Organo Ufficiale della
**SOCIETÀ ITALIANA
di NEUROPSICHIATRIA
dell'INFANZIA e dell'ADOLESCENZA**

www.sinpia.eu

Giornale di
NEUROPSICHIATRIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Censita in PsycINFO e Elsevier Nursing Database EMcare

Periodico quadrimestrale - Dicembre - POSTE ITALIANE SPA - Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 conv.in L.27/02/2004 n°46 art.1, comma 1, DCB PISA - ISSN: 0392-4483 (Print) - ISSN 2611-2884 (Online)

VOL. 43
03 2023

PACINI
EDITORE
MEDICINA

Giornale di
NEUROPSICHIATRIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Organo Ufficiale della
SOCIETÀ ITALIANA di NEUROPSICHIATRIA dell'INFANZIA e dell'ADOLESCENZA

Censita in PsycINFO e Elsevier Nursing Database EMcare

DIREZIONE

Direttore Editoriale

Elisa Fazzi (Presidente SINPIA)

Direttore Scientifico

Renato Borgatti

Vice-Presidenti SINPIA

Oliviero Fuzzi
Carmela Bravaccio

Consiglieri SINPIA

Costantino Antonella (Past president)
Rizzo Renata (Consigliere tesoriere)
Bravaccio Carmela (Direttore sito)
Camuffo Mauro (Consigliere)
Orcesi Simona (Consigliere)
Penge Roberta (Consigliere)
Scuccimarra Goffredo (Consigliere)
Zanus Caterina (Consigliere)
Mariani Alessandro (Segretario)
Margari Lucia (Revisore dei conti)
Monti Annalisa (Revisore dei conti)
Dalla Bernardina Bernardo (Membro)
Farrugguia Rocco (Membro)
Leuzzi Vincenzo (Membro)
Molteni Massimo (Membro)

Coordinatori Sezioni Scientifiche

Nardo Nardocci
Rosamaria Siracusano
Andrea Guzzetta
Elisa Colombi
Stefania Millepiedi
Michele Suprani

Segretari Regionali SINPIA

Ancora Enza (Lazio)
Capriotti Tiziana (Umbro-Marchigiana)
Cocchiaro Cecilia (Campano-Molisana)
Darra Francesca (Triveneta)
Landi Mario (Toscana)
Legge Maria Pia (Aprutina)
Nobili Lino (Liguria)
Paba Silvia (Sardegna)
Pirro Orazio (Piemonte-Valle d'Aosta)
Russo Giuseppina (Calabria)
Scifo Renato (Sicilia)
Ventura Patrizia (Apulo Lucana)
Visconti Paola (Emilia Romagna)
Vizziello Paola (Lombardia)

Comitato di Redazione

Brizzi Alessandra
D'Amico Laura
Grumi Serena
Morelli Federica
Parravicini Stefano
Pasca Ludovica
Perucco Francesca
Varesio Costanza

Consiglio Scientifico SINPIA - Advisory Board

Alberini Cristina
Barthelemy Catherine
Cioni Giovanni
Fedrizzi Ermellina
Guerrini Renzo
Nardocci Franco
Vitiello Benedetto

Copyright by

Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA)

EDIZIONE

Pacini Editore Srl
Via Gherardesca, 1 - 56121 Pisa
Tel. 050 313011 - Fax 050 3130300
info@pacinieditore.it - www.pacinimedicina.it

Direttore Responsabile: Patrizia Alma Pacini

PACINI EDITORE MEDICINA

03/ VOL. 43 2023

INDICE

Editoriale

R. Borgatti, E.M. Fazzi 113

Case report e Revisione letteratura

Trattamento psicofarmacologico della disregolazione emotiva in età evolutiva
Psychopharmacological treatment of emotional dysregulation in developmental age
R. Garotti, M.P. Riccio, C. Bravaccio 114

La complessità dell'età evolutiva: criticità diagnostiche nei disturbi del neurosviluppo fra sovrapposizioni sintomatologiche e categorie nosografiche
Complexity of developmental age: diagnostic critical issues in neurodevelopmental disorders, between overlapping symptoms and nosographic categories
L. Russo, M. Pezone, M.P Riccio, S. Pisano, C. Bravaccio 117

Area Sezioni Scientifiche

Traiettorie di sviluppo e rilevazione delle condizioni di salute di bambini e adolescenti in Piemonte, prima e dopo la pandemia. Attività clinica ed epidemiologia organizzativa
Development trajectories and detection of health conditions in children and adolescents, in Piedmont, before and after the pandemic. Clinical activity and organizational epidemiology
E. Colombi, F. Fioretto, A. Mariani, O. Pirro 122

Autolesività non suicidaria (ANS): un problema di regolazione emotiva negli adolescenti?
"Non Suicidal Self Injury" (NSSI): is it an issue of emotional dysregulation in a sample of adolscents?
R. Montanaro, L. Russo, I. Cinieri, F. Pinto, S. Riezzo, A.C. Dellarosa 134

Adolescenti minori stranieri non accompagnati a Trieste, l'impatto sulla salute mentale tra traumi pregressi e difficoltà di integrazione: uno studio quali-quantitativo
Unaccompanied refugee minors in Trieste, impact on mental health of past trauma and difficult integration: a quali-quantitative study
D. Bjelic, F. Perucco, L. Barbi, E. Barbi, G. Abbracciavento 141

Body shaming e disturbi alimentari: studio pilota su un campione di 50 pazienti
Body Shaming and Eating Disorders: a pilot study on a sample of 50 patients
C. Capozzi, A. Zardi, J Pruccoli, D.M. Cordelli, A. Parmeggiani, F. Rossi 151

L'intervista

Intervista alle Dott.sse Angela Caldarera (psicologa) e Chiara Baietto (Neuropsichiatra Infantile e responsabile del servizio ambulatoriale) - Ambulatorio per la varianza di genere presso l'Unità di Neuropsichiatria Infantile dell'ospedale "Regina Margherita" di Torino
a cura di F. Morelli e S. Parravicini 164

Intervista alla Dott.ssa Federica Gigliotti, Neuropsichiatra Infantile, Dottoranda in Neuroscienze Clinico-Sperimentali e Psichiatria presso il Dipartimento di Neuroscienze Umane dell'Università Sapienza di Roma
a cura di F. Perucco 168

Sezioni Regionali

Sezione regionale SINPIA Piemonte-Valle D'Aosta 171

Spazio Associazioni

La sindrome da deficit di Glut1: #insiemeperilglut1 173

Recensione

Apprendimento e memoria: quotidianità della pratica clinica in neuropsichiatria infantile
Un excursus delle opere di Eric R. Kandel
a cura di C. Zanus 175

Lettere

L'ambulatorio Pediatrico per la Varianza di Genere (APEVAGE) di Trieste
G. Bresciani, A. Roia, F. Sandri, M. Carrozzi, D. Cosentini, C. Cervesi, L. De Zen , G. Tornese..... 176

50° riunione Société Européenne de Neurologie Pédiatrique + (SENP+)
S.M. Bova 178

Progetto "Promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita del bambino: il progetto multiregionale coordinato dall'ISS": sintesi dei principali risultati
S. Orcesi..... 179

Disturbi neurologici funzionali in età pediatrica: l'esperienza dell'Istituto Carlo Besta di Milano
R. Solazzi, C. Dosi, E. Pagliano, F. Zibordi, M. Viganò, Il. Pedrinelli, S. Mazzanti, T. Casalino, D. Sarti, T. Granata, N. Nardocci..... 181

La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Pacini Editore srl informano i lettori e gli utenti della Rivista Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva che gli articoli pubblicati rispecchiano esclusivamente la ricerca e l'opinione degli autori firmatari dei contenuti. Tali articoli quindi non rappresentano e non vogliono in alcun modo costituire indicazioni o linee guida della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza stessa. Questo a differenza dei testi e contenuti che esplicitamente siano dichiarati di ufficiale matrice istituzionale e pubblicati nelle apposite rubriche della Rivista dedicate alle Linee Guida della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.
La Rivista Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva viene inviata a soci abbonati, medici, operatori sanitari, solo ed esclusivamente per l'aggiornamento professionale, informare e promuovere attività e prodotti/servizi strettamente inerenti e attinenti alla professione degli utenti, garantendo sempre una forte affinità tra il messaggio e l'interesse dell'utente. Si prega i prendere visione della Privacy Policy al seguente link: http://www.pacinimedicina.it/privacy-policy-informativa-privacy/. Per comunicazioni/informazioni: info@pacinieditore.it
L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni. Le fotocopie per uso personale del lettore (per propri scopi di lettura, studio, consultazione) possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico, escluse le pagine pubblicitarie, dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dalla Legge n. 633 del 1941 e a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi: https://www.clearedi.org/topmenu/HOME.aspx. I dati relativi agli abbonati sono trattati nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 e adeguamenti al Regolamento UE GDPR 2016 (General Data Protection Regulation) a mezzo di elaboratori elettronici ad opera di soggetti appositamente incaricati. I dati sono utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione. Ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare o cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo al Titolare del Trattamento: Pacini Editore Srl - Via A. Gherardesca 1 - 56121 Pisa. Per ulteriori approfondimenti fare riferimento al sito web http://www.pacinieditore.it/privacy/.
Aut. Trib. di Milano n. 425 dell'14/11/198. Pubblicato online nel mese di dicembre 2021. Rivista registrata presso "Registro pubblico degli Operatori della Comunicazione" (Pacini Editore srl - n. di registrazione n. 6269 - 29/8/2001).

Editoriale

Renato Borgatti[1], Elisa Maria Fazzi[2]

[1] Direttore GINPEE; [2] Presidente SINPIA

Caro Lettore,

questo ultimo numero del 2023 viene preparato a cavallo tra le vacanze estive e la ripresa autunnale delle attività. Si è trattato di un periodo particolarmente ricco di eventi di cronaca "clamorosi" e tali da interrogare l'opinione pubblica rispetto alla deriva che stanno assumendo i comportamenti di tanti minorenni o, al contrario, di cui bambini e ragazzi sono vittime. In questi frangenti, i mass media si scatenano, e cavalcando il sensazionalismo aprono dibattiti e tavole rotonde. C'è la ricerca di *esperti*, più o meno accreditati, che plachino le paure sociali scatenate dagli eventi o individuino facili colpevoli. L'impressione però è che, in questi momenti e in questi luoghi, non ci sia un vero interesse per comprendere fenomeni sempre molto complessi e con radici quasi sempre lontane e profonde, ma si punti soprattutto a suscitare emozioni per fare audience, abbandonando poi il tema appena nuovi eventi emergono alla ribalta.

All'interno dell'area medica, i neuropsichiatri infantili sono gli specialisti del neurosviluppo (con le sue derive, deviazioni, patologie e atipicità), delle fatiche del crescere e dei contrasti e conflitti che questo può comportare all'interno delle famiglie e dei contesti di vita, delle malattie e fragilità proprie dell'età evolutiva. In ragione di questa specificità, non possiamo esimerci dall'entrare nei dibattiti, dall'esprimere pareri competenti ed equilibrati, basati su dati e sul desiderio di comprendere, senza per forza schierarsi a priori su scenari quasi sempre costruiti in modo che la realtà venga letta e interpretata in modo dicotomico. Considerando che la maggior parte di noi esercita il proprio lavoro sul territorio, a stretto contatto con realtà locali e con tante altre agenzie che insieme a noi si occupano di questi temi, riteniamo che i luoghi dove esprimerci non siano tanto o soltanto i salotti televisivi o i giornali, ma anche gli incontri promossi dalla scuola con genitori e insegnanti, dagli enti locali, dalle associazioni di famigliari e dalle agenzie culturali. Dobbiamo raggiungere il cuore delle persone e, attraverso di esse, quello dei politici locali o regionali o nazionali a seconda del nostro raggio di azione.

Si tratta di un compito particolarmente difficile. Infatti, non richiede soltanto di conoscere e promuovere tutti i fattori protettivi del neurosviluppo (affrontati anche nel numero scorso in occasione della giornata nazionale promossa dalla SINPIA), ma anche di saper indicare quali comportamenti sociali oggi in uso possano essere maggiormente a rischio per generare disagio e di fornire una guida nel momento in cui si assumono pericolose derive.

Alcuni temi di una certa rilevanza sociale sono stati affrontati nei "Mercoledì della SINPIA", ma auspichiamo che anche le pagine del nostro giornale possano essere luogo di confronto. Ti invitiamo a popolare la rubrica "Lettere" per esprimere pensieri, punti di vista e esperienze personali per alimentare un dibattito che, pur nella diversità individuale, consenta di produrre messaggi univoci sostenuti da evidenze scientifiche e riflessioni ricche e articolate a favore dei minori, del loro sviluppo e delle loro fragilità.

Giornale di NEUROPSICHIATRIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA 2023;43:114-116

CASE REPORT E REVISIONE LETTERATURA

Trattamento psicofarmacologico della disregolazione emotiva in età evolutiva

Psychopharmacological treatment of emotional dysregulation in developmental age

Raffaele Garotti[1], Maria Pia Riccio[2], Carmela Bravaccio[3]

[1] Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Università Federico II di Napoli; [2] P.I. di Neuropsichiatria Infantile, DAI Materno-Infantile, AOU Policlinico II di Napoli; [3] Dipartimento Scienze Mediche Traslazionali, Università Federico II di Napoli

Riassunto

La disregolazione emotiva (*emotional dysregulation* - ED) è un costrutto psicopatologico multidimensionale, frequentemente presente come entità comorbosa in quadri clinici psichiatrici dell'età evolutiva. Data la non univoca definizione ed il non univoco approccio alla ED, ad oggi non esiste ancora un protocollo di trattamento specifico. Esponiamo il caso di una paziente con importanti sintomi di ED per la quale è risultato necessario impostare trattamento psicofarmacologico con antipsicotico atipico (quetiapina) con impatto positivo sulla gravità e l'interferenza dei sintomi. Proponiamo anche una breve revisione della letteratura con focus specifico sulle possibilità di trattamento dei sintomi ED in età evolutiva.

Parole chiave: disregolazione Emotiva, trattamento psicofarmacologico, quetiapina

Summary

Emotional dysregulation (ED) is a multidimensional psychopathological construct, frequently present as a comorbid entity in clinical psychiatric disorders of the developmental age. Given the non-unambiguous definition and approach to ED, to date there is still no specific treatment protocol. We present the case of a patient with significant ED symptoms for whom psychopharmacological treatment with an atypical antipsychotic (quetiapine) with a positive impact on symptom severity and interference was necessary. We also propose a brief literature review with a specific focus on treatment options for ED symptoms in childhood.

Keywords: emotional dysregulation, psychopharmacological treatment, quetiapine

INTRODUZIONE

La disregolazione emotiva (ED) è un costrutto psicopatologico multidimensionale, transdiagnostico e di non univoca definizione che ad oggi non costituisce un'entità nosografica autonoma. Una delle possibili definizioni dell'ED potrebbe essere "*Un modello di esperienza e/o espressione emotiva che interferisce con un comportamento appropriato e orientato agli obiettivi*" [1]. Tale costrutto riconosce sia componenti esternalizzanti (ad esempio reattività emotiva inadeguata) che componenti internalizzanti (ad esempio rigidità emotiva) [1]. L'ED costituisce un frequente motivo di ospedalizzazione o accesso presso i servizi residenziali psichiatrici [2]: nonostante ciò, non esistono indicazioni specifiche di trattamento, soprattutto di tipo psicofarmacologico, per la gestione di tale condizione. Nell'articolo viene presentato il caso clinico di una ragazza con diagnosi di disregolazione emotiva, con focus sulla gestione psicofarmacologica, e una breve revisione della letteratura.

