sintomi trans nosografici che possiamo pensare appartenenti ad alcune psicopatologie, quali i disturbi dell'umore e i disturbi di personalità, che tuttavia in questi casi abbiamo potuto ipotizzare, ma non diagnosticare per la brevità dei tempi di ricovero e per la complessità dei quadri

**Fig. 1.** Sindromi e i disturbi psichici e comportamentali.

(Fig. 2). All'interno di quest'ultima categoria sono presenti anche i 19 tentativi di suicidio accolti in questi anni che abbiamo voluto mantenere nello stesso gruppo pur se sottesi da quadri psicopatologici o clinici differenti, come verrà poi illustrato successivamente. Dei 119 pazienti, 56 erano già in carico alle strutture del servizio pubblico e 6 erano seguiti da psicologi in ambito clinico privato. Nel corso della degenza sono stati mantenuti i rapporti con i colleghi per una gestione clinica integrata. Dei restanti 63 pazienti mai conosciuti dai servizi pubblici e dal privato, 35 pazienti sono stati inviati al servizio pubblico per la continuità terapeutica e la presa in carico integrata. In 3 casi, per esplicita richiesta della famiglia, è stato condiviso un invio sanitario nell'ambito privato. Per 14 casi su 119, per la complessità delle situazioni, è stato coinvolto il tribunale dei minori o direttamente da noi tramite segnalazione o dai servizi sociali anche precedentemente alla degenza. La continuità terapeutica viene garantita attraverso incontri di "rete" tra tutti gli operatori coinvolti. Per alcune situazioni

particolarmente complesse (ad esempio, tentativi di suicidio, ritiri sociali, psicosi) è possibile garantire una dimissione protetta mediante stretto accordo coi servizi per garantire alla dimissione una rete di supporto (infermieristico, educativo) per il paziente e per la famiglia.

DISCUSSIONE

La casistica presentata ci consente alcuni spunti di discussione in merito ai ricoveri effettuati nella nostra struttura in età evolutiva.

Innanzitutto, possiamo osservare come la maggior parte degli accessi non risulti programmata (ricoveri ordinari) ma rientri nell'ambito dell'urgenza/emergenza. A questo proposito, è opportuno un chiarimento rispetto al significato di urgenza ed emergenza in ambito psichiatrico. Con il termine di urgenza psichiatrica s'intendono tutte le situazioni di rischio per l'incolumità del paziente che necessitano di trattamento

