

**LA SALUTE MENTALE DI BAMBINI E ADOLESCENTI:
TEMPO DI AGIRE**

Nel corso dell'ultimo anno della pandemia da Covid-19, una crescente attenzione si è concentrata sulla salute mentale e sul benessere di bambini e adolescenti. Sulle pagine di *Medico e Bambino*, già nell'aprile 2020, era stato anticipato quello che si è a breve verificato, con una serie di proposte concrete a partire dalla formalizzazione di "un Gruppo multidisciplinare di coordinamento articolato a livello nazionale/o regionale, che possa orientare gli interventi di salute mentale, predisponendo progetti e programmi coerentemente ai bisogni della popolazione e all'andamento della diffusione dell'epidemia sul territorio nazionale"¹.

Nel corso di questi lunghi mesi le evidenze dei danni della pandemia sulla salute mentale dei bambini e in particolare degli adolescenti si sono accumulate. Su *JAMA Pediatrics* è stata pubblicata una metanalisi di Racine e coll.² che richiama l'esigenza di affrontare gli effetti globali sulla salute in questa fascia di popolazione: 29 studi, per un totale di 80.879 casi, documentano che la prevalenza di sintomi rilevanti di depressione e ansia sono significativamente più elevati rispetto a quelli riportate prima dell'inizio della pandemia, a conferma di altri studi sull'argomento³. Prima del Covid-19, le stime globali di prevalenza erano dell'8,5% per la depressione e dell'11,6% per l'ansia^{2,4}. La metanalisi suggerisce un aumento di oltre 2 volte dei tassi rispetto a quelli riportati prima della pandemia: 23,8% per la depressione clinicamente significativa e 19% per l'ansia². Per completezza si riportano i risultati di una precedente metanalisi che aveva stimato in ventisette Paesi i tassi di prevalenza per i disturbi psichiatrici tra bambini e adolescenti in epoca pre-pandemica, pari al 2,6% per il disturbo depressivo e al 6,5% per il disturbo d'ansia⁴.

Gli Autori della metanalisi riportano che la prevalenza di depressione e ansia è aumentata con il progredire della pandemia e che la frequenza dei sintomi è maggiore negli adolescenti e in particolare nelle ragazze². I risultati non sorpremono nel contesto degli straordinari cambiamenti affrontati dai giovani, tra cui l'isolamento sociale, la perdita di interazioni tra pari e le chiusure scolastiche e più in generale della comunità sociale. Questo studio ribadisce in modo inequivocabile che bambini e adolescenti sperimentano un aumento del disagio psicologico e sottolinea l'importanza di una ricerca longitudinale per comprendere se e quanto i sintomi sono mantenuti, esacerbati o risolti nel corso del tempo⁴. Una sorveglianza prospettica condotta in Italia avrebbe dimostrato un miglioramento-risoluzione dei problemi mentali con le riaperture scolastiche⁵.

I limiti di questo tipo di studi, riportati dagli stessi Autori, riguardano il fatto che i lavori si sono poco focalizzati su minoranze etniche e sulle condizioni estreme di disagio. Inoltre, nella quasi totalità dei casi, sono stati utilizzati per la diagnosi strumenti di valutazione basati su questionari auto-somministrati (compilati da parte dei genitori e più raramente degli stessi adolescenti)^{2,4}.

Questi risultati fanno ulteriormente riflettere. In molte Nazioni, tra cui l'Italia (sono in corso valutazioni e verifiche),

se si considera la punta dell'*iceberg*, i bambini e soprattutto gli adolescenti che cercano assistenza nei Servizi di salute mentale, soprattutto quelli che presentano sintomi gravi e richiedono cure a livello ospedaliero sono, in questa fase della pandemia, notevolmente aumentati, in particolare quelli appartenenti a gruppi minoritari⁶.

Per quanto riguarda la prevenzione e la cura, quello che è noto in tutto il mondo è che i Servizi di salute necessari (a partire da quelli che potrebbero essere orientati all'ascolto) sono insufficienti^{7,8}. Sapendo bene che sono disponibili strumenti efficaci per affrontare la depressione e l'ansia (volendo rimanere alle due maggiori condizioni indicate nella metanalisi)⁹. Comprendere a livello di popolazione il grado di disagio è oltremodo importante per indirizzare gli interventi appropriati: i giovani con sintomi "sotto-soglia" hanno meno probabilità di richiedere interventi rispetto ai giovani con compromissione funzionale, e intercettarli precocemente può evitare un peggioramento della sintomatologia.

Nonostante queste evidenze, il problema non emerge dai report ufficiali: non c'è voce di questo nei vari Bollettini informativi istituzionali giornalieri e sufficiente attenzione da parte delle direzioni ospedaliere o territoriali. Non esiste una soglia critica di "posti letto occupati" per le conseguenze su bambini e adolescenti degli effetti secondari della pandemia. Basti pensare ai tanti casi ricoverati con disturbi della condotta alimentare.

