



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Dipartimento Salute Mentale
U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza
Direttore dott. Nicolò Testone
Tel..0922 407777
Mail: dsm.npi@aspag.it PEC: dsm.npi@pec.aspag.it

PDTA Disturbi dell'umore

Introduzione

Lo scenario post pandemico ha posto in estrema evidenza la richiesta di interventi nell'ambito della salute mentale e del benessere psichico, non solo tra gli adulti ma in maniera sempre più consistente anche in età evolutiva.

In una società che presenta una richiesta sempre più pressante di benessere psicologico l'intera collettività – e i servizi di NPIA in particolare – è chiamata a rispondere integrando politiche per la salute, per l'istruzione, il lavoro, la tutela sociale, per le pari opportunità e per il contrasto alla povertà e all'emarginazione.

La costruzione di un nuovo welfare di comunità non può non comprendere una politica di salute mentale integrata con tutte le altre politiche sociali ad ogni livello istituzionale. Ciò significa la creazione di uno scambio continuo tra servizi, enti locali e famiglie al fine di affrontare corresponsabilmente le richieste di salute mentale dei minori e dei loro familiari. In questa ottica il minore diventa parte attiva e responsabile del proprio percorso di cura che va pensato integrando e connettendo tutti gli enti e le istituzioni coinvolte nel proprio percorso di vita. (Biblio linee guida ministero salute).

Come riporta la SINPIA tra il 2017 e il 2018 i ricoveri per disturbi psichiatrici in età evolutiva sono aumentati del 22% , questi non comprendono tutte le richieste disattese per le difficoltà di accesso.

La società italiana di Pediatria riporta che sono aumentati del 147% gli accessi per “ideazione suicidaria” seguiti da depressione (+115%) e disturbi della condotta. (dati 2021)

Rispetto alla media dei paesi europei, in Italia la depressione è meno diffusa tra gli adulti e tra i 15-44enni (1,7% contro 5,2% media Ue28) mentre per gli anziani lo svantaggio è di 3 punti percentuali.

La depressione è spesso associata con l'ansia cronica grave. Si stima che il 7% della popolazione oltre i 14 anni (3,7 milioni di persone) abbia sofferto nell'anno di disturbi ansioso-depressivi.

Al crescere dell'età aumenta la prevalenza dei disturbi di depressione e ansia cronica grave (dal 5,8% tra i 35-64 anni al 14,9% dopo i 65 anni). I disturbi ansioso-depressivi si associano a condizioni di svantaggio sociale ed economico: rispetto ai coetanei più istruiti, raddoppiano negli adulti con basso livello di istruzione e triplicano (16,6% rispetto a 6,3%) tra gli anziani, fra i quali risultano però meno evidenti i differenziali rispetto al reddito.

Con riferimento alle dipendenze, nel 2016 i ricoveri per diagnosi droga-correlata sono 108 ogni milione di residenti (pari a 6.575, +10% rispetto al 2015), in aumento nell'ultimo triennio soprattutto tra i giovani di 15-34 anni.

Il tasso di mortalità per suicidio in Italia è pari a 6 per 100mila residenti (più basso della media europea, pari a 11 per 100mila). Tale quota aumenta con l'età, passando da 0,7 nei giovanissimi (fino a 19 anni).

I dati epidemiologici in età evolutiva risentono delle difficoltà diagnostiche attuali e le incongruenze dei dati risentono della variabilità degli strumenti a disposizione in rapporto alle varie fasce d'età. Riassumendo per i Disturbi dell'Umore si registra un 0.3-1% in età prescolare, 0,4-2,5% in età scolare e 4-8,3% in adolescenza (OMS, 2004). La prevalenza del Disturbo Depressivo Maggiore ricade tra l'1.8% e il 2.5% in età prepubere e tra il 2.9% e il 4.7% negli adolescenti. La prevalenza del Disturbo Distimico si colloca tra lo 0.6% e l'4.6% nei bambini tra 1.6% e l'8% negli adolescenti (Ibidem)

In fase evolutiva questi disturbi spesso non vengono riconosciuti o trattati secondo le linee guida nazionali e internazionali presentando spesso un alto rischio di evoluzione negativa con potenziale compromissione del funzionamento adattivo, sociale e cognitivo.

Per tale motivo risulta indispensabile per ogni azienda sanitaria dotarsi di un proprio modello operativo aziendale che consenta di affrontare le nuove sfide poste in essere dalla crescente richiesta di intervento nell'ambito della psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, con particolare riferimento ai disturbi depressivi e dell'umore in genere.