PRESENTAZIONE DEL CASO

Presentiamo il caso una ragazza di 14 anni, giunta a visita presso il nostro ambulatorio UOSD di Neuropsichiatria Infantile dell'Università Federico II di Napoli, su richiesta dei genitori, per approfondimento clinico

CORRISPONDENZA

Raffaele Garotti, Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Università Federico II di Napoli, Via Pansini 5 Ed. 11, 80138 Napoli - E-mail: raffaelegarotti@libero.it

data la presenza di isolamento sociale, irritabilità con aggressività, restrizione alimentare mista a condotte purgative, *self-cutting*, abuso di sostanze stupefacenti, disregolazione del ritmo sonno-veglia con difficoltà di addormentamento e risvegli notturni con mancato addormentamento successivo. La ragazza al momento dell'accesso effettuava trattamento psicoterapeutico, con scarsa compliance. Dalla valutazione clinica emergeva la presenza di un profilo caratterizzato da competenze cognitive conservate, difficoltà attentive e di apprendimento, tono dell'umore instabile, improntato all'irritabilità, comportamenti dirompenti, impulsività, aggressività eterodiretta, comportamenti di fuga, *emotional overeactivity*, scarso rispetto delle regole. Tale profilo veniva delineato non solo tramite colloqui liberi con la paziente ma anche tramite somministrazione di testistica standardizzata (Matrici di Raven-SPM, intervista VABS-II, intervista K-SADS versione paziente e genitore, intervista SCID-II, questionario temperamento Ciclotimico-Ipersensibile versione bambini-adolescenti, CDI, SCARED, questionari *Conners' Rating Scales-Revised*, test d2-r, prove di letto-scrittura MT, *Thematic Apperception Test*). Veniva posta diagnosi di "*Disregolazione emotiva in paziente con disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) a prevalente espressione disattentiva, in comorbidità con disturbo specifico degli apprendimenti (con compromissione delle capacità di lettura). Rischio di strutturazione di disturbo di personalità di tipo complesso (Cluster B)*".

Del quadro clinico complessivo, l'elemento maggiormente interferente risultava essere l'ED, che si accompagnava ad una instabilità del tono dell'umore, che rendeva necessario l'inserimento di terapia psicofarmacologica. L'utilizzo di una terapia a base di Sali di litio è stata esclusa vista l'impossibilità al monitoraggio del dosaggio intraematico, per la presenza di fobia specifica per gli aghi da parte della paziente e l'impossibilità all'effettuazione di venipuntura. La possibilità di trattamento con acido valporico è stata scartata dato il sesso femminile e l'età fertile della ragazza. Pertanto, un primo approccio, mirato alla stabilizzazione del tono dell'umore, è stato tentato mediante somministrazione di aripiprazolo. Tuttavia, fin dall'inizio del trattamento, con dosaggio iniziale di 5mg/die, la paziente ha lamentato forte sedazione e sonnolenza diurna e pertanto ha discontinuato spontaneamente il trattamento. Si è proceduto, quindi, a prescrizione di quetiapina: al raggiungimento della dose di 200 mg/die si è osservata regolarizzazione del ritmo sonno-veglia, riduzione dell'irritabilità e assenza di ulteriori episodi di self-cutting. L'assenza di effetti collaterali, inoltre, ha consentito una buona compliance al trattamento. Dopo circa un anno di trattamento, la paziente è stabile in trattamento con quetiapina (formulazione a lento rilascio) alla dose di 400 mg/die: il tono dell'umore risulta complessivamente stabile in assenza di comportamenti pericolosi o dirompenti e la sintomatologia inerente alla ED appare in buona evoluzione positiva anche grazie al supporto psicoterapeutico offerto alla paziente, per il quale si è verificato un aumento della compliance. È attualmente in corso una rivalutazione clinica, per la possibilità di introduzione di terapia con Metilfenidato, data la diagnosi di ADHD e la presenza di sintomatologia inattentiva interferente soprattutto in ambito scolastico.

DISCUSSIONE

Il caso illustrato risulta esemplificativo di molti quadri clinici che giungono alla nostra attenzione quotidianamente: nello specifico, soprattutto per bambini in età prescolare e scolare, non risulta sempre facile applicare la nosografia corrente in maniera coerente. Tale difficoltà si riverbera, pertanto, anche nella creazione di protocolli di trattamento univoci soprattutto nell'affrontare costrutti psicopatologici come l'ED: ad oggi, infatti, non solo non è presente una univoca definizione del costrutto ma anche un percorso di cura definito per tale quadro clinico [3]. In letteratura, sono riportate alcune evidenze di trattamento per l'ED quando questa si presenta come comorbidità di quadri clinici specifici. Per quanto riguarda, ad esempio, l'ADHD è noto come i sintomi di ED possano essere migliorati dal trattamento con psicostimolanti (soprattutto metilfenidato) anche quando è già presente una comorbidità con disturbo oppositivo-provocatorio o disturbo di condotta. Anche l'atomoxetina sembra avere una discreta efficacia su tali sintomi seppur minore rispetto agli psicostimolanti [4]. Purtroppo, una recente nota AIFA del 23/04/2023 ha notificato che dalla fine di Settembre 2023 tale farmaco non sarà più commercializzato in Italia. Nell'ambito invece del disturbo dello spettro autistico (ASD), due antipsicotici atipici (risperidone ed aripiprazolo) raggiungono, secondo una recente *review*, significatività statistica nell'ambito del trattamento dei sintomi ED e dell'irritabilità [5]. Da notare come tali farmaci siano approvati per tale indicazione a bassi dosaggi di utilizzo (risperidone 1-2 mg, aripiprazolo 5-10 mg): si presuppone infatti che l'effetto benefico derivi dall'antagonismo serotoninergico, maggiormente presente a basse dosi, piuttosto che dell'antagonismo dopaminergico, presente a dosi maggiori [6]. Secondo un'altra definizione proposta da *Perugi G. et al.*, l'ED potrebbe anche essere intesa come "*cambiamenti di umore intensi e rapidi di entrambe le polarità e dalla tendenza a reagire in modo eccessivo agli stimoli esterni, soprattutto in ambito interpersonale";* così intesa, la ED rappresenterebbe la base temperamentale della ciclotimia [7]. Tale definizione

rispecchia meglio la sintomatologia presentata nel caso descritto, in cui la valutazione psicofarmacologica si è soffermata sulla necessità di stabilizzazione del tono dell'umore con specifico focus sulle componenti di irritabilità e dirompenza della paziente. Data l'impossibilità a procedere alla somministrazione di sali di litio ed acido valproico e gli effetti avversi segnalati dopo l'introduzione di aripiprazolo, la scelta è ricaduta sulla quetiapina. La quetiapina infatti, così come anche l'aripiprazolo, sta acquisendo sempre maggiori evidenze come stabilizzatore del tono dell'umore: risulta essere efficace non solo nella prevenzione delle recidive di fase maniacali, ma anche per il trattamento aggiuntivo in caso di sintomi depressivi farmaco-resistenti [8]. Come evidenziato in soggetti adulti, basse dosi di quetiapina (25-75 mg) sembrerebbero avere effetto positivo sui sintomi ED in pazienti con temperamento ciclotimico/ipertimico in assenza di franco disturbo bipolare [9]. Nello specifico, dato che alle basse dosi l'occupazione recettoriale (soprattutto di D2 e 5HT-2) risulta essere solo parziale, si pensa che altri effetti farmacodinamici possano essere implicati nei benefici della quetiapina in tale casistica [9]. Nel caso presentato, tuttavia, a differenza di quanto riportato in letteratura, per la stabilizzazione clinica della paziente è stato necessario l'utilizzo di dosaggi più alti di farmaco. La quetiapina è approvata dalla *Food and Drug Administration* (FDA) per il trattamento in età evolutiva della schizofrenia e degli episodi maniacali (sia in monoterapia che come terapia di *add-on*) associati a disturbo bipolare. L'utilizzo in tale fascia di età è giustificato non solo dagli effetti benefici evidenziati ma anche da un profilo di sicurezza relativamente buono anche nei trattamenti a lungo termine. Si segnala, tuttavia, come effetto collaterale di rilievo, la possibilità di sviluppo di ipertrigliceridemia [10]; pertanto sono soprattutto i parametri metabolici a dover essere strettamente monitorati. In Italia tale farmaco è approvato solo come uso *off-label* per le stesse indicazioni della FDA a partire dai 12 anni di età. Nel nostro caso, il suo utilizzo è risultato *off-label* non presentando la paziente una diagnosi di schizofrenia o disturbo bipolare, nonostante i benefici evidenziati a seguito del trattamento. Pertanto, appare necessario produrre nuove evidenze al fine di valutare i possibili effetti benefici della quetiapina nei casi di ED non inquadrabili in disturbi psichiatrici maggiori quali la schizofrenia ed il disturbo bipolare in età evolutiva, ciò tenendo anche conto dell'elevata prevalenza di tale sintomatologia soprattutto nei soggetti adolescenti.

CONCLUSIONI

Nonostante l'ED sia frequentemente diagnostica, soprattutto in età evolutiva, non costituisce un'entità nosografica autonoma. Pertanto, non sono presenti protocolli di intervento univoci al riguardo. Abbiamo esposto il caso di una ragazza di 14 anni con sintomi di ED di elevata gravità per i quali la somministrazione di quetiapina ha dimostrato beneficio con un buon profilo di tolleranza. Data anche la scarsa presenza di evidenze al riguardo in letteratura, ulteriori studi sono necessari al fine di valutare gli effetti benefici ed il profilo di tolleranza della quetiapina nel trattamento dei sintomi dell'ED, che ad oggi rappresentano un'importante causa di accesso presso i servizi della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Bibliografia

1 D'Agostino A, Covanti S, Rossi Monti M, et al. Reconsidering Emotion Dysregulation. Psychiatr Q 2017;88:807-825.

2 Sorter M, Chua J, Lamy M, et al. Management of Emotion Dysregulation and Outbursts in Children and Adolescents. Curr Psychiatry Rep 2022;24:213-226.

3 Romanowicz M, McKean AJ, Vande Voort J. A case of a four-year-old child adopted at eight months with unusual mood patterns and significant polypharmacy. BMC Psychiatry 2017;17:330.

4 Faraone SV, Rostain AL, Blader J, et al. Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder - implications for clinical recognition and intervention. J Child Psychol Psychiatry 2019;60:133-150.

5 Salazar de Pablo G, Pastor Jordá C, Vaquerizo-Serrano J, et al. Systematic Review and Meta-analysis: efficacy of Pharmacological Interventions for Irritability and Emotional Dysregulation in Autism Spectrum Disorder and Predictors of Response. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2023;62:151-168.

6 Cortese S, Besag FM, Clark B, et al. Common practical questions - and answers - at the British Association for Psychopharmacology child and adolescent psychopharmacology course. J Psychopharmacol (Oxford, England) 2023;37:119-134.

7 Perugi G, Hantouche E, Vannucchi G. Diagnosis and Treatment of Cyclothymia: the "Primacy" of Temperament. Curr Neuropharmacol 2017;15:372-379.

8 Rybakowski JK. Mood Stabilizers of First and Second Generation. Brain Sci 2023;13:741.

9 Bisol LW, Lara DR. Low-dose quetiapine for patients with dysregulation of hyperthymic and cyclothymic temperaments. J Psychopharmacol (Oxford, England), 2010;24:421-424.

10 Srinivas S, Parvataneni T, Makani R, et al. Efficacy and Safety of Quetiapine for Pediatric Bipolar Depression: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. Cureus 2020;12:e8407.

CASE REPORT E REVISIONE LETTERATURA

La complessità dell'età evolutiva: criticità diagnostiche nei disturbi del neurosviluppo fra sovrapposizioni sintomatologiche e categorie nosografiche

Complexity of developmental age: diagnostic critical issues in neurodevelopmental disorders, between overlapping symptoms and nosographic categories

Ludovica Russo[1], Mariangela Pezone[1], Maria Pia Riccio[2], Simone Pisano[1], Carmela Bravaccio[1]

[1] Sezione di Neuropsichiatria infantile e dell'età evolutiva, Dipartimento di scienze traslazionali, Università degli Studi Federico II, Napoli;
[2] PI di Neuropsichiatria Infantile., Dipartimento Materno-Infantile, AOU Federico II di Napoli

Riassunto

Tra i disturbi del neurosviluppo rientrano numerose categorie diagnostiche tra cui, spesso, risulta difficile delineare un netto confine. In letteratura sono presenti diverse teorie al riguardo: alcuni autori tendono a considerare un'origine comune dei disturbi del neurosviluppo, sia alla luce dei sintomi tra di essi in comune, che dei risultati di studi condotti sulle connessioni neuronali; altri invece sottolineano le caratteristiche distintive di ciascun disturbo, considerando ogni diagnosi come entità nosografica separata. Talvolta, inoltre, i quadri clinici che si presentano all'attenzione del neuropsichiatra infantile risultano complessi e caratterizzati da sintomi comuni a più diagnosi, o da manifestazioni che non soddisfano pienamente i criteri previsti dai manuali diagnostici utilizzati. Tali difficoltà si manifestano nonostante l'utilizzo di test standardizzati. Il caso clinico presentato vuole mettere in evidenza ciò che frequentemente si riscontra nella pratica clinica: la complessità di inquadramento di alcuni pazienti in singole categorie nosografiche, la difficoltà di effettuare una diagnosi differenziale e di definire un quadro clinico qualora si presenti, nello stesso individuo, una molteplicità di sintomi sottosoglia.

Parole chiave: disturbi del neurosviluppo, overlap sintomatologico, diagnosi differenziali

Summary

Neurodevelopmental disorders include numerous diagnostic categories among which it is often difficult to depict a clear boundary. There are various theories about this topic in the current literature: some authors suggest a common origin to neurodevelopmental disorders, both considering the common symptoms and the results of studies conducted on neuronal connections; others instead underline the distinctive characteristics of each disorder, considering each diagnosis as a separate nosographic entity. Furthermore, sometimes the clinical presentation of the patients is complex, and characterized by symptoms that are common to multiple diagnoses, or by manifestations that do not fully satisfy the criteria to make a certain diagnosis. These difficulties arise despite the use of standardized tests. The case report aims to highlight what is frequently encountered in clinical practice: the complexity of classifying some patients into single nosographic categories, the difficulty of carrying out a differential diagnosis and of defining the diagnosis when in the same patient there are many subthreshold symptoms.

Keywords: neurodevelopmental disorders, overlapping traits, differential diagnosis

INTRODUZIONE

I disturbi del neurosviluppo si manifestano nelle prime fasi della crescita e sono caratterizzati da compromissioni nel funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo [1-2].

Il deficit determinato da tali disturbi varia da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento, fino alla compromissione globale delle abilità sociali e delle autonomie personali. Secondo la classificazione nosografica proposta dal DSM-5-TR [3] i disturbi del neurosviluppo si dividono in: disturbo dello sviluppo intellettivo, disturbo

CORRISPONDENZA
Ludovica Russo, PI di Neuropsichiatria Infantile, via S. Pansini 5, Edificio 11, 80138 Napoli - Tel.: 0817473262 - E-mail npifedericoii@gmail.com/ uopsichiatriainfantile@unina.it

della comunicazione, disturbo dello spettro dell'autismo (ASD), disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD), disturbo specifico dell'apprendimento, disturbo del movimento, altri disturbi del neurosviluppo. Nonostante tale classificazione permetta una chiara distinzione, nella pratica clinica risulta molto difficile tracciare un netto confine tra i diversi disturbi del neurosviluppo, sia perché i sintomi riscontrati possono presentarsi in più condizioni cliniche, sia perché tali sintomi possono non soddisfare i criteri richiesti per la definizione diagnostica di un disturbo in particolare.
La letteratura in tal senso non risulta concorde nel ritenere tali disordini come distinti: ad esempio Sokolowski e Levine [4], alla luce degli studi condotti sulle connessioni neuronali, propongono un'origine comune tra i differenti disturbi del neurosviluppo; contrariamente, Antshel e Russo [5], pur riconoscendo un *overlap* di alcuni sintomi tra le varie condizioni, affermano di non credere che i disturbi del neurosviluppo debbano essere considerati come un'unica entità diagnostica. È importante sottolineare come, prima della pubblicazione del DSM-5[6], le diagnosi di due tra i più comuni disturbi del neurosviluppo, quali ADHD e ASD, risultavano mutualmente esclusive.
Presentiamo pertanto un caso in cui l'*overlap* di segni e sintomi ascrivibili a differenti disturbi del neurosviluppo appariva particolarmente intricato anche alla luce della valutazione testistica effettuata. Alla discussione del caso clinico nei suoi aspetti salienti è stata associata una breve revisione della letteratura esistente in merito.

