

IL GRAFFIO

Pediatri psichiatri



*Nonostante i pediatri americani avessero risolutamente precisato di non ritenere loro compito occuparsi in prima persona della salute mentale dei bambini (definita come qualcosa la cui presa in carico va oltre l'ambito della comoda pratica - "beyond the scope of comfortable practice" -) (Stein RE, et al. Do pediatricians think they are responsible for identification and management of child mental health problems? Results of the AAP periodic survey. *Ambul Pediatr* 2008;8(1):11-17), gli stessi si trovano oggi formalmente invitati a farlo e buttati nella mischia: per sopperire alle carenze oggettive di neuropsichiatri in tutto il territorio americano; per attenuare gli effetti negativi delle tardive se non mancate diagnosi di condizioni come la depressione maggiore, l'ansia e la fobia, i disturbi del comportamento alimentare e l'ADHD; per aiutare in qualche modo i pazienti già diagnosticati ma lasciati, senza cure, in lista di attesa per una presa in carico specialistica. Di questa evoluzione delle cose ci danno testimonianza due articoli contemporaneamente usciti. Il primo riporta i risultati del Wisconsin Child Psychiatry Consultation Program (WI-CPCP) (non mancate di consultarne il sito): un progetto sostenuto da fondi dello Stato del Wisconsin (come era da poco successo in una esperienza pilota del Massachusetts) e finalizzato a mettere a disposizione dei pediatri delle Cure primarie consulenze NPI in tempo reale (risposte in 30 minuti al telefono e in 24 ore per e-mail) per la gestione diagnostico terapeutica di singoli casi. Lo stesso progetto, al contempo, fornisce anche un supporto educativo continuo sulle diverse patologie psichiatriche che potrebbero afferire all'ambulatorio del pediatra senza essere tempestivamente riconosciute e adeguatamente affrontate (Kim R, et al. *Expanding Psychiatric Treatment in primary Care Settings: improved Care Trough Winsconsin Child Psychiatry Consultation program. Clinical Pediatrics* 2023;621:1369-74). In termini di efficienza, stando cioè all'incremento del numero di pediatri che hanno cominciato a far diagnosi di un qualche disturbo mentale (soprattutto depressione, ADHD e disturbi del comportamento alimentare -DCA-) e all'aumento degli invii con diagnosi corretta ai centri specialistici nei due anni di sorveglianza dello studio, si è trattato di un successo. Ma non ci viene detto quanto poi tutto questo sia stato efficace: sia servito cioè a cambiare le cose in termini di numero dei bambini che effettivamente hanno poi ricevuto le dovute cure. Un punto questo particolarmente*

*sentito oggi dai pediatri italiani che vedono troppo spesso bambini con disturbo del neurosviluppo che hanno saputo diagnosticare tempestivamente rimanere a lungo in cerca di cure, dovendo alla fine affidarsi alla poco garantita soluzione delle cure private. Il secondo studio, invece, pur con un singolo esempio, testimonia effettivamente di come sia stata possibile (e utile) la presa in carico, in autonomia ambulatoriale, di una ragazzina di 13 anni con diagnosi certa di anoressia nervosa ma con una attesa prevista di almeno 4 mesi per poter afferire a un centro specialistico di cura. Il protagonista in questo caso è stata, prima e più ancora del pediatra, un'infermiera pediatrica, guidata dal Family-Based Treatment: un insieme di indicazioni basate sulle evidenze per il trattamento dei DCA dedicato agli operatori di area pediatrica delle Cure primarie e centrato su alcuni principi base (instaurare un follow-up regolare; coinvolgere sempre un genitore; parlar chiaro in termini di diagnosi e di gravità potenziale della prognosi; trovare subito soluzioni nutrizionali per fermare la discesa del peso; monitorare parametri clinici di gravità; non far mai sentire in colpa né stigmatizzare il paziente) (Partain P. *The Role of Primary Care in Bridging Adolescents Awaiting Eating Disorder Treatment. Pediatrics* 2023; e2023061672). Quantunque indurre il pediatra a sostituirsi al neuropsichiatra possa apparire improprio (oltre che, a mio avviso, pericoloso), l'esperienza che si va diffondendo negli USA (pur nei limiti della sua "americanità"...) ci impone una riflessione su quello che succede anche a casa nostra: sul progressivo peggiorare dello stato di salute mentale di bambini e adolescenti; sull'urgenza, di fatto sempre evasa, di trovare delle soluzioni efficaci; sulla sostanziale inadeguatezza delle risorse e degli investimenti, certo: ma anche, troppo spesso, delle volontà. Non vi è dubbio infatti che a questo proposito, limitandosi con realismo a quello che ognuno può effettivamente agire nel suo piccolo, qualche dose di impegno in più spetta certamente tanto a noi pediatri (sapere, saper fare, saper interagire. O meglio, e prima ancora: voler fare, voler imparare, voler interagire) quanto anche agli amici neuropsichiatri (nella tempestività e nell'entusiasmo della presa in carico, nella condivisione del sentimento di voler esserci oltre che del piacere di interagire con noi): magari anche per non lasciarsi sfuggire l'occasione per insegnarci a far meglio. Senza che ci rimanga la voglia di iscriversi a uno di quei progetti americani come, almeno un po', saremmo tentati di fare...*

Alessandro Ventura