Aspetti neurobiologici dei disturbi dell'umore

I disturbi dell'umore rappresentano una condizione eterogenea che deriva da un meccanismo disfunzionale di diversi sistemi neurotrasmettitoriali, metabolici, endocrini (SINPIA, 2007).

Nei familiari di bambini affetti da disturbo dell'umore sono stati riscontrati un rischio di sviluppare disturbi depressivi 1.5 – 3 volte più alto rispetto alla popolazione generale e una maggiore prevalenza per altri disturbi di tipo neuropsichiatrico (Weisman et al., 1992, Maier et al. 2000, Sullivan et al. 2000).

La ricerca ha stabilito che il disturbo depressivo è riconducibile ad una deficit funzionale delle amine biogene: serotonina, noradrenalina e dopamina (Bunney e Davis 1965; D'Aquila, 2000; Wang e Licino 2004; Kalia, 2005).

Questa ipotesi si basa sull'evidenza clinica che i farmaci con attività antidepressiva incrementano le concentrazioni extracellulari di noradrenalina e serotonina, potenziando anche la trasmissione dopaminergica. Pertanto i farmaci che agiscono sulla trasmissione monoaminergica sono in grado di incidere sul tono dell'umore. La teoria monoaminergica si è così spostata nella direzione dell'ipotesi chimica o molecolare, secondo la quale i disturbi dell'umore deriverebbero da modificazioni a lungo termine nella produzione o attività di proteine strutturali o funzionali, quali enzimi, recettori ecc.

I disturbi dell'umore in età evolutiva

È ormai noto che i disturbi dell'umore coinvolgono la popolazione infantile e adolescenziale, con una incidenza maggiore nella fase pre-adolescenziale e adolescenziale.

La Depressione è stata riconosciuta dall'OMS come problema di sanità pubblica, ha pertanto promosso una serie di interventi volti a ridurre l'impatto del disturbo superando il divario tra il ricorso a trattamenti efficaci

e l'ampio numero di soggetti che ne fruiscono (30%- 50%); e al contempo migliorare la presa in carico attraverso strumenti che consentano una individuazione precoce dei segni e dei sintomi.

Riconoscere precocemente i segni vuol dire individuare le condizioni di rischio in età evolutiva, ponendo in essere tutti gli interventi necessari a limitare le conseguenze a medio e lungo termine della malattia promuovendo un processo di cura che conduca ad uno stato di ritrovato benessere psicofisico per il minore, per la sua famiglia e la comunità di appartenenza.

Studi epidemiologici hanno dimostrato con significativa frequenza nei bambini e negli adolescenti l'associazione tra disturbi dell'umore e altri disturbi psichiatrici. In alcuni studi dal 40 al 70% dei bambini e adolescenti depressi presenta comorbidità con altri disturbi psichiatrici (almeno il 20 - 25% ha due o più diagnosi). La comorbidità rende più complessa sia la diagnosi, il trattamento, lo studio delle cause e la nosologia dei disturbi stessi.

Questo importante coinvolgimento del settore dell'infanzia ha reso necessaria l'elaborazione di specifiche Linee Guida per i disturbi depressivi in età evolutiva, che in Italia sono state definite dalla Società Italiana Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza –SINPIA- nel 2008 (Margari 2008).

Per operare in età evolutiva sono necessarie conoscenze e competenze specifiche dovute alla diversità di manifestazioni e segni patologici in relazione al momento di vita del bambino.

Da tutto ciò si evince la difficoltà legata al riconoscimento di segnali che orientano verso una franca diagnosi di disturbo dell'umore e quelli che possono essere attribuiti alle criticità evolutive insite nel percorso di crescita.

In età evolutiva sono presenti capacità cognitive, metacognitive, emotive e affettive diverse dagli adulti e ciò comporta inevitabilmente una descrizione sintomatologica differente, oltretutto bisogna tenere presente che spesso bambini e adolescenti esprimono il proprio malessere non attraverso le parole ma attraverso il loro comportamento che va quindi letto e interpretato alla luce del corretto quadro di riferimento medico-scientifico.