CASE REPORT

Presentiamo il caso di un bambino di 8 anni, giunto alla nostra attenzione per la presenza di sintomatologia ansiosa, disattenzione, difficoltà socio-relazionali e tic motori.
Dalla raccolta anamnestica si evidenziava familiarità in linea materna per ADHD. Non si rilevavano altri elementi clinici di rilievo. Il paziente aveva praticato in passato breve ciclo di trattamento logopedico e successivamente di trattamento psicoterapeutico, interrotto per scarsa compliance. Non vi era storia di pregressi trattamenti psicofarmacologici. Al momento della presa in carico, il piccolo frequentava il terzo anno della scuola primaria con riferita discreta socializzazione con i pari e buon profitto.
All'esame obiettivo neurologico non si evidenziavano segni neurologici focali ma si apprezzava la presenza di tic oculari (ammiccamento). Tali tic risultavano ad alta frequenza e moderata interferenza nel funzionamento del bambino nei principali contesti di vita; si segnalava un peggioramento di tale sintomatologia in linea con la sintomatologia ansiosa; si riscontravano lievi difficoltà nella coordinazione motoria sia grossolana che fine. Si evidenziava infine una deambulazione *sui generis* caratterizzata da andamento manieristico con dondolamento.
Si è provveduto ad effettuare un approfondimento psicodiagnostico mediante l'esecuzione di colloqui con il bambino e i genitori e di valutazioni testistiche strutturate, al fine di delineare e definire correttamente il quadro clinico.
All'esame psichico emergeva marcata ansia da separazione con necessità di continue rassicurazioni da parte delle figure di riferimento. Si evidenziavano anche sintomi di disregolazione emotiva con iperreattività emotiva e tendenza alla messa in atto di condotte disadattive (p.e. crisi di pianto).
Si sono riscontrate, inoltre, alcune atipie socio-comunicative quali un contatto oculare non sempre ben modulato, aderenza al significato letterale del parlato, tendenza a dirigere il focus della discussione su argomenti graditi, risposte non sempre contestuali, difficoltà nel riconoscimento delle proprie ed altrui emozioni e nella definizione dei tipici ruoli sociali.
Si sono evidenziati anche sintomi di compromissione delle funzioni esecutive: difficoltà di inibizione cognitiva e motoria, non ben acquisita comprensione di alcune categorie topologiche quali spazio e tempo e difficoltà nel mantenimento del focus attentivo con messa in atto di condotte di evitamento del compito.
Il linguaggio risultava valido sul piano morfo-sintattico seppur con alterazioni nell'ambito della pragmatica del linguaggio.
Gli apprendimenti scolastici sono risultati in linea per età e scolarizzazione. L'esame di realtà è risultato integro e il tono dell'umore tendenzialmente eutimico.
Tale complesso quadro clinico veniva considerato ascrivibile ad un disturbo del neurosviluppo misto, con caratteristiche riconducibili alle seguenti diagnosi nosografiche: disturbo dello spettro autistico; disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) [7]; disturbo d'ansia da separazione; disturbo da deficit di attenzione e iperattività; disturbo da tic; disturbo multiplo e complesso dello sviluppo [8]. Al fine di discriminare tra i vari disordini ipotizzati, è stato impostato un approfondimento psicodiagnostico ed organico-strumentale complessivo.
Al fine di valutare le abilità cognitive del paziente si è somministrato il test intellettivo WISC-IV[9], conclusivo per un QI totale di 122, compatibile con un profilo cognitivo al di sopra della norma per età [vedi Tabella I per il profilo cognitivo completo].
Per valutare l'attenzione sostenuta si è somministrato il "test delle campanelle" [10], a cui il paziente ha ottenuto un punteggio *rapidità* collocabile tra il 50° e il 75° percentile, e un punteggio *accuratezza* collocabile in corrispondenza del 75° percentile.
Per la valutazione neuropsicologica delle abilità cognitive è stato utilizzato il Test Nepsy-II [11], che non ha riscontrato eccessive difficoltà nelle prove per la

Tabella I. Profilo WISC-IV.

Wechsler Intelligence Scale for Children: Fourth Edition (WISC-IV)			
Scale	Indici/QI	Rango percentile	Int. di confidenza 95%
QI totale (QI)	123	92,6	115-127
Comprensione verbale (ICV)	117	88,7	110-124
Ragion. visuo-percettivo (IRP)	130	97,9	120-136
Memoria di lavoro (IML)	111	78,6	102-120
Velocità di elaborazione (IVE)	101	49,8	90-110

valutazione delle funzioni esecutive e della percezione sociale, tuttavia con punteggi al di sotto della media nella prova di riconoscimento di emozioni.
Al fine di valutare le difficoltà socio-relazionali e comunicative del paziente, è stato somministrato il test ADOS-2 (*Autism Diagnostic Observation Schedules*), *Modulo 3* [12], la cui codifica ha messo in evidenza un punteggio totale di 7, collocato sul *cut-off* per una definizione di *spettro autistico* (*cut-off* spettro autistico: 7, cut-off autismo: 9), punteggio di comparazione 4 (basso livello di sintomi ascrivibili al disturbo dello spettro autistico rispetto a bambini della stessa età e livello espressivo).
All'intervista ADI-R [13] somministrata alla madre del paziente si sono riscontrati punteggi clinicamente significativi nelle aree che indagano i modelli di comportamento ristretti, ripetitivi e stereotipati e le anomalie dello sviluppo evidenti prima dei 36 mesi. Sono stati somministrati alcuni questionari ai genitori del paziente (*Child Behaviour Checklist*, *Conners Parent Rating Scale*, *Social Responsiveness Scale*, *Aberrant Behaviour Checklist*, *Short Sensory Profile*), che hanno evidenziato difficoltà nel mantenimento dell'attenzione, iperattività, ansia, alterazioni del comportamento sociale reciproco e del profilo sensoriale. A completamento diagnostico il paziente ha effettuato un elettroencefalogramma conclusivo per un'attività elettrica cerebrale nella norma per età, ed indagini genetiche FRAX-A (negativo) e Array-CGH che evidenziava due delezioni nelle regioni 6p25.3 e 7q31.1, categorizzate come di significato incerto; il paziente è in attesa di praticare consulenza genetica.
Dalla valutazione svolta, è dunque emerso un quadro clinico complesso; si è posta una diagnosi conclusiva di "disturbo della comunicazione sociale con sintomi sottosoglia relativi al disturbo dello spettro dell'autismo e al disturbo da deficit di attenzione e iperattività; concomitano disturbo d'ansia da separazione e tic motori".

DISCUSSIONE

Come emerso dalla valutazione effettuata, talvolta la definizione diagnostica di pazienti con disturbi del neurosviluppo risulta complessa, soprattutto nei casi in cui la presentazione clinica si caratterizza per differenti sintomi in *overlap* tra vari disturbi. Definire qualora una determinata manifestazione clinica appartenga all'uno o all'altro disturbo risulta infatti complesso, anche alla luce dei limitati strumenti diagnostici che dovrebbero permettere di effettuare una reale discriminazione che, ad oggi, risulta principalmente affidata al giudizio clinico.
La difficoltà di definizione diagnostica nel caso presentato, d'altra parte, è stata ulteriormente accentuata da quanto emerso alle valutazioni strutturate.
Il profilo cognitivo ha, infatti, mostrato una lieve disomogeneità tra i diversi indici, con punto di forza nell'indice di ragionamento visuo-percettivo e punto di debolezza nell'indice di velocità di elaborazione, dati ascrivibili sia ad un quadro di ASD che ad un quadro di ADHD. Inoltre, l'elevato livello cognitivo ha rappresentato per il paziente uno strumento di rapida e corretta acquisizione di strategie di adeguamento del proprio comportamento sociale rispetto a quanto atteso [14].
I punteggi ottenuti al test delle campanelle non sono risultati al di sotto della norma, evidenziando un quadro di disattenzione non particolarmente evidente nei test strutturati.
I test ADOS-2 e NEPSY-II e l'intervista ADI-R, hanno invece sottolineato le difficoltà socio-comunicative e di riconoscimento delle emozioni del paziente, seppur senza punteggi clinicamente significativi.
Le difficoltà emerse dall'elaborazione dei questionari somministrati ai genitori, invece, si accomunano sia ad un disturbo dello spettro autistico, che ad un disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività, sia per le alterazioni comportamentali che sensoriali [15].
Anche la disregolazione emotiva, essendo essa un costrutto transdiagnostico, non risulta univocamente attribuibile a nessuna ipotesi diagnostica in particolare: nelle sue diverse forme ed espressioni, essa risulta essere propria tanto dell'ASD quanto dell'ADHD o di altri disturbi psichiatrici dell'età evolutiva [16].
Inoltre si rilevava la presenza di alterazioni del dominio della pragmatica del linguaggio. Nonostante infatti tali alterazioni siano tipicamente associate all'ASD, ad oggi queste anomalie del linguaggio costituiscono una diagnosi nosografica autonoma; è infatti necessaria

l'esclusione di una diagnosi di ASD per poter formulare tale tipo di diagnosi. Nel paziente non si rilevavano, infatti, pattern di comportamento, interessi o attività ristretti o ripetitivi, costituenti il criterio B per la diagnosi di ASD definita nel DSM-5-TR [3]. Nel caso in esame non essendo possibile escludere del tutto una diagnosi di ASD, date anche le risultanze delle valutazioni strutturate, si è preferito descrivere tale alterazione senza operare un inquadramento nosografico specifico [7].
La valutazione effettuata ha dunque confermato la compresenza nel paziente di sintomi ascrivibili a differenti disturbi del neurosviluppo, senza, però, permettere una chiara discriminazione tra le varie diagnosi.
Il quadro clinico è dunque stato nosograficamente definito sia alla luce delle valutazioni testistiche che di quanto emerso durante i colloqui, soprattutto tenendo presenti le compromissioni nel funzionamento personale, sociale e scolastico del paziente determinate da ciascun sintomo.
La difficoltà di inquadrare chiaramente il quadro clinico del paziente in esame riflette le diverse linee di pensiero presenti in letteratura, nelle quali non si riconosce un'unica teoria in merito alla definizione dei confini tra le varie diagnosi presenti, soprattutto considerando i numerosi elementi che accomunano i vari disturbi (presentazione clinica [5], evidenze di diagnostica per immagini [17], genetica [5]).
Tale difficoltà di definizione di netti confini tra i vari disturbi risulta principalmente determinata dalla presenza di sintomi in *overlap* tra le diverse condizioni e dalla grande eterogeneità di presentazioni cliniche all'interno delle singole categorie diagnostiche [14]. In accordo a tale affermazione, sono molti gli autori in letteratura che propongono una riconsiderazione della classificazione nosografica dei disturbi del neurosviluppo, da considerare non più come disordini distinti, ma come differenti manifestazioni di un ampio fenotipo [5,18]
In aggiunta a quanto sopra riportato, bisogna sottolineare che solo a partire dal DSM-5 è stato possibile effettuare una diagnosi di ASD e ADHD in comorbidità che fosse accettata dai manuali di riferimento e che, dunque, gli studi effettuati in merito a casi in cui i due disturbi venivano diagnosticati in comorbidità risultano limitati ad un periodo temporale successivo al 2013 [6]. Tale variazione nei manuali diagnostici utilizzati si riflette sul nostro caso clinico: nel caso infatti di eccessivi vincoli alla nosografia sarebbe stato ben più difficile l'inquadramento diagnostico-nosografico del paziente.

CONCLUSIONI

Il quadro clinico presentato dal paziente riflette molti di quelli che si presentano all'attenzione del neuropsichiatra infantile e che risultano una vera sfida diagnostica, non essendo di univoca categorizzazione, data la presenza di sintomi in *overlap* tra diversi disturbi del neurosviluppo e il mancato soddisfacimento di tutti i criteri diagnostici richiesti per porre un'unica diagnosi. L'utilizzo di strumenti diagnostici appare utile anche in pazienti con sintomi sottosoglia per altre diagnosi, al fine di definire in modo più approfondito qualora i quadri clinici in *overlap* tra più condizioni possano essere o meno attribuite all'una o all'altra diagnosi. D'altro canto, lo sviluppo di strumenti diagnostici che permettano invece di effettuare diagnosi differenziali più accurate permetterebbe, invece, di tracciare confini più delineati tra i diversi disturbi.
Ciò che emerge è l'importanza di effettuare ulteriori studi al fine di definire i confini tra i diversi disturbi del neurosviluppo o la loro confluenza in un'unica categoria nosografica. Tale intervento permetterebbe una più semplice definizione di casi complessi e una migliore presa in carico dei pazienti soprattutto in termini prognostici e terapeutici.

Bibliografia

1 Beckman L, Janson S, von Kobyletzki L. Associations between neurodevelopmental disorders and factors related to school, health, and social interaction in schoolchildren: results from a Swedish population-based survey. Disabil Health J 2016;9:663-672.
2 Augustine L, Lygnegård F, Granlund M. Trajectories of participation, mental health, and mental health problems in adolescents with self-reported neurodevelopmental disorders. Disabil Rehabil 2021;5:1595.
3 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Text revision. 2022.
4 Sokolowski HM, Levine B. Common neural substrates of diverse neurodevelopmental disorders. Brain 2023;146:438-447.
5 Antshel KM, Russo N. Autism Spectrum Disorders and ADHD: overlapping Phenomenology, Diagnostic Issues, and Treatment Considerations. Curr Psychiatry Rep 2019;21:34.
6 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. 2013
7 Padovani R. Disturbo della Comunicazione Sociale (Pragmatica) nel DSM-5. Una proposta di approccio clinico per la diagnosi funzionale, differenziale e per le ipotesi riabilitative. 2018
8 Siracusano R, Germanò E, Magazù A, et al. Multiple-complex Developmental Disorder: clinical features of a group of subjects. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2010;30:79-91
9 Wechsler D. Wechsler intelligence scale for children. New York: The Psychological Corporation 1949.
10 Biancardi A., Stoppa E. Il test delle campanelle modificato

(TCM) una proposta per lo studio dell'attenzione in età evolutiva. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, vol. 1997;64:73-84.

11 Davis John L, Matthews Robb N. NEPSY-II Review. J Psychoeduc Assess 2010;28:175-182. https://doi.org/10.1177/0734282909346716

12 Lord C, Risi S, Lambrecht L, et al. The autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. J Autism Dev Disord 2000;30:205-223.

13 Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord 1994;24:659-685.

14 Areces D, Dockrell J, García T, et al. Analysis of cognitive and attentional profiles in children with and without ADHD using an innovative virtual reality tool. PLoS One 2018;13:e0201039

15 Little LM, Dean E, Tomchek S, et al. Sensory Processing Patterns in Autism, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and Typical Development. Phys Occup Ther Pediatr 2018;38:243-254.

16 D'Agostino A, Covanti S, Rossi Monti M, et al. Reconsidering Emotion Dysregulation. Psychiatr Q 2017;88:807-825.

17 Hoogman M, van Rooij D, Klein M, et al. Consortium neuroscience of attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder: The ENIGMA adventure. Hum Brain Mapp 2022;43:37-55.

18 Kushki A, Anagnostou E, Hammill C, et al. Examining overlap and homogeneity in ASD, ADHD, and OCD: a data-driven, diagnosis-agnostic approach. Transl Psychiatry 2019;9:318.