La pandemia di Covid-19 ci pone di fronte alla necessità di azioni urgenti e incisive, per rispondere in modo efficace ed efficiente a un'emergenza iniziata ben prima^{7,8}. Occorre sostenere l'implementazione di pratiche supportate da prove e facilitare l'accesso alle cure eliminando le disparità. È necessario innanzitutto rendere visibile il disagio riguardante la salute "psicologica" (termine riduttivo) e la necessità di integrazione sociale dei nostri bambini e adolescenti. Non è questa la sede per fornire modelli validi per una modifica radicale dei paradigmi e dei modi di organizzare l'assistenza. Ne sono stati proposti sia a livello internazionale che nazionale^{10,13}. Quello che sappiamo è che sono state stanziare risorse importanti, il cui utilizzo dovrebbe essere guidato da alcuni principi generali così riassumibili:

- rafforzare i Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza su tutto il territorio nazionale, rendendoli adeguati per numero e qualità delle diverse figure professionali necessarie¹²;
- potenziare di molto l'azione preventiva e di diagnosi precoce, a partire dall'ambulatorio del pediatra di famiglia e del medico di Medicina generale¹⁴, con un lavoro proattivo, singolo e/o di gruppo, di prossimità e/o a distanza, orientato all'ascolto, a consigli e a un complessivo supporto anche della famiglia; quando necessario, all'adozione di strumenti validati in grado di sapere riconoscere le situazioni potenzialmente critiche che possono richiedere, in modo motivato, valutazioni di secondo livello¹;
- sviluppare l'integrazione e le connessioni nei singoli ambiti distrettuali tra i Servizi sanitari, le scuole, i Servizi di sostegno, i Servizi sociali, attraverso il lavoro di psicologi, educatori e infermieri di comunità¹³.

L'utilizzo delle risorse destinate alla salute mentale anche dell'infanzia e dell'adolescenza dovrebbe essere guidato da alcuni principi definiti di concerto tra varie figure professionali e organismi istituzionali favorendo, in ogni realtà locale, un collante di ruoli e responsabilità che deve rispondere a una visione fatta di concretezza e progettazione. Il rischio è di reclutare personale (psicologi, educatori, infermieri) per contratti a breve termine, con l'unico obiettivo di evadere le liste di attesa, senza una prospettiva di rete che non insegue i disagi ma che li prevede e previene, con un'assistenza partecipata e modulata per livelli di intensità delle cure.

Fondamentale, in tutto questo, sarà il ruolo della scuola che riapre (con le solite discussioni e i soliti ritardi), e che dovrebbe fornire a bambini e ragazzi una prospettiva di presenza e di qualificata funzione educativa e di dialogo¹⁵, uscendo dalle discussioni, a volte stucchevoli, che parlano esclusivamente di rischi, sicurezza e di *green pass*.

Noi stessi, come pediatri, dovremmo mettere in campo tutte le energie per il lavoro di ascolto e supporto alle famiglie e agli stessi bambini e adolescenti/preadolescenti che sono a noi affidati. A tutti noi, come comunità di operatori sanitari e come singoli cittadini, compete di agire come sentinelle delle singole situazioni, in particolare di quelle con maggiore difficoltà e disagio. Il nostro lavoro non può più avere una dimensione solo sanitaria, ma socio-sanitaria ed educativa^{16,17}. In ballo c'è il presente e il futuro dei nostri bambini e ragazzi, il cui benessere sociale e psicologico non può che essere al centro di politiche educative, sociali, e certo anche sanitarie, qualificate.

Bibliografia

1. Abbracciavento G, Cognigni M, Riccio G, Carrozzi M. Covid-19 e salute mentale in età evolutiva: l'urgenza di darsi da fare. *Medico e Bambino* 2020;39(4):237-40.
2. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA Pediatr* Published online August 9, 2021. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2482.
3. Minozzi S, Saulle R, Amato L, Davoli M. Impatto del distanziamento sociale per Covid-19 sul benessere psicologico dei giovani: una revisione sistematica della letteratura. *Recenti Progr Med* 2021;112:360-70. doi: 10.1701/3608.35873.
4. Benton TD, Boyd RC, Njoroge WFM. Addressing the global crisis of child and adolescent mental health. *JAMA Pediatr* Published online August 9, 2021. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2479.
5. Meda N, Pardini S, Slongo I, et al. Students' mental health problems before, during, and after COVID-19 lockdown in Italy. *J Psychiatr Res* 2021;134:69-77. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.12.045.
6. Krass P, Dalton E, Douppnik SK, Esposito J. US pediatric emergency department visits for mental health conditions during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open* 2021;4(4):e218533-e218533. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.8533.
7. Marchetti F. I Servizi di salute mentale per i bambini in Inghilterra (e in Italia) "non sono neanche lontanamente sufficienti". *Medico e Bambino* 2021;40(3):157-8. doi: 10.53126/MEB40157.
8. Gruppo di lavoro per la convenzione dei diritti dell'infanzia e Adolescenza. *Salute Mentale*. 11° Rapporto di Aggiornamento 2020.
9. Kapur N, Ibrahim S, While D, et al. Mental health service changes, organisational factors, and patient suicide in England in 1997-2012: a before-and-after study. *Lancet Psychiatry* 2016;3(6):526-534. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00063-8.
10. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. Indicazioni *ad interim* per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19. Versione del 31 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020).
11. AAP. *Mental Health During Covid-19: Signs Your Child May Need More Support*. Last updated 30/7/2021.
12. Ministero della Salute. *Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza*. Ultimo aggiornamento 3 giugno 2021.
13. Centro per la Salute del Bambino, Associazione Culturale Pediatri. *Senza confini: come ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza, integrando i servizi, promuovendo l'equità, diffondendo le eccellenze- 2a versione*, pubblicato on-line, 12.05.2021.
14. Tamburlini G, Volta A. Il bambino tutto intero: per un approccio integrato al bambino e al suo ambiente complesso. *Medico e Bambino* 2021;40(4):237-44. doi: 10.53126/MEB40237.
15. Bonati M. Scuole in sicurezza. *Ric&Pra* 2021;17(4):147-9. doi: 10.1707/3657.36396.
16. Liverani A, Ercolanese TI, Valletta E. Adolescenti nella nicchia. *Medico e Bambino* 2021;40(6):401-4. doi: 10.53126/MEB40401.
17. Marchetti F. La voce dei "minori" durante e dopo la pandemia. *Recenti Progr Med* 2021;112(5):331-4. doi: 10.1701/3608.35868.

Federico Marchetti