I disturbi dell'umore in età evolutiva hanno una consistenza e una stabilità simile a quella degli adulti, per tali ragioni vanno diagnosticate, trattate e gestite nell'ambito di un processo terapeutico complesso e multidisciplinare. Nonostante una attenta valutazione neuropsichica, spesso il disturbo depressivo può restare misconosciuto o viene diagnosticato tardivamente. Spesso i servizi di Salute Mentale, in relazione ai tempi ristretti per la visita e la necessità di portare a termine gli obiettivi preposti al benessere psicofisico, rendono difficoltoso il riconoscimento di situazioni patologiche che necessitano di osservazioni prolungate. Le scuole e altre istituzioni possono riconoscere preventivamente difficoltà e limiti nei minori. Il Servizio di NPIA è chiamato dunque a riconoscere la storia naturale del disturbo e l'incidenza nelle varie fasi evolutive ed essere in grado di riconoscere il rischio di sviluppare il disturbo. L'equipe, perciò s'impegna a valutare le risorse individuali, familiari, e socio-ambientali del caso. È possibile riconoscere alcuni segnali del disturbo dell'umore in età evolutiva come; tristezza, apatia, scarsa comunicazione verbale, scarso contatto visivo, disturbo del sonno/appetito, aggressività, difficoltà scolastiche, scarsa mimica facciale, lamentele somatiche, tendenza all'evitamento sociale, ecc.

Le principali forme cliniche sono il disturbo depressivo maggiore e il disturbo distimico che rappresentano disturbi comuni in età evolutiva, determinando una possibile compromissione funzionale e influenzando lo sviluppo sociale, cognitivo ed emotivo. Nei casi più resistenti possono permanere anche in età adulta.

I sentimenti depressivi sono la tristezza, il senso di mortificazione e di inadeguatezza, anedonia, senso di colpa, il timore di non essere amati, la paura di essere esclusi dal gruppo, l'incapacità nella modulazione emotiva e dell'aggressività in particolare. Sono tristi, preoccupati, non si divertono e non investono nel gioco o nelle altre attività tipiche dell'età. Possono mostrarsi annoiati o

oppositivi, disinvestono sulle proprie attività e fanno registrare spesso un calo del rendimento scolastico.

In ambito clinico è facile registrare fantasie inerenti la morte, ideazioni suicidarie e azioni autolesionistiche già in età pre-adolescenziale.

Bisogna sottolineare che questi sintomi possono emergere progressivamente nel corso del tempo e non è inusuale che vengono confusi anche con altri sintomi di natura affettivo/emotiva. Questo complica il processo diagnostico e terapeutico allungando i tempi di cura.

In passato si è molto discusso sull'età in cui i bambini siano capaci di raccontare i sintomi necessari per l'inquadramento diagnostico dei disturbi dell'umore, che era considerata condizione necessaria per porre una diagnosi di depressione; attualmente questo dibattito sembra superato anche alla luce delle più moderne teorie sui processi di mentalizzazione.

Percorso diagnostico e strumenti di valutazione

Nel corso degli anni si è posta l'attenzione su particolari strumenti diagnostici da utilizzare in età evolutiva, risulta però punto di partenza fondamentale la raccolta anamnestica dell'utente attraverso una intervista approfondita al caregiver per ricevere un profilo completo riguardo: le competenze sociali, le capacità relazionali, il funzionamento scolastico, le capacità comunicative, autonomie, ecc. Tutti questi fattori costituiscono di fatto il funzionamento intellettuale e adattivo del minore.

La diagnosi si configura infatti come un processo articolato di interventi che deve basarsi non solo sulla valutazione dei sintomi depressivi, ma più in generale sulla comprensione e valutazione globale del profilo emozionale del minore, del suo livello di funzionamento e della qualità delle sue relazioni.

Per tale motivo si è deciso di impostare il preliminare e fondamentale lavoro di inquadramento diagnostico secondo step successivi.

La diagnosi può essere formulata alla fine di un percorso che deve prevedere più livelli nel corso dei quali è necessario instaurare un rapporto di fiducia con il paziente e con la sua famiglia, funzionale a creare un rapporto di collaborazione che consente una migliore compliance terapeutica e aderenza alle cure.

Va sottolineato che nell'ambito di tutto il processo diagnostico terapeutico e assistenziale è necessario impostare un approccio gruppale al lavoro clinico, in questo senso è indispensabile pensare al lavoro in equipe come unica strategia possibile al fine di mettere insieme le risorse presenti nel gruppo curante, suddividere compiti e condividere progetti e strategie.

STEP 1: Colloquio anamnestico familiare approfondito

Raccolta delle firme per il consenso informato, raccolta anamnestica approfondita familiare e individuale con particolare attenzione alle tappe dello sviluppo del bambino /adolescente.