Giornale di NEUROPSICHIATRIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA 2023;43:122-133

Area Sezioni Scientifiche

Traiettorie di sviluppo e rilevazione delle condizioni di salute di bambini e adolescenti in Piemonte, prima e dopo la pandemia. Attività clinica ed epidemiologia organizzativa

Development trajectories and detection of health conditions in children and adolescents, in Piedmont, before and after the pandemic. Clinical activity and organizational epidemiology

Elisa Colombi[1], Franco Fioretto[2], Alessandro Mariani[3], Orazio Pirro[4]

[1] SC di Neuropsichiatria infantile ASL Cuneo 2; [2] Responsabile per le Aziende Sanitarie del sistema informatico piemontese SMAIL, SC di Neuropsichiatria Infantile ASL Cuneo 1; [3] Libero professionista, Docente a contratto Università di Torino; [4] SC di NPI Sud ASL Torino Città Metropolitana

Riassunto

I servizi della rete di NPIA del Piemonte, come per altro tutto il SSN, stanno lavorando in carenza di risorse ed in una situazione di grave difficoltà, accentuate dall'emergenza COVID-19 e dalle sue conseguenze. Tuttavia, nuovi concetti mutuati dalla ricerca, come quello delle traiettorie di sviluppo del bimbo nell'ambito complesso della crescita del suo sistema nervoso centrale, e nel rapporto, anch'esso complesso, con il suo ambiente, stanno già permettendo di operare in modo mirato e personalizzato, valorizzando così le attività e la loro efficacia. Il sistema informativo piemontese SMAIL è stato in grado di monitorare longitudinalmente (nel nostro caso quasi vent'anni) tali complessità, approfondendone la conoscenza, e lo ha fatto più che adeguatamente anche nel periodo che viene preso in esame: prima e dopo il COVID. Tra i numerosissimi dati disponibili, si rileva il forte incremento del numero dei soggetti in carico di sesso femminile nella fascia di età 14-17 e delle prestazioni loro erogate. Durante il 2020 vi è stata una flessione più marcata dell'incidenza (- 37% nel confronto col 2019) che della prevalenza, che dal 2003 sino a quell'anno aveva continuato ad incrementarsi, quasi senza sosta, e che ha presentato un calo più ridotto, sempre nel 2020 pari a-18,2%, per poi riprendere quota sino ai valori pre-COVID nel 2022. SMAIL è unico nel suo genere, ma richiede migliorie, tra le quali i poter rilevare la domanda di salute, forse più che cospicua, della popolazione infantile/giovanile in difficoltà, e non solo l'avvenuto accesso ai servizi fino alla loro saturazione. Ora si sa cosa si deve fare ma non vi è l'attrezzatura sufficiente per farlo, con un doppio danno: quello verso i pazienti non curati adeguatamente, e quello degli operatori, vissuto con un senso di dolorosa inadeguatezza di fronte alla responsabilità di una cura non idonea. Dunque, mai come ora, è necessario un coraggioso e massiccio investimento collettivo verso il futuro.

Parole chiave: epidemiologia, COVID-19, adolescenza, traiettorie di sviluppo, organizzazione dei servizi

Summary

The services of the NPIA Network of Piedmont, as well as all the SSN, are experiencing a shortage of resources and are thus in a situation of serious difficulty, accentuated by the COVID-19 emergency and its consequences. However, new concepts gained from research, such as that of the trajectory of development of the child in the complex growth of their central nervous system, and in the relationship, also complex, with their environment, are already allowing to operate in a targeted and personalized way, thus enhancing the activities and their effectiveness. The Piedmontese information system SMAIL has been able to monitor in a long period of time (in our case almost twenty years) this complexity, deepening its knowledge, and has done it more than adequately even in the period under consideration: before and after the COVID. Among the many data available, there has been a sharp increase in the number of female patients in the 14-17 age group and in the services provided for them. During 2020 there was a more marked decrease in incidence (- 37% in comparison with 2019) than in prevalence, which from 2003 until that year had continued to increase, almost continuously, and which showed, again in 2020, a more reduced decrease of around-18.2%, and later continued its increase until reaching pre-COVID values in 2022. SMAIL is unique in its kind, but it requires improvements, including the ability to detect the demand for health, perhaps more than large, of the child/youth population

CORRISPONDENZA
Alessandro Mariani, Università di Torino - E-mail: alessandromariani.sinpia@gmail.com

in a difficult situation, and not only the performed access to the services up to their saturation. We now know what needs to be done, but there is not enough equipment to do it, with double damage: the damage to patients who have not been properly treated, and the one to the operators, who have experienced a sense of painful inadequacy in the face of the responsibility for unsuitable care. Therefore, now more than ever, a brave and massive collective investment towards the future is needed.

Keywords: epidemiology, COVID-19 lockdown, adolescence, trajectories of development, organization of the services

INTRODUZIONE

La rete piemontese dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) è dedicata alla cura, assistenza e tutela della popolazione in età evolutiva. Interviene nelle condizioni di salute (disturbi neuropsichici) che influenzano le acquisizioni e le competenze neurobiologiche, relazionali, cognitive, emozionali e sensoriali del minore, il cui sviluppo è condizionato e guidato dalle interazioni con l'ambiente familiare, educativo, sociale ed istituzionale, in costante trasformazione.

Grazie alle moderne scoperte delle neuroscienze e all'esperienza accumulata a livello internazionale e sul campo dagli operatori della salute, in trent'anni è totalmente cambiato il tessuto teorico di comprensione dello sviluppo dei bimbi e dell'evoluzione delle loro malattie, ben sintetizzato nell'affermazione che segue: "*Vorremmo ripartire dal concetto di neuro-sviluppo come fenomeno di maturazione sia anatomica che funzionale del sistema nervoso centrale e conseguentemente delle funzioni motorie, sensoriali, cognitive affettive e sociali, modulato da come gli assetti genici e genomici dei singoli individui interagiscono con svariati fattori ambientali: durante lo sviluppo tali funzioni interagiscono costantemente rendendo spesso impossibile, o comunque estremamente complesso e talvolta poco utile, parcellizzarne l'analisi. Per restare nell'ambito dei disturbi psicopatologici si è assistito ad una vera rivoluzione copernicana, passando dal considerare bambini e adolescenti come "adulti in piccolo" all'interpretare tutta la psicopatologia come alterazioni delle traiettorie di sviluppo del Sistema nervoso centrale e delle sue funzioni: in non pochi casi tali alterazioni biologiche molto precoci si manifestano clinicamente diversi decenni dopo. La diagnosi e la terapia di tutti i disturbi neuropsichici dovrebbe basarsi sulla conoscenza e sulla gestione clinica di tutti questi fattori*" [1]. Si tratta di un rinnovamento che vede nel concetto di "alterazione delle traiettoria di sviluppo" un principio fondante che ha interessato anche l'ambito più propriamente psicologico-clinico, là dove la gran parte delle energie viene indirizzata ora al miglioramento dell'approccio integrato preventivo e di cura (intersoggettivo, relazionale, gruppale, comportamentale, sistemico, istituzionale…) sviluppato dalle discipline psicoterapeutiche e all'estensione delle sue applicazioni a nuove tecniche di cura, proprio in quegli ambienti a forte disagio sociale e psicopatologico e nei gruppi, compreso quelli di adolescenti e di pazienti ospedalizzati. La pandemia da COVID-19 e le sue misure di confinamento forzato ed imprevisto hanno minato il benessere psicologico di tale popolazione, soprattutto nelle categorie a rischio, abbassandone ancor di più il confine che segnava il limite impercettibile da disturbo silenzioso a vera e propria patologia conclamata.

Già dal suo inizio, tutti i servizi avevano cercato di attutirne gli effetti con uno sforzo intenso in termini organizzativi, attraverso risorse innovative come, ad esempio, la telemedicina e attraverso il rafforzamento delle reti di collaborazione tra professionisti della salute. Anche in Piemonte era stato necessario immaginare e realizzare interventi mai collaudati prima, in stretta collaborazione tra risorse e professionalità differenti. I punti di forza sviluppati in quel lunghissimo periodo sono stati numerosi ed hanno favorito condizioni e modelli di maggiore integrazione e sinergia tra le organizzazioni che concorrono, ora, alla cura dei minori, e favorito la coesione tra gli operatori nell'affrontare la situazione e nel denunciare pubblicamente i limiti strutturali dei servizi. SINPIA ne era stato un fondamentale asse di trasmissione promuovendo il confronto sulle nuove metodologie [2] e rimarcando ufficialmente le condizioni di salute dei minori e di carenza dei servizi.

Nonostante queste risposte quasi straordinarie, a tutt'oggi una larghissima quota di bisogni di salute resta disattesa e di conseguenza richiede di essere evidenziata: "*In una fase ancora successiva della pandemia è emerso il fenomeno del dilagante disagio adolescenziale con manifestazioni psicopatologiche e psichiatriche acute, gravi dal punto di vista delle condotte (alimentari, autolesive, etero lesive, sociali) e diffuse dal punto di vista epidemiologico*" [3]. Le fragilità che erano già presenti prima ed a maggior ragione durante del COVID, mostrano ora il loro lato più complicato ed allarmante, con problematiche amplificate e nuove. Inoltre, si è ulteriormente inasprita quella condizione di costante emergenza delle strutture sanitarie dedicate all'infanzia, e di stress cronico degli operatori, già da tempo presenti e precedentemente documentate, quando ancora la pandemia era sconosciuta, così come ne erano sconosciute le conseguenze sulle condizioni sanitarie e sociali della popolazione infantile, e l'impatto nell'organizzazione dei servizi. Una condizione caratterizzata

ora da maggiore gravità e complessità clinica e numerosità dei soggetti accolti per patologia neuropsichiatrica acuta a scapito di altre patologie meno eclatanti, ma di grande sofferenza psichica, come l'incremento delle patologie psichiatriche internalizzanti, più silenziose ma con gli stessi bisogni di cura. Anche il mondo della scuola segnala la stessa categoria di problemi ed esprime bisogni ancor più amplificati e complessi. Parallelamente a tutto ciò, le procedure diagnostiche necessarie a definire una sintesi clinica affidabile, certificabile ed equa, finalizzate all'accesso, all'inclusione e ai diritti, comprese le indennità economiche, necessarie ad incrementare condizioni di sviluppo favorevoli, sono divenute ancor più estese e complesse, aggiungendo nuovi carichi di lavoro. Si veda, a titolo di esempio "Linee guida per la redazione della certificazione di disabilità in età evolutiva…" [4]. Tutto ciò ha comportato il consolidamento di una già lunga serie di fragilità, che l'emergenza pandemica ha ulteriormente messo in evidenza, come per altro mostrato da articoli e documenti prodotti dalla nostra società scientifica, col risultato che l'impennata dei bisogni adolescenziali legati al post-COVID, e caratterizzati da quadri complessi e gravi, ha trovato i servizi già al massimo delle proprie risorse e con la necessità di dover scegliere chi curare e chi rinviare. Ora si sa cosa si deve fare ma non sempre vi è la strumentazione per realizzarlo, con un doppio danno: quello verso i pazienti non curati adeguatamente, e quello vissuto dagli operatori, come senso di dolorosa inadeguatezza di fronte alla responsabilità di una cura non idonea.

METODI

Con l'obiettivo di documentare con dati di rilevanza epidemiologica il variare delle condizioni di salute dei minori in Piemonte, e la risposta dei servizi, sia in un ampio periodo di tempo (2017-2022) che più ristretto, prima e dopo il COVID (2019-2022), abbiamo consultato e confrontato, su indicatori già noti, alcune annualità del nostro "Sistema informativo multidisciplinare per l'adolescenza e l'infanzia on line" (SMAIL) https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/report-attivita-smail-2017, e quello precedente (NPI-net). Si tratta di sistemi di rilevazione epidemiologica che, dal 2003, permettono in Piemonte di monitorare attività ed utenza per avere dati validati, trasparenti, aggiornati, confrontabili ed interpretabili, sia a livello di singola ASL che dell'intera regione. Il sistema informatico permette, sia potenzialmente che nella sua realtà, di monitorare dettagliatamente una situazione a forte complessità come quella legata alla rete di NPI ed allo sviluppo del minore nel suo ambiente, quantificandone dettagliatamente molte variabili. Il concetto di "alterazione delle traiettoria di sviluppo" incontra oggi in SMAIL un sistema informatico in grado di descriverlo ed approfondirlo.
All'inizio dell'anno 2023 (l'ultimo report ufficiale Regionale risale al 2017) è stato possibile accedere ai dati relativi agli ultimi cinque anni di attività dei servizi della rete di NPI in Piemonte, contenuti in griglie in formato Excel e messi a disposizione dal Gestore del sistema informatico, così da poter preparare nuovamente report affidabili. Alcuni dati (aggiornati al 31/12/22) sono stati presentati al Convegno SINPIA regionale di aprile 2023 (integrandoli con i dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera "SDO") insieme alla esposizione di alcune attività di particolare interesse e valore, e vengono qui riproposti. Tutti gli atti del convegno sono consultabili sul sito SINPIA, nella sezione riservata ai soci https://sinpia.eu/archivio-congressi-sinpia-area-riservata/.
Massima attenzione è stata posta nella scelta ed elaborazione dei dati, selezionandoli in un modo non finalizzato a dimostrare una tesi prestabilita cercando di evitare l'autoreferenzialità. Per questo, pur essendo enormi le potenzialità di SMAIL, sono stati scelti indicatori consueti, già rilevati in passato, mettendo a confronto tra loro esclusivamente differenti annualità piemontesi, o approfondendo aspetti qualitativi presenti in una singola annualità. I dati qui presentati sono solo una piccola parte di quelli esaminabili. Si rimanda alle precedenti annualità SMAIL a suo tempo pubblicate, e conservate dagli autori di questo articolo, per una migliore comprensione della reportistica. Dell'annualità 2022 possediamo ancora report parziali, che abbiamo così potuto utilizzare solo in alcuni casi. Non rappresentano ancora, come accaduto in passato, sino al 2017, il report ufficiale SMAIL (in versione PDF) da consultare sul sito della Regione.
Sempre a proposito di confronto tra indicatori, la Sezione SINPIA-Epidemiologia ed Organizzazione dei Servizi, nel «Manuale di accreditamento professionale per i Servizi Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (edizione 2008- I° revisione) [5], aveva identificato e definito quali dovessero essere i requisiti di un «*sistema informativo e dati di funzionamento del servizio*» (organizzazione, indicatori...). Più sono rispettati i 22 requisiti, maggiore sarà l'affidabilità dei dati [6]. Nel nostro attuale sistema, alcuni requisiti non sono ancora rispettati. Per tale motivo non abbiamo potuto mettere in evidenza dati qualitativi che si prestassero ad un confronto (*benchmarking*) totalmente affidabile con altre regioni o servizi. Infatti, non vi è ancora la sicurezza che i dati qualitativi relativi alle condizioni di salute, vengano raccolti dagli operatori con una tale accuratezza e precisione da essere univoci e sicuri (anche se fortemente indicativi); viceversa, è stato più facile confrontare dati prodotti dalla stessa popolazione di operatori. Dati più

quantitativi, legati alle attività, si prestano più facilmente a comparazioni mirate con altre realtà regionali, come per altro già sviluppato in un recente articolo [7] che ribadisce come: "…la *contemporanea riduzione delle risorse professionali, obblighi i servizi a modifiche e aggiustamenti organizzativi che sempre più vanno verso la consultazione breve e sempre meno rendono possibili prese in carico personalizzate, continuative e rispettose delle finestre evolutive offerte dallo sviluppo*".
Alla luce di tali premesse metodologiche, l'articolo, che peraltro è il prosieguo di altri lavori [8-12] già pubblicati, si propone di fare il punto sia sulle attuali condizioni neuropsichiche dei minori seguiti in Piemonte nei servizi della rete, che sullo stato di attuazione degli interventi per la presa in carico, convalidati e regolati ognuno da una specifica normativa applicativa, divenuta negli anni più ampia e dettagliata, ma, verosimilmente, poco organica.