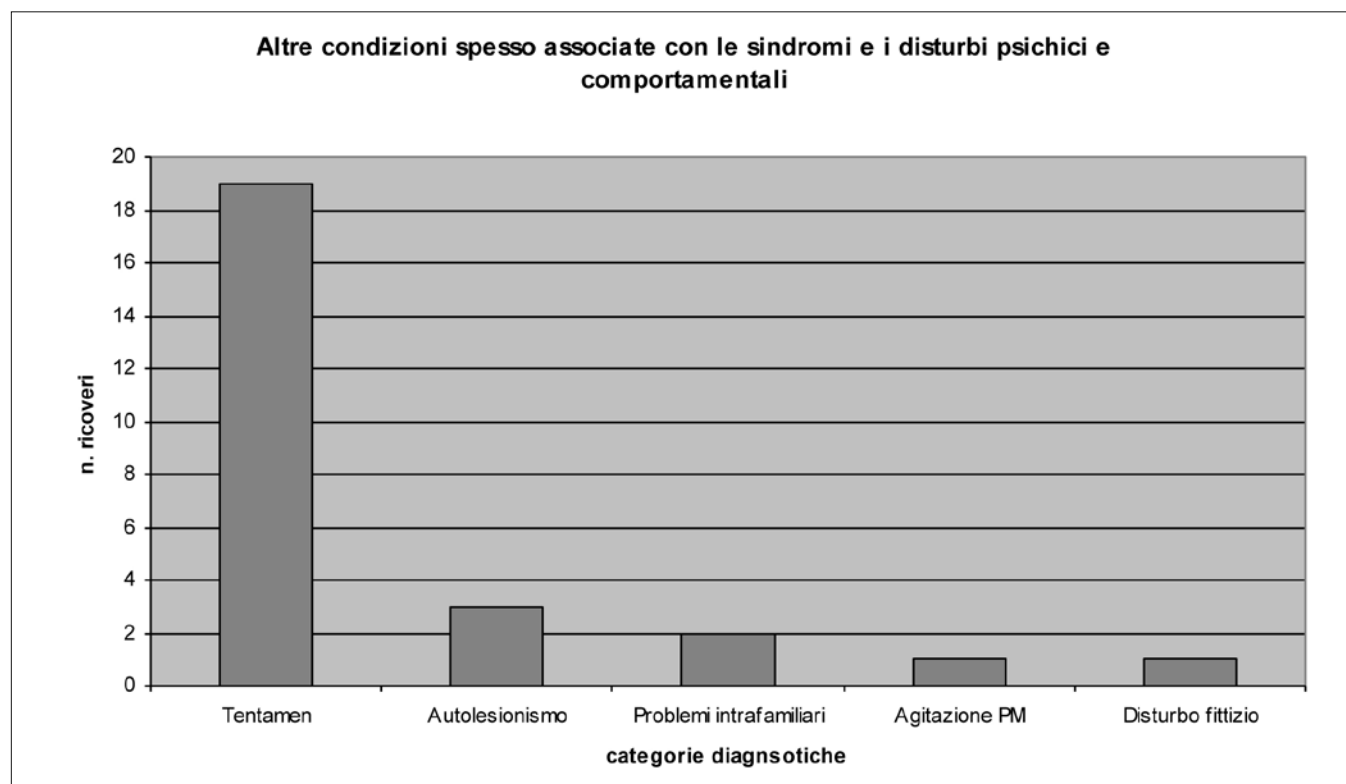


Fig. 2. Altre condizioni spesso associate con le sindromi e i disturbi psichici e comportamentali.

pronto e immediato, perché rappresentano un pericolo per l'integrità psichica e fisica del soggetto (suicidarietà, gravi condotte eteroaggressive, agitazione psicotica, stati confusionali acuti, gravi DCA). Per emergenza psichiatrica s'intendono quelle situazioni con carattere prettamente relazionale, caratterizzate da una rottura dell'equilibrio personale e sociale e da un alterato funzionamento di tutto il nucleo: familiare e istituzionale³.

La presenza nel nostro IRCCS di un Pronto Soccorso pediatrico favorisce l'accesso di minori, prevalentemente adolescenti, in condizioni di reale urgenza (tentativo di suicidio, crisi psicotiche, gravi stati di agitazione in pazienti psicotici, disturbi alimentari in scompenso psicofisico), ma anche in condizioni di "emergenza o di crisi", quali disturbi somatoformi, stati ansiosi, agiti autolesionistici, disturbi esternalizzanti non facilmente gestibili a livello familiare/sociale. Rispetto ai 109 ricoveri non programmati, secondo la distinzione tra urgenza ed emergenza (Tab. II) solo 63 potrebbero essere considerati realmente urgenti (tentativi di suicidio, disturbi del comportamento alimentare in scompenso, psicosi conclamante o all'esordio). Per i restanti, il ricovero è stato motivato non solo dal quadro clinico, ma anche e soprattutto da quello ambientale ossia dalla difficoltà dell'ambiente di gestire i comportamenti del bambino o dell'adolescente. Rientrano in quest'ambito sia situazioni non note ai servizi sia situazioni conosciute. Possiamo pertanto ipotizzare anche una difficoltà dei servizi di filtrare, intercettare e farsi carico dei minori prima che il disturbo possa determinare una condizione di "crisi"³. Per quanto riguarda la tipologia di diagnosi in uscita possiamo osservare come le categorie diagnostiche più frequenti siano i disturbi di somatizzazione, i disturbi del comportamento alimentare (all'esordio o in fase conclamata), le psicosi (comprehensive degli esordi psicotici e delle psicosi conclamate) e i tentativi di suicidio.

In merito ai ricoveri per i DCA e per le psicosi si tratta di dati attesi, essendo la nostra struttura l'unica risorsa di degenza regionale con personale medico specializzato per i ricoveri psichiatrici in età evolutiva. Un discorso a parte merita il gruppo dei 31 minori con disturbo di somatizzazione (ad esempio, cefalee resistenti a qualsiasi trattamento farmacologico,

TAB. II. Ricoveri non programmati (urgenza/emergenza).