Durante il primo colloquio con la famiglia è importante creare un clima di cooperazione e partecipazione emotiva che consente ai familiari di parlare liberamente delle difficoltà riscontrate nell'ambito del ciclo di vita familiare e nello specifico del minore.

Questo ci consente di delineare già al primo colloquio: storia familiare, storia fisiologia, storia medica, storia sociale, percorso scolastico, punti di forza e fragilità del minore in oggetto.

Già in questa fase è necessario porre la famiglia al centro dell'intervento introducendo la necessità di un lavoro congiunto per il raggiungimento degli obiettivi di cura.

STEP 2: Colloquio clinico, neuropsichiatrico e somministrazione test psicologici

Il colloquio clinico con i minori assume un ruolo di particolare rilevanza, volto a favorire un clima di fiducia, apertura, sostegno e partecipazione emotiva. Va sottolineato che l'approccio al paziente in questo caso dipende in misura rilevante dall'età del minore e dal suo livello di funzionamento.

Mentre per gli adolescenti può risultare funzionale un setting individuale basato sulla parola, nel caso di bambini più piccoli risulta necessario utilizzare setting semi strutturati basati anche su giochi di ruolo o giochi proiettivi. Il gioco rappresenta di fatto lo strumento principale che i bambini utilizzano per manifestare i propri stati emotivi, le proprie paure e preoccupazioni e far risaltare le proprie fantasie.

Successivamente e sulla base dell'osservazione clinica dello specialista si può procedere alla somministrazione dei test psicologici che possono riguardare diversi aspetti: funzionamento cognitivo, personalità, aspetti sintomatologici ecc.

Il metodo più comune utilizzato per individuare il quadro sintomatologico dei disturbi dell'umore in età evolutiva sono gli strumenti di autosomministrazione (self report), ma occorre sottolineare la necessità di un inquadramento generale del minore che consenta di cogliere punti di forza e fragilità dello stesso al fine di programmare interventi coerenti e adeguati con l'età, le risorse del minore e della sua famiglia

Qui di seguito vengono riportati alcuni dei test che dovrebbero essere presi in considerazione dal clinico al fine di giungere alla formulazione della diagnosi e del progetto di trattamento che ne segue.

- WISC IV / WISC-V - Wechsler Intelligence Scale for Children® - 4ª - o 5ª Edizione.
La Wechsler Intelligence Scale for Children è il test gold standard internazionale per la misurazione delle capacità cognitive. Lo strumento valuta le capacità cognitive dei bambini di età compresa tra i 6 anni e i 16 anni e 11 mesi. Con il calcolo del Quoziente Intellettivo Totale (QIT) è possibile ottenere una valutazione complessiva del funzionamento cognitivo generale (David Wechsler).
- Scale di sviluppo GRIFFITH III (Griffiths Mental Development scales) : test di performance con utilizzo di oggetti ed immagini, permette di effettuare una valutazione di primo livello del bambino da 0 ai 6 anni individuando punti di forza e di fragilità nei vari ambiti dello sviluppo. Valuta i prerequisiti di base dello sviluppo suddivise in cinque aree: basi dell'apprendimento, linguaggio e comunicazione, coordinazione oculomanuale, area personale-sociale ed emotiva, coordinazione grosso-motoria.
- Le Vineland-II, revisione delle Vineland Adaptive Behavior Scales (Vineland ABS), valutano il comportamento adattivo (CA), ossia le attività che l'individuo abitualmente svolge per rispondere alle attese di autonomia personale e responsabilità sociale proprie di persone di pari età e contesto culturale. Nello specifico, hanno l'obiettivo di misurare il CA nei domini Comunicazione, Abilità del vivere quotidiano, Socializzazione (in individui da 0 a 90 anni di età) e Abilità motorie (in individui da 0 a 7 anni e da 56 a 90 anni). La valutazione del CA è necessaria per la diagnosi di disabilità intellettiva e, in accordo con il DSM-5, per la valutazione del livello di gravità del disturbo. Diversamente dalla precedente versione, le Vineland-II sono

applicabili per l'intero ciclo di vita. Sono idonee a valutare la vulnerabilità sociale, l'inesperienza e la raggrirabilità (Balboni G., Belacchi C., Bonichini S., Coscarelli A.).