RISULTATI

Che strada hanno percorso i servizi? Iniziamo da una visione retrospettiva: la Regione Piemonte aveva istituito la rete Regionale dei servizi di Neuropsichiatria ed attivato dal 2001 il sistema di raccolta dati informatizzata, NPI.net, finalizzato a raccogliere i dati di attività delle Strutture di Neuropsichiatria Infantile e di alcune Strutture di Psicologia. Occorre ricordare la scelta indovinata di utilizzare già da allora [13] il sistema di classificazione ICD-10, impiegato tuttora. Risulta così che nel 2004, 31.432 minorenni, pari al 4,96% della popolazione di quell'età, si erano rivolti in quell'anno ai servizi, 13.071 dei quali per la prima volta.
Osservando i dati di incidenza e di prevalenza dei minori in carico ai Servizi da allora sino al 2022 (Fig. 1) è possibile rilevare innanzitutto l'incremento della prevalenza dal 5,7 all'8,1%, con una discesa (di più di un punto) solo nel 2015, l'anno del transito dal precedente sistema informativo Npi-net a quello attuale. Il passaggio dal vecchio al nuovo sistema (che esige una compilazione più complessa e con maggiori blocchi in caso di irregolarità) aveva causato inizialmente una tardiva e parziale computazione dei dati. Inoltre, nel nuovo sistema, non sono più rilevate le attività dei servizi ospedalieri che prima erano inserite "manualmente", attraverso la registrazione anche se a parte, delle SDO. Né prima NPInet né ora SMAIL registrano automaticamente i dati ospedalieri. Il sistema informatizzato ospedaliero è "diverso" da quello della rete; tra loro non comunicano, e si sprecano così notevoli potenzialità conoscitive. Si tratta comunque di dati importanti che verranno presentati in questa pubblicazione ricavandoli dalle "SDO". Sempre dal 2015, è stato introdotto maggior rigore nell'anagrafica; sono state evitate eventuali doppie registrazioni dello stesso soggetto, e conseguentemente il computo

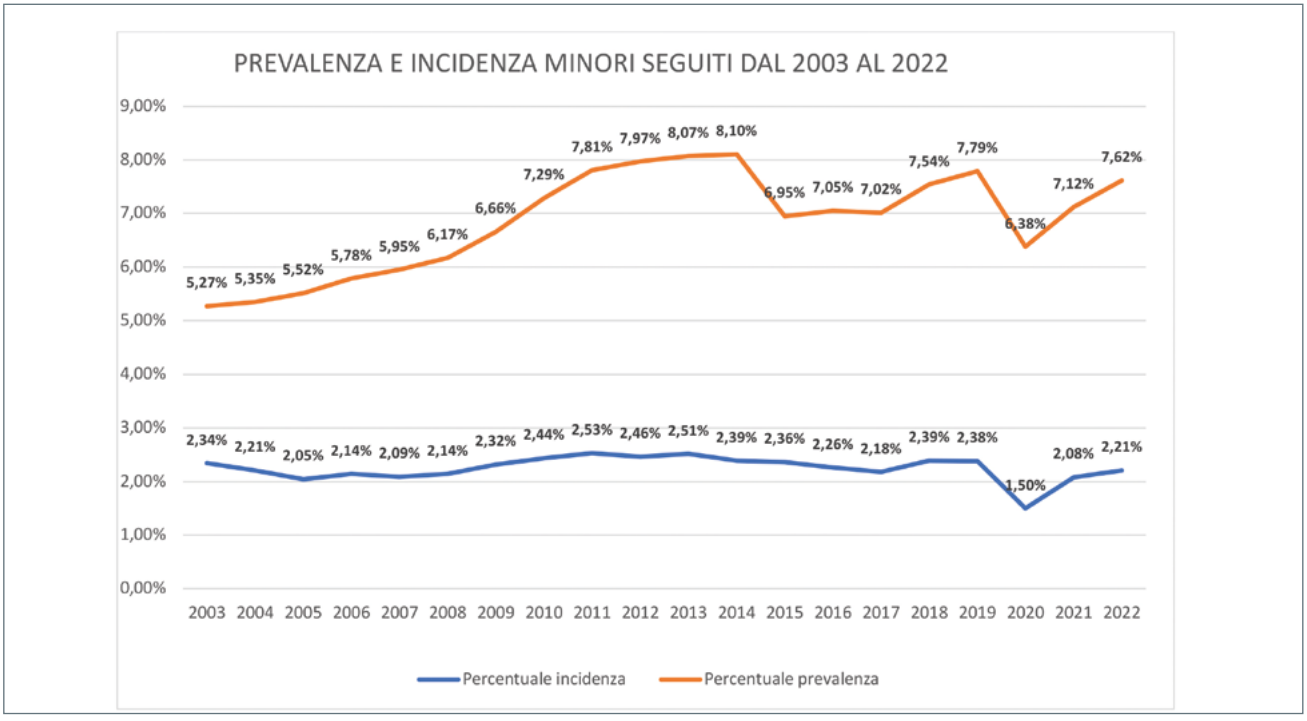


Figura 1. Venti anni di attività dei servizi della rete (REPORT NPI-NET E SMAIL).

complessivo è divenuto più attendibile. Dal 2016, il numero dei pazienti in carico registrati è incrementato nuovamente (risentendo comunque nel confronto con gli anni passati, della riduzione di registrazione delle attività ospedaliere), ma con un calo di più di un punto nell'anno della prima ondata pandemica (2020). Nello stesso periodo di tempo quello riferito ai nuovi pazienti (incidenza anni 2003- 2022 attestata intorno al 2-2,5 %) è rimasto apparentemente più stabile, ma con una flessione più marcata (-37% nel confronto con l'anno precedente), sempre nel 2020, rispetto all'indice di prevalenza che nello stesso anno ha presentato calo "solo" del 18,2%, per poi riprendere quota sino ai valori pre-COVID nel 2022, a probabile dimostrazione di come il maggior ostacolo abbia riguardato la riduzione del numero dei nuovi invii. In ogni caso, una presa in carico media del 7,5 % dei minori (0-17) residenti, ma, come vedremo anche dai dati qualitativi che seguono, con caratteristiche che si sono modificate nel tempo.

E a fronte di questi dati relativi ai minori seguiti "dentro" i servizi, quanti sono i minori che ne restano fuori? Purtroppo, SMAIL non ce lo lascia comprendere; infatti, non rileva il dato dei pazienti in attesa di essere presi in carico dalla rete e/o non ancora registrati. In altre parole, non rappresenta un rilevatore della domanda, oggettiva, di salute della popolazione infantile/giovanile, bensì dell'avvenuto accesso ai servizi dedicati alla presa in carico del bisogno (sino alla loro saturazione). Quindi possiamo fare solo ipotesi e /o poter accedere ai dati di altre reportistiche, come quelle del mondo della scuola, del privato convenzionato, e del terzo settore.

Anche per ciò che riguarda le risorse in campo, non è possibile al momento attuale calcolare con assoluta precisione l'offerta oraria degli operatori effettivamente attivi in Piemonte nei servizi, né trarre conseguenti riflessioni. Il sistema infatti quantifica il numero degli operatori che possono registrare sulla piattaforma informatica (e che possono variare da un anno all'altro, anche in relazione all'adesione organizzativa di singole strutture autonome che vogliano afferire o non afferire alla rete), ma non il carico orario effettivo settimanale operatore unità /t.p. (38 ore settimanali). Ne consegue che è difficile contare il numero preciso delle ore offerte degli operatori delle differenti discipline (che hanno tipologie differenti di contratto e di carico orario settimanale). Comunque, tutti i medici NPI che operano in Piemonte da sempre sono registrati e, se guardiamo a un periodo di tempo più lungo (15 anni), forse ne potremmo avere un quadro più preciso. In particolare, una raccolta approssimativa del 2006 individuava 162 medici NPI, mentre nel 2021 sono 139 quelli che registrano su SMAIL: si tratta di 23 "teste" in meno.

Insieme alle figure mediche, all'interno dei Servizi NPIA piemontesi lavorano altri 500 operatori circa, con differenti professionalità (psicologi, infermieri, TNPEE, FKT, logopedisti, educatori professionali, ortottisti…) che hanno seguito, nel 2022, 51.000 minori.

Se dirigiamo ora l'attenzione alle caratteristiche "qualitative" di tutti i minori che sono in carico ai Servizi (Fig. 2) e al numero di prestazioni erogate (Fig. 3), iniziamo a notare che negli anni 2017-2022 emergono

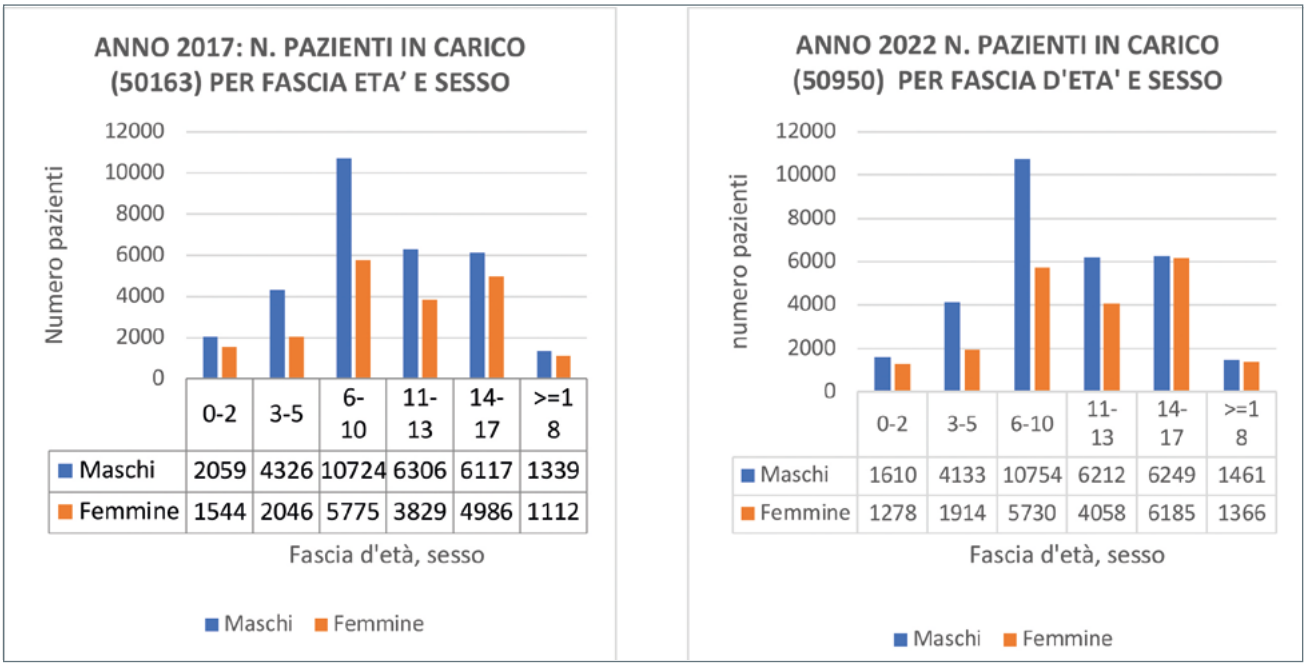


Figura 2. Confronto n. pazienti in carico per fascia d'età. Anni 2017-2022.

delle variazioni significative della distribuzione per sesso e per età. In particolare, nell'insieme di dati che si prestano a molte considerazioni, l'incremento nell'area di età 14-17 del numero dei soggetti seguiti di sesso femminile (+18%), ed in modo solo minore (+2% c.a.) anche maschile, e delle prestazioni erogate per la loro fascia di età. Aumentano anche i maschi ultra18enni in carico. Molto interessanti anche le variazioni relative al numero di prestazioni a pazienti in carico per età negli anni negli anni 2017-2022.

Dal confronto delle annualità comprese nel quadriennio 2019-2022 per tipologia di cittadinanza, emerge l'incremento relativo dei pazienti stranieri seguiti dai Servizi. Anno 2019 numero totale dei pazienti seguiti: 53508 di cui italiani: 44.402 (83%) e stanieri: 9.106 (17%); Anno 2022 numero totale dei pazienti seguiti: 50.950 di cui italiani 41.298 (81%) stranieri 9652 (19%) su di un totale di minori residenti pari a 668635.

Se dalle caratteristiche anagrafiche passiamo alle diagnosi dei pazienti in carico e ai raggruppamenti

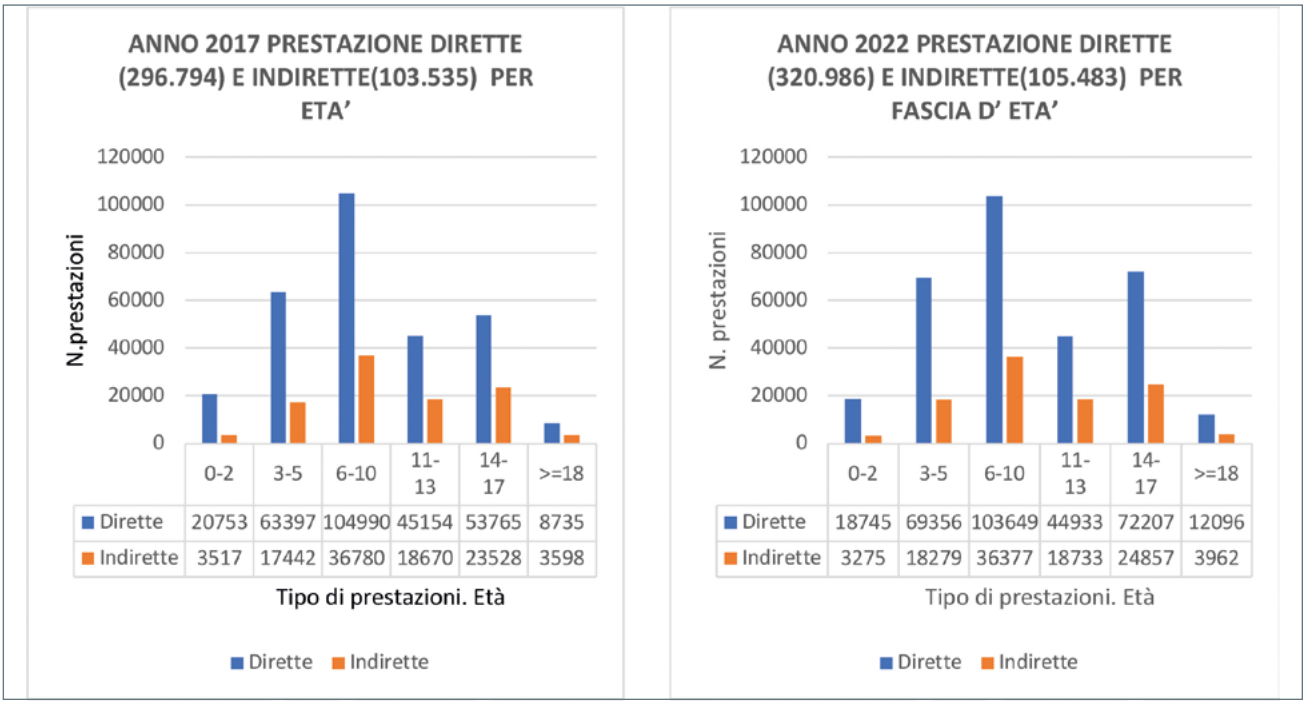


Figura 3. Confronto numero prestazioni a pazienti in carico per età. Anni 2017-2022.

Tabella I. Confronto n. pazienti in carico per diagnosi principale dati assoluti ed in percentuale. Anno 2019-2022.

Gruppo diagnosi:	N. Pazienti 2019	N. Pazienti 2022	variazione % 2019/2022	Variazione numerica 2019-22
Difficoltà cognitive	11956	10651	-11%	-1305
DSA	10240	9566	-7%	-674
Linguaggio	8663	7816	-10%	-847
Patologie neurologiche	6456	5543	-14%	-913
Follow-up e problemat. neonatali	5255	5675	+8%	+420
Autismo	4049	5429	+34%	+1380
Disturbi psicologici	3923	3429	-13%	-494
ADHD	3412	3501	+3%	+89
Sindromi	2701	2423	-10%	-278
Disturbi di condotta	2595	2116	-18%	-479
Patologie neuromotorie	937	761	-19%	-176
Maltrattamenti / Abuso	476	441	-7%	-35
Disturbi alimentari	342	725	+112%	+383
TOTALE	61005	58076	-5%	-2929

Tabella II. Confronto gruppi diagnostici nuovi pazienti in carico Anno 2019 -22. Dati assoluti ed in percentuale.