Disturbo somatoforme	22
DCA (vari stadi di gravità)	18
Tentamen	17
Psicosi	12
Disturbi d'ansia (attacco di panico, generalizzata)	11
Disturbi del comportamento/condotta	10
Disturbi dell'umore	10
Autolesionismo	3
Disturbo della regolazione emotiva	2
Problematiche intrafamiliari	2
Agitazione psicomotoria	1
Disturbo fittizio	1
Totale	109

disturbi della deambulazione fino all'impossibilità di camminare, disturbi della sensibilità, dolori agli arti diffusi vissuti come invalidanti), per i quali il ricovero è stato anche motivato dalla necessità di escludere cause organiche rispetto ai sintomi presentati.

Rispetto ai 19 tentativi di suicidi riportiamo di seguito alcune riflessioni, rimandando ad altra sede un ulteriore approfondimento. Innanzitutto, dei 19 casi, un solo tentativo di suicidio è stato compiuto da un maschio, in linea con i dati di letteratura che vedono una netta prevalenza del genere femminile rispetto ai tentativi di suicidio⁴. Quindi, possiamo notare come 14 gesti anticonservativi siano avvenuti mediante ingestione di sostanze, farmaci in 12 casi e altre sostanze (ad esempio, ammoniaca e acetone) in 2 casi. Rispetto agli altri 5 casi, segnaliamo una defenestrazione riuscita, un tentativo di defenestrazione e tre tentativi di soffocamento. In tutti i tentativi di suicidio incontrati in questi anni, abbiamo notato un'importante fragilità dell'identità, una difficoltà nel compiere i percorsi evolutivi e una scarsa comunicazione intrafamiliare, pur se in presenza di storie diverse e di quadri clinici molto differenti tra loro^{4,5}. Rispetto ai quadri clinici, è stata posta diagnosi in un caso di disturbo del pensiero, in 6 casi di disturbo depressivo e in un caso di difficoltà della regolazione degli impulsi e disturbo del comportamento. In tutti gli altri casi, non si sono evidenziati dei quadri psicopatologici strutturati.

I pazienti con ricoveri ripetuti hanno ricevuto una diagnosi di disturbo del comportamento alimentare atipico, associato a psicosi o a tratti di personalità schizotipici e/o borderline. Tutti questi pazienti presentavano situazioni familiari complesse non tutelanti e protettive per il minore. Segnaliamo inoltre ricoveri reiterati anche in pazienti accolti all'interno di comunità educative o terapeutiche che presentavano disturbi del comportamento o dell'umore.

Una considerazione può essere fatta invece riguardo al basso numero di ricoveri (non in senso assoluto ma rispetto alle altre categorie diagnostiche) per disturbi affettivi e per disturbi della condotta e del comportamento. Nel primo caso possiamo pensare che i minori con disturbo dell'umore sfuggano all'attenzione dei clinici, perché presentano sintomi che non vengono riconosciuti nemmeno dai famigliari come espressione di sofferenza e quindi non giungono all'attenzione sanitaria. Inoltre, i disturbi dell'umore in età evolutiva si presentano per lo più con sintomatologia aspecifica quali le lamentele somatiche, le difficoltà scolastiche e relazionali⁶. È plausibile pertanto che dietro i minori con disturbi di somatizzazione si possano celare, a una attenta e lunga presa in carico psicologica, dei disturbi della sfera affettiva.

Per quanto riguarda i disturbi della condotta e del comportamento, il numero basso di ricoveri riflette probabilmente anche la peculiare organizzazione della nostra struttura, che non dispone di un reparto proprio di Neuropsichiatria Infantile, ma condivide stanze e personale infermieristico e ausiliario nell'area di degenza comune con la Clinica Pediatrica. Si tratta pertanto di un reparto non chiuso, con una struttura logistica (ad esempio, numero complessivo di stanze singole e di stanze attrezzate a norma per l'urgenza non sufficiente, assenza di personale infermieristico psichiatrico ed educativo specializzato presente nelle 24 ore) non sempre idonea per accogliere minori con quadri di dirompenza comportamentale, agitazione psicomotoria e aggressività.

La maggior parte dei minori ricoverati giunge da Trieste o da altre località della regione Friuli Venezia Giulia. Questo ha consentito con maggior facilità la partecipazione della famiglia al percorso terapeutico, secondo modalità condivise con gli operatori e ha permesso ai minori di mantenere maggiormente la

continuità con il progetto di vita (scuola, attività extrascolastiche, relazioni sociali). Inoltre, il ricovero nel territorio di residenza o in territori limitrofi ha garantito una maggior continuità assistenziale nella presa in carico attraverso la possibilità di "lavorare in rete" con i servizi territoriali.