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-Adolescent (MMPI-A): è un questionario utilizzato per l'assessment della personalità negli adolescenti, con item riferiti allo sviluppo e alla psicopatologia dei ragazzi di età tra i 14 ed i 18 anni. Il nuovo report interpretativo di MMPI-A è una guida completa ed accurata all'utilizzo dei dati che emergono dalla somministrazione del test, perché in breve tempo fornisce un profilo accurato del funzionamento della persona, a prescindere dalle caratteristiche psicopatologiche presenti. Vengono agevolate la relazione della diagnostica e la formulazione di ipotesi diagnostiche puntuali grazie alle preziose indicazioni fornite. Attraverso le informazioni ricavate è possibile costruire un'alleanza di lavoro e per il trattamento (Tellegen A., Kaemmer B., Williams C.L., Butcher J.N., Graham J.R., Pancheri P., Archer R.P., Sirigatti S., Ben-Porath Y.S.).
- Beck Depression Inventory-II (BDI-II): è uno strumento self-report che valuta la gravità della depressione in pazienti adulti e adolescenti di almeno 13 anni di età con diagnosi psichiatrica. Il test è stato sviluppato come indicatore della presenza e dell'intensità dei sintomi depressivi nelle ultime due settimane. Valuta i cambiamenti dell'umore depresso e fa una stima del rischio di suicidio del paziente. (Beck A.T., Steer R.A., Brown G. K.).
- Children's Depression Inventory (CDI): è una scala di autovalutazione della depressione somministrabile a soggetti dagli 8 ai 17 anni di età. Valuta un'ampia varietà di sintomi quali i disturbi dell'umore, la capacità di provare piacere, le funzioni vegetative, la stima di sé e il comportamento sociale. Differenzia, in contesto clinico, tra pazienti depressi e non e definisce il livello di gravità della patologia (Kovacs M.).
- CAT è un metodo proiettivo che indaga la personalità di soggetti di età compresa tra i 3 e i 10 anni attraverso lo studio delle differenze individuali nella percezione di stimoli standardizzati. Il test è costituito da dieci tavole raffiguranti varie scene con animali, a partire dalle quali il bambino è chiamato a inventare delle storie. Le risposte riflettono la struttura affettiva del soggetto, il rapporto con il mondo degli adulti, la dinamica delle reazioni di fronte alle difficoltà. Le risposte riflettono la struttura affettiva del soggetto, il rapporto con il mondo degli adulti, la dinamica delle reazioni di fronte alle difficoltà (Bellak L., Abrams D.M., Bellak S.S.).
- La SCL-90-R è un questionario autosomministrato che valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando tanto i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) che quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività). Valuta 9 dimensioni sintomatologiche primarie: Somatizzazione (SOM), Ossessività-Compulsività (O-C), Impersensibilità interpersonale (I-S), Depressione (DEP), Ansia (ANX), Ostilità (HOS), Ansia

fobica (PHOB), Ideazione paranoide (PAR), Psicoticismo (PSY). Sono inoltre presenti anche 7 item addizionali (OTHER) che valutano disturbi dell'appetito e del sonno (Prunas A.).

STEP 3: Formulazione diagnosi, restituzione e progetto terapeutico

Una volta ultimata la valutazione psicodiagnostica è necessario un confronto tra l'intera equipe curante al fine di redigere un progetto di intervento condiviso e un approccio unitario alla cura.

Successivamente è compito di almeno due membri dell'equipe effettuare incontro di restituzione con il minore e la famiglia così da condividere il progetto terapeutico.

Il momento della restituzione assume un ruolo fondamentale nella misura in cui viene esplicitato come la famiglia sia attore primario dell'intervento insieme al bambino/adolescente, così che ognuno possa assumere corresponsabilmente una parte attiva nel percorso di cura che può di volta in volta articolarsi in modalità differenti a seconda delle evidenze cliniche.

Vista la molteplicità sintomatologica dei disturbi dell'umore in età evolutiva non vi è un protocollo univoco valido in tutte le situazioni e per tutti i bambini/ragazzi, pertanto il percorso di cura è necessariamente individualizzato e costruito sulla base del momento di vita del minore e del quadro clinico comportamentale emerso dalle osservazioni specialistiche. Il programma di trattamento si pone i seguenti obiettivi: alleviare la sintomatologia depressiva, ridurre le condizioni di comorbidità, promuovere lo sviluppo sociale ed emotivo, favorire la partecipazione scolastica, alleviare il disagio familiare, ridurre i rischi di ricaduta.