Tipo di Raggruppamenti diagnostici	Nuovi pazienti 2019	Nuove pazienti 2021	%
DSA	3.468	3479	0%
Problematiche famigliari / sociali	1.338	967	-28%
Linguaggio	1.136	759	-33%
Follow-up e problematiche neonatali	947	877	-7%
Difficoltà cognitive	819	762	-7%
Difficoltà di apprendimento	809	602	-26%
Patologie neurologiche	795	568	-29%
Disturbi psicologici	396	312	-21%
ADHD	372	348	-6%
Patologie psichiatriche internalizzanti	378	491	+30%
Autismo	329	468	+42%
Sindromi	193	183	-5%
Disturbi di condotta	176	104	-41%
Disturbi alimentari	67	177	+164%
Patologie psichiatriche esternalizzanti	56	64	+14%
Maltrattamenti / Abuso	49	38	-22%
Patologie neuromotorie	38	17	-55%
Totale	11.366	10.216	- 10%

diagnostici principali, nelle Tabelle I e II (pazienti in carico e nuovi pazienti in carico) osserviamo nel quadriennio 2019-2022 alcune significative variazioni numeriche, ancor più evidenti, se descritte in percentuale. Emerge l'incremento cospicuo di: Disturbi della condotta alimentare (+164%), autismo, follow-up per problematiche neonatali, problematiche psichiatriche internalizzanti e esternalizzanti, a fronte di un significativo decremento di tutto il resto: in particolare, disabilità intellettiva, disturbi del linguaggio, patologie neurologiche e neuromotorie. Appare interessante sottolineare che questi dati non rappresentano necessariamente la tipologia di bisogno prevalente che ha fatto accesso ai Servizi, bensì la tipologia di bisogno che ha potuto ottenere risposte prioritarie dagli stessi. Questi dati riguardanti le caratteristiche degli utenti in carico trovano corrispondenza nella tipologia delle prestazioni erogate dalle diverse figure professionali (Fig. 4) che compongono la rete: in particolare, risultano incrementati negli stessi anni i colloqui psicologici (+11%), i colloqui ai caregivers (+2%) e le visite specialistiche (+2%), a fronte di una riduzione significativa in particolare delle prestazioni logopediche (-11%) e FKT/TNPEE (-14%), come anche degli Esami elettrofisiologici (-13%)**.** Anche i nuovi pazienti in carico (Fig. 5) mostrano variazioni significative nel triennio.

Altro dato di interesse, da correlare ai precedenti, riguarda i motivi di invio ai Servizi: emergono la riduzione degli

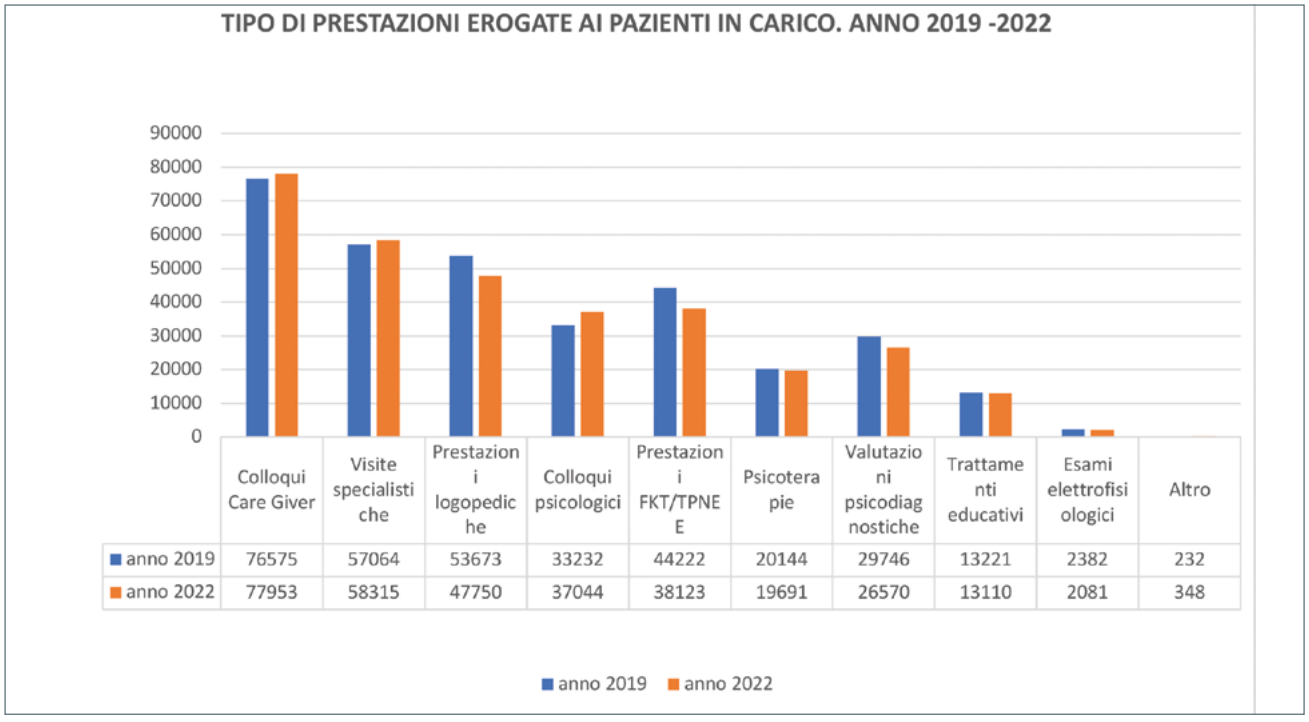
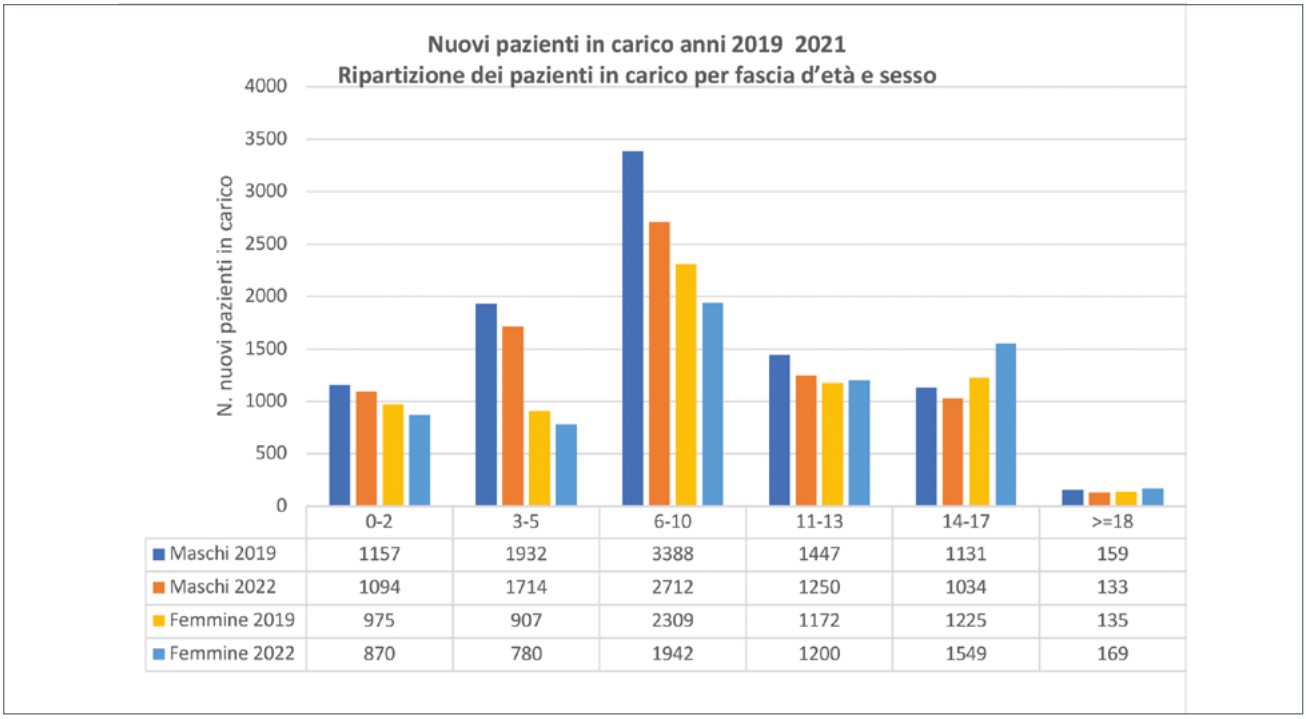


Figura 4. Tipo di prestazioni erogate ai pazienti in carico. Confronto anni 2019-2022.

invii della scuola per difficoltà scolastiche e l'incremento degli invii dall'ospedale ai Servizi per problematica psichiatrica-psicologica (dati esaminabili direttamente sul sito). Un confronto dei motivi d'accesso può offrire, a chi lo vuole approfondire, una fotografia più dettagliata della variazione delle condizioni salute dei minori prima e dopo il COVID. Tali dati confermano, d'altra parte, la coerenza e la fondatezza dei dati tra percorsi avviati dai Servizi e motivi di invio. Degno di rilevo l'incremento degli invii dall'ospedale ai servizi per patologie psicologiche-psichiatriche (da 194 a 273) (Fig. 5, Tab. IIIa e IIIb). Anche un'analisi iniziale dei dati ospedalieri (SDO) della Regione Piemonte, sempre nell'ultimo quinquennio (2017-2022), permette di osservare come l'impatto del COVID abbia interessato anche i percorsi ospedalieri ed a che punto sia la realizzazione dei percorsi di integrazione ospedale-territorio. Si tratta di dati di difficile interpretazione che necessiterebbero di ulteriori validazioni,



	0-2	3-5	6-10	11-13	14-17	>=18
Maschi 2019	1157	1932	3388	1447	1131	159
Maschi 2022	1094	1714	2712	1250	1034	133
Femmine 2019	975	907	2309	1172	1225	135
Femmine 2022	870	780	1942	1200	1549	169

Figura 5. Nuovi pazienti in carico confronto anni 2019-2021. Ripartizione dei pazienti in carico per fascia d'età e sesso.

Tabella III a. Tipo inviante e motivo d'accesso anno 2019.

2019 Tipo Inviante	Linguaggio/ comunicazione	Neurologica	Psichiatrica/ psicologica	Difficoltà scolastiche	Problematiche familiari	Problemi sensoriali	Valutazione istituzionale
Scuola	498	76	485	3477	14	9	1
Famiglia	656	463	1066	1860	177	10	13
MMG/PLS	1006	1375	743	440	30	10	22
Ospedale	67	1235	194	25	7	11	5
Tribunale Minori		3	23	2	70		770
Specialista	170	138	149	243	8	6	5
Accesso Diretto	100	106	118	172	26	2	1
Altro	85	129	100	114	10	4	5
Tribunale Civile			26	1	57		238
NPI	41	74	112	51	4	1	1
Proc. Repubblica	4	4	14	32	10		135
Servizi Sociali	4	8	61	13	70	1	35
Tribunale Penale							6
TOTALE	2631	3611	3091	6430	483	54	1237

soprattutto se analizzati in merito al codice diagnostico esposto nella diagnosi principale della SDO, che verosimilmente risente della scelta dell'operatore compilatore (della SDO), spesso un medico afferente a discipline diverse dalla NPI, quale pediatra, medico di medicina generale o psichiatra. I dati più chiari e rilevanti possono essere apprezzati non tanto dall'analisi della diagnosi, quanto delle macrocategorie diagnostiche (MDC). Per tale motivo l'analisi è stata effettuata sia per SDO che per MCD, individuando 4 macrocategorie principali inerenti alla disciplina NPI: MDC:01- sistema nervoso, MDC:19- malattie e disturbi mentali, MDC:20 – abuso di alcool e farmaci, disturbi mentali org. Indotti, MDC:21 – traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici da farmaci. Il numero di ricoveri di minori per disturbi di competenza NPI dal 2017 al 2022 appare in progressivo aumento, fino a raggiungere il numero di 2488 nell'anno 2022 (Fig. 6). Se poi si analizza la proporzione di ricoveri per MDC (residenti) per anno, dal 2017 al 2022 si osserva un significativo rovesciamento delle aree cliniche principali che hanno rappresentato la causa del ricovero. Nel 2018 era nettamente preponderante l'area neurologica,

Tabella III b. Tipo inviante e motivo d'accesso anno 2022.

22 Tipo Inviante	Linguaggio/ comunicazione	Neurologica	Psichiatrica/ psicologica	Difficoltà scolastiche	Problematiche familiari	Problemi sensoriali	Valutazione istituzionale
Famiglia	510	374	1139	1786	92	8	17
Scuola	472	57	385	2890	11	4	4
MMG/PLS	930	1041	816	399	20	10	10
Ospedale	93	993	273	13	9	6	3
Tribunale Minori	1	2	23		57		727
Specialista	156	129	210	210	7	3	2
Accesso Diretto	101	105	123	223	10	1	2
Altro	130	165	95	96	7	3	4
NPI	94	79	131	48	4	5	
Tribunale Civile		2	8	1	48	1	272
Servizi Sociali	10	2	60	19	41	1	28
Proc. Repubblica	3	3	5	29	8		15
TOTALE	2500	2952	3268	5714	314	42	1084

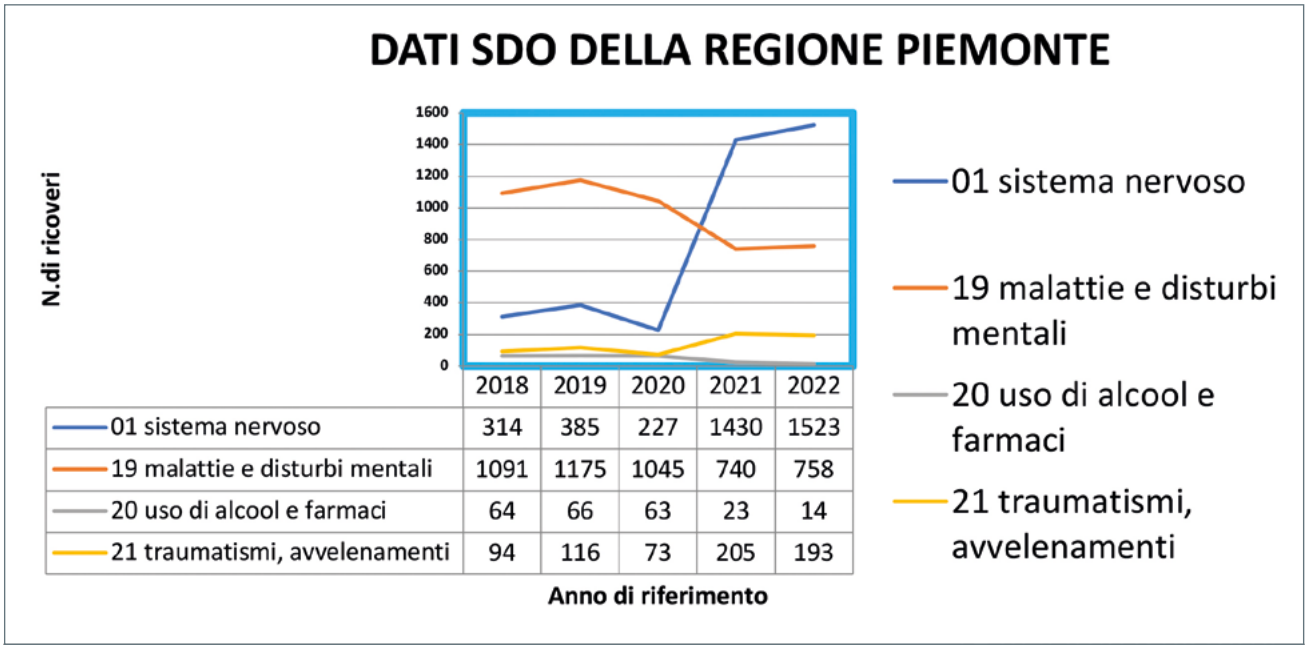


Figura 6. Numero di ricoveri nell'anno suddivisi per MDC.