Nella nostra casistica se consideriamo il numero dei minori ricoverati si può notare che c'è un rapporto maschi-femmine maggiore di 1:2. Questo dato, anche considerato nella sua globalità, senza effettuare analisi più specifiche nei sottogruppi di patologie, merita sicuramente un approfondimento, anche se rispecchia quanto atteso. Dati epidemiologici affermano una maggior prevalenza dei disturbi di somatizzazione, dei disturbi del comportamento alimentare, dei disturbi d'ansia, dei disturbi dell'umore nel genere femminile e una netta prevalenza dei disturbi del comportamento nel genere maschile⁷. Per quanto riguarda le psicosi, in alcuni studi è stata riportata la preponderanza del disturbo negli individui di sesso maschile, ma non tutti gli studi sono concordi nell'affermare tale dato. Nella nostra analisi, la durata media del ricovero è risultata pari a 13 giorni mentre la mediana è pari a 5 giorni in linea con quanto emerso dallo studio epidemiologico del fenomeno del ricovero psichiatrico in età evolutiva (Progetto PRISMA 2)² in Italia basato sull'archivio delle SDO del quinquennio 2002-2006 che aveva evidenziato il valore della mediana del ricovero di circa 6,7 giorni.

CONCLUSIONI

Dalla nostra esperienza, possiamo affermare che il ricovero nella sua duplice funzione relazionale e di collegamento può rappresentare una risorsa clinica non solo per le condizioni di urgenza, ma anche in generale per le situazioni cliniche complesse e di "crisi" nelle quali la dimensione clinica e quella ambientale sono strettamente intrecciate⁸. L'ospedalizzazione favorisce una sospensione rispetto alle pressioni del mondo esterno e consente un maggior accesso al mondo interno, può avere una potenzialità di elaborazione della crisi, può attenuare il disagio mentale, sociale, famigliare, può disegnare delle risposte adattative e stabilire linee di trattamento territoriali efficaci. Al contempo, il ricovero può avere potenzialità nega-

tive nel rafforzare aspetti regressivi e di dipendenza se è condotto con modalità inappropriate e in contesti inappropriati e se rimane un intervento isolato, non integrato nella rete sanitaria, educativa e sociale. Dal nostro punto di vista, il ricovero può avere però un significato terapeutico e di contenimento solo se considerato all'interno del modello della rete dove può essere visto come un punto di arrivo e di partenza in un percorso che esige nella maggior parte dei casi la continuità assistenziale e l'intervento multiprofessionale globale e integrato ^{9 10}.

Bibliografia

- ¹ Ministero della Sanità: Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione. *ICD-10 Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati*, 10° revisione, 3 volumi. Ginevra: Organizzazione mondiale della Sanità 2000.
- ² Codispoti O, Bastianoni P. *La diagnosi psicologica in età evolutiva*. Roma: Carocci 2002.
- ³ Calderoni D, Ferrara M, Sarti I, et al. *More with less: minori e ricovero psichiatrico*. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* 2008;28:149-66.
- ⁴ Pietropolli Charmet G, Piotti A. *Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza*, Milano: Raffaello Cortina 2006.
- ⁵ Martinetti MG, Innocenti E, Stefanini MC, et al. *Scompenso psichico adolescenziale ed emergenza psichiatrica: costruzione di un modello di intervento in rete*. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* 2010;30:191-200.
- ⁶ Marcelli D, Braconier A. *Adolescenza e Psicopatologia*, Biblioteca Medica Masson 2006.
- ⁷ Case BG, Olfson M, Marcus SC, et al. *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.
- ⁸ Rossi G. *Interventi istituzionali per l'adolescente violento, considerazioni sull'esperienza in un reparto di Neuropsichiatria Infantile*, capitolo all'interno del libro *Riabilitazione psicosociale nell'infanzia e nell'adolescenza*. Rimini: Maggiori Editore 2010.
- ⁹ SINPIA. Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. *Proposta di Modello Organizzativo per la rete dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 2007.
- ¹⁰ Gruppo di Lavoro Regionale Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva. *Programma di governo clinico per i disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva*. Assessorato alla Sanità. Regione Piemonte.

CORRISPONDENZA

Giovanna Morini, Struttura Complessa di Neuropsichiatria infantile, IRCCS Burlo Garofolo, via dell'Istria 65/1, 34100 Trieste - Tel. +39 040 3785 257 - E-mail: giovanna.morini@burlo.trieste.it