Tra i trattamenti evidence-based troviamo le seguenti (BHS, 2005, 2019):

- psicoterapia: individuale, di gruppo o familiare
- sostegno familiare/psicoeducazione dei genitori: nel trattamento con bambini e adolescenti è importante che il professionista tenga in considerazione il contesto sociale, educativo e familiare del paziente, compresa la qualità dei rapporti interpersonali, sia tra il paziente e gli altri membri della famiglia sia con amici e coetanei.
- Coinvolgimento di enti terzi presenti sul territorio e interventi sociali/ambientali: è utile che il professionista collabori con la scuola per sviluppare efficaci strategie per prevenire situazioni ostative nel contesto scolastico e sociale del paziente.
- Terapia farmacologica: viene presa in considerazione quando tutti gli altri interventi non raggiungono gli obiettivi prefissati o quando l'espressività della sintomatologia risulta pervasiva e persistente.

Alcune recenti ricerche nell'ambito della salute mentale con adolescenti e adulti sottolineano anche l'utilità di alcuni approcci che possono associarsi agli interventi sopra descritti, come ad esempio l'inserimento in gruppi multifamiliari cui partecipano minori e le proprie famiglie insieme agli operatori del servizio. Esso si costituisce come una possibilità d'incontro tra persone legate da

vincoli familiari (famiglie con all'interno una persona sofferente di disagio psichico) e di alleanza (più famiglie insieme e operatori dei servizi) al fine di creare una rete sociale di supporto al cambiamento.

L'intervento del Gruppo mira a rendere visibile il legame familiare tra genitori e figli e a consentire ad entrambi di modificarlo rendendolo più funzionale alla relazione stessa.

Il Gruppo Multifamiliare si propone di supportare il paziente nella rete sociale ed affettiva in cui vive ed è inserito. Una rete sociale su cui intervenire non soltanto perché possa fornire aiuto al paziente verso il benessere e la prevenzione da eventuali ricadute, ma anche per divenire essa stessa promotrice di supporto e dispositivo che arricchisca l'attuale sistema della cura integrandosi ad esso e ampliando le possibilità offerte dal territorio (L. Modolo, S. Rivolta, Neomesia 2024).

Terapia farmacologica

Scopi dell'intervento farmacologico sono la gestione della fase acuta, la prevenzione delle ricadute, e la stabilizzazione delle oscillazioni intercritiche del disturbo dell'umore. I farmaci più usati in età evolutiva sono gli stabilizzatori dell'umore, farmaci antidepressivi e se necessario anche farmaci antipsicotici.

I Sali di litio sono il farmaco di prima scelta in età evolutiva al di sopra dei 12 anni. Prima di iniziare la terapia con sali di litio è necessario effettuare una valutazione in baseline degli esami ematochimici di routine, della funzionalità tiroidea e renale e una visita cardiologica con ecg.

Per la posologia della terapia è opportuno il frazionamento nell'arco della giornata (due/o tre volte al giorno); la litemia dovrebbe essere valutata dopo una settimana dall'inizio della terapia per monitorare il dosaggio ematico ai fini di una adeguata somministrazione del farmaco. Tra gli stabilizzanti dell'umore possono essere utilizzati alcuni farmaci antiepilettici che agiscono anche come regolatori dell'umore, quali valproato, lamotrigina, carbamazepina, topiramato ecc.

Il trattamento specifico con antidepressivi, a tutt'oggi, il dibattito è aperto per il loro utilizzo poiché in età evolutiva vi è maggiore rischio di ideazioni suicidarie, pur tuttavia è necessario tener conto dei rischi che derivano dal mancato trattamento di un disturbo precoce, potenzialmente cronico o recidivante, sia nell'immediato, che nel successivo sviluppo. Gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI) fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram ed escitalopram sono stati monitorati con studi di controllo per la depressione del bambino e dell'adolescente. Tra gli SSRI la fluoxetina si è dimostrato farmaco con un effetto superiore al placebo nel ridurre i sintomi depressivi; tale farmaco, in Italia ed in Europa, ha l'indicazione in scheda tecnica per soggetti di età superiore ad 8 anni.

Altri SSRI (sertralina, fluvoxamina) sono autorizzati a partire dall'età di 6 anni di età per il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo, per cui vengono impiegati in caso di comorbidità.

A livello internazionale un altro principio attivo autorizzato (USA) per la depressione in adolescenza è l'escitalopram, vi sono prove EBM di efficacia per sertralina e venlafaxina.