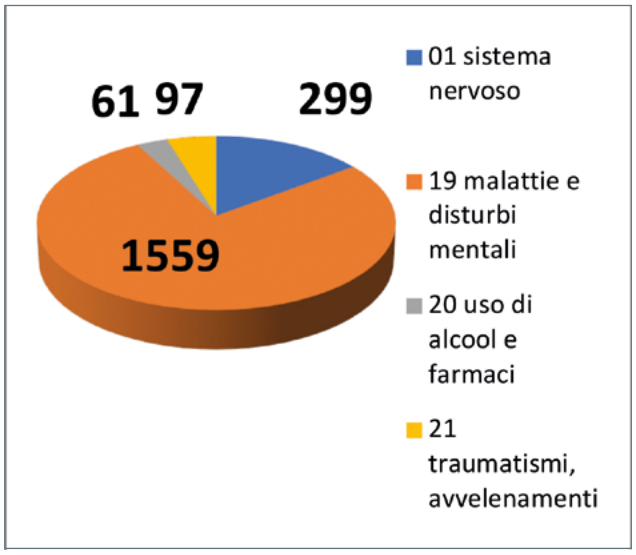


Figura 7a. Proporzione di ricoveri per MDC. anno: 2022.

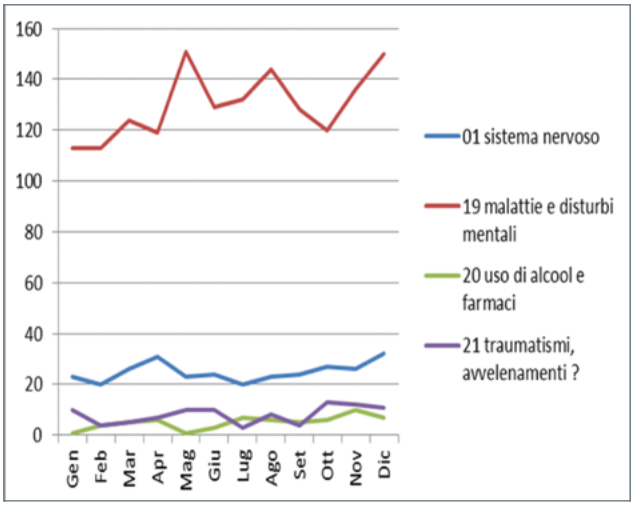


Figura 7b. Proporzione di ricoveri per MDC. anno 2022 singole mensilità.

mentre, con un rialzo progressivo, nel 2022 è prevalsa chiaramente (Fig. 7a, Fig. 7b) l'area psichiatrica. Appare poi degno di nota che i pazienti minori con le MDC sopradescritte nel 2022 sono risultati ricoverati in diverse tipologie di Reparti Ospedalieri, quali: medicina generale (26), neurologia (32), neuropsichiatria infantile (33), pediatria (39), psichiatria (40), terapia intensiva (49), recupero e riabilitazione funzionale (56), con una distribuzione prevalente dei pazienti con disturbi neurologici nei reparti di pediatria, e dei pazienti con patologia psichiatrica molto disomogenea e comprendente, accanto al reparto di NPI, le SPDC, i reparti di pediatria e le terapie intensive.

DISCUSSIONE

SMAIL può essere considerato un rilevatore affidabile di due elementi di salute: il primo clinico, e il secondo organizzativo. Entrambi sono indispensabili a fini programmatori sanitari: la rilevazione dei profili diagnostici dei pazienti in carico, caratterizzati con modalità multiassiali secondo il modello bio-psico-sociale, e lo stato dell'arte dei servizi NPIA ambulatoriali. Osservando i dati appena esposti, SMAIL, rispetto al primo elemento, permette di rilevare sia le caratteristiche anagrafiche e cliniche (diagnosi, raggruppamenti diagnostici, comorbidità) dei pazienti in carico, approfondendo, attraverso specifici quesiti al sistema (i cosiddetti "carotaggi") alcune patologie specifiche, sia le traiettorie evolutive dei medesimi pazienti, attraverso la rilevazione dei percorsi. Correlando e incrociando i dati è poi possibile interrogare il sistema su percorsi specifichi di accresciuto interesse epidemiologico e clinico. Si veda a titolo di esempio la possibilità di estrarre una "matrice di correlazione gruppi diagnostici di pazienti in carico" [14], là dove la tabella permette di conteggiare il numero di pazienti con patologia afferenti al gruppo diagnostico (principale- master), e loro relative comorbidità con altri gruppi diagnostici, dando la possibilità di un confronto tra patologia principale e le comorbilità/co-occorrenze. In questo modo già descrive la complessità delle condizioni di salute della popolazione piemontese, là dove le comorbilità si presentano e si incrociano con apprezzabile frequenza e complessità, definendo così un'area di ricerca epidemiologica e clinica da approfondire con rigore scientifico. Poter monitorare come alcune comorbilità siano persistenti e/o ricorrenti, già oggi ci potrebbe dire molto sui profili clinici specifici di alcune traiettorie evolutive alterate, e sui cambiamenti dei percorsi nel tempo (la dinamica dei percorsi diagnostici). Offrirebbe, cioè, informazioni sulle traiettorie evolutive stesse e sul loro intreccio, mostrando la complessità della presa in carico NPIA ma anche il valore della stessa [15]. È sufficiente sapere interrogare il sistema in modo mirato e conoscere lo sviluppo e il variare epidemiologico delle condizioni di salute in NPIA, meglio se *"unificati, in un disegno complessivo, e non frammentati per singole patologie o per singola fascia di gravità dei problemi"* [16]. Invece, per ciò che riguarda lo stato dell'arte dei servizi NPIA ambulatoriali, appare irrinunciabile riconoscere come oggi, ancor più che in passato, sia insostenibile l'intento di rispondere a tutte le richieste di salute, risposta che esigerebbe un volume di risorse sicuramente superiore a quanto si possa offrire. Sempre, ma ancor più negli ultimi anni, abbiamo osservato e vissuto un impegno costante nell'ottimizzare le attività dei Servizi, in un contesto isorisorse, a fronte di bisogni di salute più complessi e a maggiori esigenze, anche ospedaliere. A

questo proposito, SMAIL appare in grado di essere uno strumento atto non solo ad analizzare "ciò che svolgono" i Servizi (prestazioni), ma "ciò che serve", cioè quali "percorsi" sono stati messi in atto per specifici pazienti e quali risorse sono state (o sarebbero) effettivamente necessarie. Semplici operazioni di aritmetica complicate ma realizzabili. Gli scopi sottesi all'utilizzo dei «percorsi», infatti, sono: favorire l'uniformità dell'iter diagnostico/terapeutico, favorire modalità di lavoro comuni ed equo accesso alle cure, definire "standard di prestazioni", consentire una valutazione economico finanziaria. La cultura del "percorso" pone l'accento sul problema di salute del paziente (intorno al quale più operatori convergono per la risoluzione di quella specifica condizione) e non sull'attività della singola figura professionale, uscendo definitivamente dal modello consulenziale "una tantum" e abbracciando l'unico modello di cura possibile in NPIA: quello di presa in carico clinica, prolungata nel tempo, delle alterate traiettorie di sviluppo. Un tipo di organizzazione realizzabile peraltro solo all'interno del SSN.

Come affermato nell'introduzione, SMAIL non possiede ancora tutti i requisiti necessari per poter svolgere questo compito e che, "stando così le cose", mancano elementi ulteriori di tipo programmatorio. Bisogna inoltre affinare gli indicatori clinici, renderli stabili ma aggiornati alle nuove patologie. Ad esempio, SMAIL non contempla diagnosi, neppure secondarie, quali uso di sostanze, ritiro sociale, suicidalità, monitoraggio dei percorsi di affido famigliare e adozione e, per quanto riguarda nuove figure professionali, non è contemplata, per esempio, la figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica.

E cosa possiamo ancora indicare? È necessario l'approfondimento di questi dati iniziali attraverso un report, quinquennale, 2018-2022 (i report regionali sono tradizionalmente assai più dettagliati specialistici e certificati), che obbligatoriamente rappresenti una fonte non sostituibile e divulgabile di informazioni, per fare precise ipotesi sul perché delle variazioni cliniche emerse negli anni, e a quali contingenze siano conseguenti. Consigliamo poi il corretto aggiornamento di tutti i professionisti (compresi quelli assunti nei *turnover* degli ultimi anni che ancora non hanno fatto nessun corso formativo) sull'applicazione più rigorosa possibile di SMAIL sul suo corretto uso e le sue potenzialità, anche al fine di riconoscere e valorizzare l'enorme lavoro dei servizi, e di ogni singolo professionista. Si auspica che la Legge Regionale del 9 aprile 2019, n.15 ("Disposizioni per il consolidamento della rete di assistenza per la salute neuropsichiatrica dell'età evolutiva e dell'adolescenza") che "*provvede all'acquisizione ed al monitoraggio dei flussi informativi provenienti dalle figure professionali a cui è affidata l'assistenza della persona minore*…", possa finalmente essere applicata, così da sviluppare un coordinamento che garantisca progettazione, verifica, controllo, estrazione regolare, comparazione, aggiornamento e formazione diretta degli operatori, pubblicazione regolare dei dati. È dunque urgente la realizzazione di un gruppo di lavoro formalizzato (i cui obiettivi sono previsti anche nel già citato" Manuale di accreditamento professionale…"), dedicato all'utilizzo di SMAIL, che abbia inoltre la possibilità di offrire un contributo programmatorio. Occorre aggiungere che sempre in ambito regionale che con la DGR n. 19-5372 del 15/07/2022, la Regione Piemonte, per rendere i servizi NPIA territoriali ed ospedalieri più idonei a rispondere alle necessità e complessità cliniche dei soggetti in età evolutiva, con particolare attenzione al supporto delle famiglie e al lavoro in rete con altre istituzioni, ha previsto un finanziamento specifico ai sensi dello art. 33, commi 1 e 2 del DL n. 73 del 25/05/21 e s.m.i. Questo è un segnale importante ed evidente della attenzione della Politica ai nostri Servizi.

Infine, l'ultima riflessione va al bisogno inevaso di salute. Riteniamo che riuscire a prendere in carico (o per lo meno a tenerne un collegamento) il 7,5% della popolazione dei minori sia un ottimo risultato, riconosciuto a livello nazionale. Ma a fronte dell'atteso teorico del 20%, che ne è di quel restante 12,5%, di cui forse oggi sappiamo ancora troppo poco? Chi sono? Hanno già avuto un contatto col servizio o con altri servizi, si rivolgono ai centri privati? Hanno rinunciato a chiedere? Avrebbe un valore, riuscire a fare ipotesi più precise.

La risposta di cura ha raggiunto oggi in Piemonte una particolare complessità clinica, normativa, e tecnica (che risponde ai bisogni di salute compositi), con un'efficace offerta di nuovi percorsi clinico-assistenziali multiprofessionali che, quasi inaspettatamente la necessità di rispondere all'emergenza COVID ha favorito [17] che Il sistema SMAIL ha monitorato, e che devono però essere continuamente riqualificati, monitorati e modulati, tenendo conto delle effettive risorse in campo. Mai come ora è necessario un coraggioso e massiccio investimento verso il futuro. Le capacità organizzative e tecniche dei servizi ci sono, prova ne sia la loro documentabile responsività in rapporto al variare della domanda e dell'emergenza, ma devono essere migliorate e incrementate per poter essere all'altezza del compito.

Ringraziamenti

Vogliamo ricordare e ringraziare gli operatori che, a vario titolo, hanno contribuito alla realizzazione del sistema di raccolta informatizzata piemontese. Un ricordo speciale per Dante Besana, artefice e ideatore dell'avvio di un sistema di raccolta epidemiologica regionale. Grazie a Giampiero Vellar ed a Francesca Ragazzo che hanno faticosamente gestito l'organizzazione di NPInet, nei

primi anni di attività, ed hanno contribuito alla stesura dei report annuali di tutto quel periodo ed al suo passaggio a SMAIL. Grazie al dottor Marco Ruatto della ditta Regola, che ha svolto la parte operativa e fornito il materiale statistico più recente. Infine, un ringraziamento particolare agli operatori dei servizi della rete di NPI piemontese che hanno inserito ed inseriscono quotidianamente i dati nel sistema garantendo così la funzionalità dello stesso.

Bibliografia

1 Zuddas A. Comunicazione Personale al Direttivo SINPIA 9 giugno 2022: Lettera SINPIA di risposta al commento del prof. Alessandro Ventura ("Matti da morire", Rubrica "il Graffio", Medico e Bambino 2022;41(4):217. https://doi.org/10.53126/MEB41217), pubblicata nel numero successivo: Medico e Bambino 2022;41(5), a firma del Direttivo SINPIA.

2 I servizi di NPIA e il COVID-19. Antonella Costantino, Consiglio Direttivo SINPIA, a cura di. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2020;40:55-169.

3 Diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia: CRC 2022 "12° rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia.

4 Ministero della salute: "Linee guida per la redazione della certificazione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica e del profilo di funzionamento". Roma 10 novembre 2022

5 SINPIA. QUASM: Manuale di accreditamento professionale per i Servizi Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza- edizione 2008. I° revisione" a cura di A. Costantino e A Erlicher www.sinpia.eu -www.accreditamento.net.

6 Camuffo M, Guccione F, Mariani A, et al. Glossario delle attività, caratteristiche del sistema informativo e "cruscotto" di indicatori per i servizi territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2019;93:182-194.

7 Camuffo M, Simona Dei S Prima e dopo la pandemia: una UFSMIA toscana a confronto con i servizi della rete di Neuropsichiatria Infantile del Piemonte" Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2023;43:80-89.

8 Mariani A, Guccione F, Maspoli M, Ragazzo F. Organizzazione della rete dei Servizi di NPI in Piemonte, sviluppo dei percorsi assistenziali ed applicazione delle recenti normative in materia di dislessia (Legge n. 170/2010). Un'indagine preliminare. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza Anno 2012 Vol. 79. 28- 38 Roma Armando

9 Guccione F, Mariani A, Maspoli M, et al. L'osservatorio epidemiologico di neuropsichiatria infantile della Regione Piemonte, dodici anni di attività: da NPInet a SMAiL. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2015;35:87:105.

10 Guccione F. Mariani A. Ragazzo F. Alla ricerca di specifici indicatori epidemiologici in neuropsichiatria infantile: l'esperienza della regione Piemonte nel 2015. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2017;37.

11 Guccione F, Mariani A, Pirro O, et al. Report delle attività e dell'utenza della rete servizi di neuropsichiatria infantile nella regione Piemonte nel 2016. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2018:38:147-163.

12 Mariani A, Guccione F. Inclusione scolastica tra minore e maggiore età: il ruolo dei servizi di neuropsichiatria infantile in Piemonte. In: Le sfide della pedagogia speciale e la didattica per l'inclusione. Milano: Franco Angeli 2018.

13 Besana D, Costantino MA. La Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza e l'Organizzazione dei Servizi. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2004;24:12.

14 Sistema informativo multidisciplinare per l'adolescenza e l'infanzia on line" (SMAIL) https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/report-attivita-smail-2017

15 Mariani A. Trent'anni di attività dei Servizi di NPI, con particolare riferimento alla rete Piemontese. Un personale resoconto. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2022;42:56-63.