In associazione ai stabilizzatori dell'umore, in presenza di condotte aggressive o autolesive, possono essere utilizzati gli antipsicotici atipici soprattutto quando il quadro clinico è caratterizzato da comportamenti impulsivi, aggressivi, condotte autolesive, oppure in presenza di franchi sintomi

psicotici. Tra i farmaci antipsicotici più utilizzati in età evolutiva, la scelta ricade prevalentemente nell'utilizzo del risperidone e dell'aripiprazolo. In situazioni di non facile contenimento del quadro clinico-comportamentale la scelta terapeutica può essere indirizzata verso altri farmaci antipsicotici (Olanzapina, Clozapina, Quetiapina, ecc..) da somministrare e preferibilmente monitorare in ambiente "protetto" di tipo ospedaliero.

Follow up

La presa in carico del minore e della sua famiglia al servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza prevede un primo contatto con il medico e l'assistente sociale, segue un percorso di monitoraggio in itinere con incontri programmati per il sostegno psicologico oppure percorsi di psicoterapia in base all'età del minore, colloqui sociali ed incontri psicoeducativi con la famiglia e visite mediche per il controllo della terapia farmacologica.

Il lavoro dei servizi preposti alla presa in carico, alla cura e all'assistenza dei minori con disturbo dell'umore si pone come obiettivo necessario intercettare prima possibile il disturbo e limitare le ricadute su tutti gli ambiti della vita del minore e più in generale sulla comunità di accoglienza.

1. Linee guida

Negli ultimi decenni molto lavoro è stato fatto a livello nazionale e nella Regione Sicilia in particolare per implementare i percorsi di cura e assistenza per i minori afferenti ai servizi di salute mentale.

L'ultimo piano strategico regionale (Biblio) difatto sottolineava la necessità di intervenire su molteplici ambiti:

3. Servizi per l'Adolescenza nelle fasi del ciclo di vita I. La patologia mentale in età evolutiva II. L'Area Integrata per l'Adolescenza Promuovere attività indicate per le fasi di vita più vulnerabili, nel rispetto delle dinamiche specifiche del ciclo di vita degli individui e delle famiglie. In particolare costruire servizi specialistici dedicati all'adolescenza, in grado di integrare le pratiche terapeutiche sviluppate per l'età evolutiva con quelle tipiche dell'età adulta ed ancora, quando necessario, con quelle specifiche per le dipendenze patologiche. Le azioni in favore della salute mentale degli adolescenti dovrebbero essere considerate come un investimento strategico, tale da produrre benefici a lungo termine per gli individui, la società e il sistema sanitario. Obiettivi Strategici I. La patologia mentale in età evolutiva Il profilo epidemiologico che sostiene la domanda di salute in quest'ambito è profondamente cambiato 21 negli ultimi anni, anche sotto la spinta delle profonde trasformazioni che hanno interessato i nostri contesti sociali. Se il miglioramento delle condizioni complessive che attengono alla gravidanza, al parto e alle cure perinatali ha ridotto la componente di grave disabilità neuromotoria e cognitiva, si presentano in incremento i bisogni correlati al disagio e alla sofferenza mentale, a volte con correlati comportamentali eclatanti, spesso con sintomatologia discreta, ma con uguale o maggiore probabilità di condizionare il percorso evolutivo. II. L'Area Integrata per l'Adolescenza In relazione al coordinamento dell'Area ad Alta Integrazione per le patologie dell'Adolescenza, per ottimizzare le modalità di presa in carico, è necessario implementare azioni nel settore delle dipendenze patologiche. In questo settore il concetto di doppia diagnosi ha destato un particolare interesse che sembrerebbe riguardare non solo i clinici ma, più in generale, le persone e le organizzazioni che vi intervengono. Diventa fondamentale ed essenziale un lavoro di rete orientato sia alla presa in carico sia alla diagnosi precoce, alla prevenzione ed alla promozione della salute, che permetta, pur nel pieno rispetto delle competenze e delle autonomie delle singole agenzie, una reale e piena collaborazione dei diversi servizi impegnati, utilizzando quanto più possibile in maniera integrata le rispettive capacità e professionalità. Indicatori per la valutazione I. La presa in carico della patologia infantile a. attivare procedure di individuazione precoce, con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, dei gravi disturbi neurologici e psicopatologici ad alto impatto sociale, per i quali la diagnosi tempestiva costituisce un sicuro criterio di prognosi più favorevole ed una premessa alla possibilità di ridurre le conseguenze invalidanti; b. attivare procedure di individuazione delle patologie sottosoglia, spesso non diagnosticate e curate, con frequente tendenza alla cronicizzazione e all'evoluzione sfavorevole, anche nelle età successive; c. prevedere pratiche di presa in carico dei minori vittime di trascuratezza, maltrattamento e abuso e delle loro famiglie; d. contrastare la tendenza alla emarginazione e alla istituzionalizzazione dei soggetti con psicopatologia maggiore, attraverso programmi di integrazione scolastica, lavorativa e sociale; e. attivare procedure per la diagnosi precoce e la presa in carico dei minori con disturbi del comportamento alimentare. II. La Prevenzione Secondaria Implementare l'intervento di prevenzione secondaria con l'attivazione di servizi per l'adolescenza che intervengano sui soggetti a

“rischio”, attraverso : a. la collaborazione con i Centro di Informazione e Consulenza (CIC) le altre agenzie istituzionali e sociali per l’individuazione dei casi a rischio; b. l’istituzione di un centro adolescenti dipartimentale in cui convergano figure professionali di NPI, SERT e Salute Mentale. Attraverso le attività del centro (gruppi psicodinamici, psicodramma, laboratori di arteterapia, colloqui clinici...) si devono promuovere interventi sia a valenza preventiva, sia di tipo clinico, onde pervenire ad una eventuale diagnosi precoce di psicopatologia. III. Equipe Distrettuale Integrata per Adolescenza Creare una équipe distrettuale integrata “dedicata” all’adolescenza, con l’obiettivo e il compito di coordinare le attività previste per gli adolescenti: a. attività clinica per gli adolescenti inseriti in percorsi “speciali”: residenzialità, semiresidenzialità, DH psichiatrico, Centri per la gestione del periodo sub-acuto o di eventi critici senza scompenso; 22 b. collaborare con le équipes di tutto il DSM Integrato per la creazione di un modello diagnostico e di presa in carico dell’adolescente, condiviso attraverso procedure definite e protocolli diagnostici omogenei nel metodo e nella codifica; adottando le linee guida già approntate dalle società scientifiche o creando percorsi originali, modellati secondo i criteri EBM; IV. Residenzialità e Semiresidenzialità In accordo con quanto previsto dal PSR, sviluppare servizi di residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica in età evolutiva: a. provvedere, analogamente a quanto avviene per gli adulti, a inserire in strutture comunitarie terapeutiche i minori che necessitano di tale intervento. b. inaugurare percorsi innovativi e sperimentali semiresidenziali e residenziali, nell’ottica dell’integrazione: inserimento di adolescenti con patologia psichiatrica in contesti aggregativi e/o residenziali che accolgono adolescenti che non presentano evidenza di psicopatologia. V. Protocolli distrettuali per la continuità terapeutica di soggetti multiproblematici Prevedere protocolli operativi, da elaborare in sinergia tra i vari servizi del Dipartimento Salute Mentale Integrato ed eventuali servizi di altri Dipartimenti, per la presa in carico globale e condivisa di soggetti e famiglie multiproblematiche, al fine di garantire la continuità terapeutica. VI. Disturbi del Comportamento Alimentare in Adolescenza a. Elaborare ed adottare linee guida regionali per l’organizzazione dei servizi e la metodologia d’intervento per la diagnosi precoce e la presa in carico dei soggetti con DCA. b. Consolidare in ogni DSM Integrato l’implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, già positivamente sperimentati in alcuni contesti assistenziali, sia nell’ambito della NPI che dei SerT, estendendoli ad una gestione integrata del problema, alla quale partecipino psichiatri, neuropsichiatri infantili, tossicologi, dietologi, endocrinologi, psicologi, internisti, nutrizionisti, assistenti sociali, educatori, infermieri. c. Favorire la gestione comunitaria della problematica clinica mediante la partecipazione delle Associazioni interessate, delle Agenzie sociali coinvolte (in primo luogo la Scuola), dei professionisti e delle istituzioni del privato-sociale. d. Implementare opportuni protocolli che definiscano la fase dell’accoglienza, della diagnosi e del trattamento per una corretta presa in carico dei DCA dai casi di insorgenza precoce in età infantile e preadolescenziale, alle fenomenologie cliniche dei casi giovani-adulti, tenendo al centro del discorso metodologico la fase evolutiva dell’Adolescenza. (ASSESSORATO DELLA SALUTE, REGIONE SICILIANA)

PDTA

DISTURBO DELL'UMORE