16 Levi G. Editoriale: Per una Legge sulla Salute Mentale in Età Evolutiva. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza 2010;77:483-488.

17 Mariani A. Pirro O. L'impatto drammatico della Pandemia per COVID 19 nei servizi di NPIA. Nuove problematiche, criticità strutturali e risorse in campo. In: In COVIDtime: prima e dopo. Setting e trasformazioni in situazioni di ascolto e di cura. cura di Massia S, Anichini A. Massaglia P. Torino: Kemet 2021.

Area Sezioni Scientifiche

Autolesività non suicidaria (ANS): un problema di regolazione emotiva negli adolescenti?

"Non Suicidal Self Injury" (NSSI): is it an issue of emotional dysregulation in a sample of adolscents?

Rosanna Montanaro[1], Luigi Russo[1], Ilaria Cinieri[1], Floriana Pinto[1], Sara Riezzo[2], Anna Cristina Dellarosa[3]

[1] Dirigente Psicologo NPIA ASL Taranto; [2] Medico Neuropsichiatra Infantile NPIA ASL Taranto; [3] Direttore SC Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza ASL Taranto

Riassunto

"Autolesività non suicidaria" (*non suicidal self injury*, NSSI) nel DSM-5 sono quegli atti, che intenzionalmente un individuo si infligge sulla superficie corporea "con l'aspettativa che la ferita porti a danni fisici soltanto lievi o moderati senza intenzionalità suicidaria". Nel presente studio si è inteso approfondire la relazione tra l'agito autolesivo e le strategie di regolazione metacognitive, in un gruppo di adolescenti, [8 F, 2 M, età media = 15,4] con storia di autolesionismo. I risultati di due strumenti self-report somministrati, BIS-11 e DERS, confermano la difficoltà nell'accesso metacognitivo fornendo indicazioni anche per orientare il piano di intervento.

Parole chiave: autolesionismo non suicidario, disregolazione emotiva, impulsività

Summary

"Non suicidal self injury" (NSSI) in the DSM-5 are those acts, which an individual intentionally inflicts on the body surface "with the expectation that the injury will lead to only minor or moderate bodily harm without suicidal intent". In the present study we aimed to investigate the relationship between self-harm and metacognitive regulation strategies in a group of adolescents, [8 F, 2 M, mean age = 15.4] with a history of self-harm. The results of two administered self-report tools, BIS-11 and DERS, confirm the difficulty in metacognitive access, also providing indications to guide the intervention plan.

Keywords: non-suicidal self-harm, emotional dysregulation, impulsivity

INTRODUZIONE

L'autolesività non suicidaria (ANS) o, *non suicidal self injury* (NSSI), è la categoria diagnostica in cui, nella Sezione III del DSM 5 [1], sono raggruppati quegli atti che intenzionalmente un individuo si infligge sulla superficie corporea "con l'aspettativa che la ferita porti a danni fisici soltanto lievi o moderati, pertanto senza intenzionalità suicidaria. Le modalità vanno dai tagli (*cutting*), alle bruciature (*burning*), lividi, escoriazioni, allo strapparsi i capelli, ingerire veleni od oggetti. Il tipo di lesione più riscontrata è il *cutting*, tagliarsi/lesionarsi la pelle con l'utilizzo di lamette o qualsiasi altro oggetto affilato: chiodi, forbici, coltelli, fermagli, pezzi di vetro, in particolare a livello degli arti o dell'addome. La prevalenza della NSSI, lungo l'arco di vita, va dallo 17,2% tra gli adolescenti al 13,4% tra i giovani adulti [2], prevalente nel genere femminile (3:1). Rispetto alla associazione con i disturbi psichiatrici, una *review*, condotta tra il 1998 e il 2016 da Cipriano et al. [3], ha evidenziato una frequente associazione tra NSSI e diversi disturbi sia internalizzanti sia esternalizzanti; i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, il disturbo post-traumatico da stress, i disturbi dell'alimentazione, il disturbo da uso di sostanze, il disturbo della condotta, il disturbo esplosivo intermittente e il disturbo borderline di personalità.

L'attenzione clinica per la NSSI prosegue a tal punto da essere inserita nel DSM 5 TR [4] nella Sezione II "Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica", ciò fa comprendere quanto sia incidente questo disturbo, poiché sono stati inseriti nuovi codici sintomatologici per segnalare e monitorare il comportamento

CORRISPONDENZA
Rosanna Montanaro, ASL NPIA Taranto - E-mail: rosanna.montanaro@asl.taranto.it

suicidario e autolesionismo non suicidario, a disposizione di tutti i medici di qualsiasi disciplina e senza la necessità di alcun'altra diagnosi, ad indicare un comportamento a sé stante, come se fosse determinato a prescindere da una diagnosi prettamente psichiatrica, come una forma di vulnerabilità del soggetto. Tra i fattori che determinano la vulnerabilità dell'individuo, le condizioni dell'esordio del disturbo e le circostanze del suo mantenimento nel tempo, ci sono cinque dimensioni strettamente interrelate tra loro: ambientale, biologica, cognitiva, affettiva e comportamentale, come rappresentato da Luxardi [5] nello schema riportato nella Tabella I.

Sul versante psicologico i fattori di rischio includono aspetti cognitivi, affettivi e comportamentali. Oltre all'intenzione cosciente di danneggiare il proprio corpo, possono esserci altri processi mentali, meno consci, che possono mettere la persona in una condizione di rischio. Consideriamo la rabbia contro sé stessi, il sentimento di abbandono, colpa, disperazione e ambivalenza che possono riflettersi in un desiderio di morire che non si traduce in un atto letale (Hendin, 1991). Per quanto riguarda il contenuto del pensiero, va sottolineato il ruolo del perfezionismo come condizione favorente l'autolesionismo. In questo senso dobbiamo distinguere un perfezionismo sano, che possiamo definire come aspirazione a raggiungere un elevato grado di perfezione nel proprio modo di agire e nella propria attività, dalla tendenza nevrotica di tipo ossessivo, che consiste nel cercare una perfezione irraggiungibile, con il senso di frustrazione che ne consegue. Il perfezionismo caratterizzato dalla preoccupazione per il giudizio si contraddistingue per il timore di compiere errori nel raggiungere standard personali, per la continua dubbiosità sul fatto che i propri comportamenti corrispondano o meno alle aspettative altrui e per la tendenza ad autocriticarsi quando si fallisce. Questa autovalutazione negativa può rendere gli individui vulnerabili a un cattivo adattamento e ad atteggiamenti disforici. È plausibile che l'atteggiamento autocritico esasperato costituisca il *trigger* che porta a utilizzare l'autolesionismo come un mezzo per punirsi e torturarsi per i fallimenti percepiti, e nello stesso tempo un mezzo per alleviare il sentimento di frustrazione [6].

Autolesionismo come *coping*

L'autolesionismo può essere considerato una strategia di coping disadattiva verso emozioni, che il soggetto vive come intollerabili e incontrollabili. Il dolore fisico distoglie da quello interiore. I segni provano che la sofferenza è reale, anche agli occhi degli altri.

Chi mette in atto comportamenti autolesivi riferisce spesso una sensazione immediata di sollievo che ha durante il verificarsi del processo; inoltre, se l'atto autolesivo si verifica frequentemente rischia di assumere le caratteristiche di una dipendenza (pertanto le lesioni diventano sempre più numerose e profonde).

Non vi è intenzione suicidaria, ma costituisce fattore significativo di rischio. È associato a relazioni disfunzionali e isolamento sociale.

Col farsi male, l'attenzione dal dolore mentale passa al dolore fisico e la persona ha l'illusione di avere ripreso il controllo su sé stessa e il contatto con sé stessa, così da avere la sensazione di essere in grado di controllare, se non la propria vita, almeno il proprio corpo. L'infliggersi dolore, la vista del proprio sangue, consentono di avere una prova tangibile che la propria sofferenza è reale, che c'è qualcosa di concreto e visibile per cui provare dolore. Per altri adolescenti tagliarsi è un modo per sentirsi vivi: meglio un dolore fisico che non sentire niente o sentirsi vuoti e inutili. Mettere in atto condotte autolesive non solo riduce l'intensità dei vissuti negativi, ma produce anche emozioni positive ed è proprio questo aspetto uno dei fattori cruciali per mantenere nel tempo tali comportamenti [7] come si vede da questo schema (Fig. 1), tratto da uno studio brasiliano del 2020 di Costa et al [8].

Tabella I. Fattori che determinano la vulnerabilità dell'individuo. (da Luxardi GL, 2016 mod.) [5].

	Fattori predisponenti	Fattori scatenanti	Fattori di mantenimento
Fattori ambientali e relazionali	Patologia in famiglia, neglect, abusi, attaccamento problematico, ambiente invalidante	Perdite, relazioni, conflittuali, abusi, contagio sociale	Ambiente invalidante, rinforzo sociale in gruppi patologici
Fattori biologici	• Disfunzione del sistema serotoninergico • Disfunzione del sistema oppioide • Diminuita sensibilità al dolore		Azione sedativa dell'atto autolesivo
Fattori psicologici, cognitivi, affettivi, comportamentali	• Pensieri disfunzionali (perfezionismo) • Difficoltà al *problem solving* • Difficoltà a riconoscere e rappresentare le emozioni		• Aspettativa di sollievo dal disagio • Trigger comportamentali • Rituali

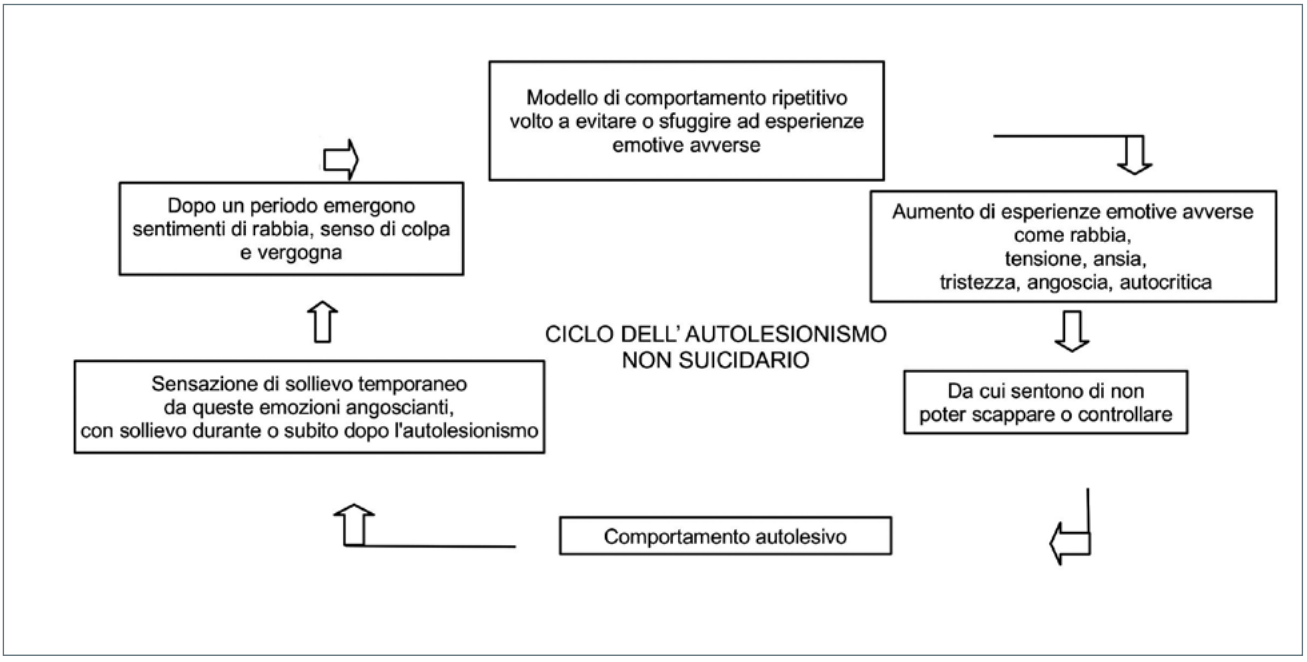


Figura 1. Ciclo dell'Autolesionismo Non Suicidario. (da Costa et al. 2020, mod.) [8].

NSSI durante il COVID-19

Anche la NSSI, tra i problemi di salute mentale, ha registrato un incremento della sua incidenza, il 40,9% nella popolazione studentesca (n = 1060), in concomitanza con l'epidemia da COVID-19, come riportato dal recente studio svolto a Taiwan dal gruppo di Tang [9] assieme a: disturbo post traumatico da stress, ansia, sintomi depressivi, insonnia, rifiuto, rabbia, paura e sintomi correlati a dolore psicosomatico [10].

Avvalorando la tesi di Nock [11] sul modello a quattro funzioni, alla base dell'apprendimento sociale e dell'influenza dei ragazzi tra loro, si potrebbe spiegare come viene mantenuto nel tempo il comportamento autolesivo, dato che la NSSI funziona come mezzo di regolazione delle proprie esperienze emotive/cognitive, e quindi mezzo di comunicazione e mezzo per influenzare il comportamento degli altri. Inoltre, Nock [12] pone l'accento sui fattori di rischio distali come: l'abuso/maltrattamento infantile; un ambiente familiare ipercritico; una predisposizione genetica ad avere un'iperattivazione emotiva. Tali fattori aumentano anche la probabilità di altri comportamenti disadattivi eseguiti per la stessa funzione (es. uso di alcol, droghe, disturbi alimentari). La probabilità di avere un comportamento autolesionista, dati questi fattori di rischio, è aumentata da altri fattori di vulnerabilità NSSI-specifici (es. l'apprendimento sociale). Tali fattori più specifici spiegano perché alcune persone usano l'autolesionismo invece di un altro comportamento per servire le stesse funzioni.

I soggetti con NSSI presentano anche un Disturbo dell'immagine corporea e Disturbi di Personalità, in particolare nei soggetti borderline i comportamenti autolesionistici variano dal 75 al 90% e possono essere intensi (Winston, 2000); inoltre, si associano anche a disturbi internalizzanti (specialmente disturbi affettivi, ma anche sintomi ansiosi e somatoformi) [13] (accompagnandosi spesso a episodi di dissociazione [14].

MATERIALE E METODI

Nel presente studio osservazionale si è inteso approfondire l'impulsività e la regolazione emotiva, in un gruppo di adolescenti, [8 F, 2 M, età media = 15,4 aa ds = 1,5 aa] afferiti in urgenza al polo centrale di Taranto da dicembre 2020 ad aprile 2021, periodo del secondo lockdown per emergenza COVID-19, per agiti autolesionistici.

L'impulsività è la tendenza a mettere in atto reazioni immediate e non pianificate a stimoli interni o esterni con ridotta considerazione per le conseguenze. Può manifestarsi in presenza anche di stimoli piacevoli, ma sopratutto in assenza di un forte controllo cognitivo. La regolazione emotiva è la capacità di gestire le proprie risposte emotive, comporta, nello specifico, strategie per aumentare, mantenere o diminuire l'intensità, la durata e la traiettoria delle emozioni positive e negative.

Laddove vi sia una risposta disadattiva, si parla di *disregolazione emotiva*, in particolare quando:

1. la capacità di tollerare un'emozione è scarsa e i tentativi di regolarla risultano inefficaci;

2. l'emozione interferisce in modo significativo sul comportamento;
3. l'espressione dell'emozione avviene in modo inappropriato e/o nel contesto inappropriato (ad es.scuola, locali pubblici, luoghi di aggregazione giovanile);
4. IL passaggio da un'emozione all'altra avviene troppo lentamente o troppo rapidamente.

Strumenti utilizzati

Il BIS-11 (*Barratt Impulsiveness Scale*) [15] è un questionario self-report (30 item) ideato per valutare la dimensione dell'impulsività quale variabile comportamentale o di personalità. Consente di individuare sei fattori di primo ordine:

- attenzione;
- comportamento motorio;
- autocontrollo;
- complessità cognitiva;
- perseveranza;
- instabilità cognitiva;
- e tre fattori di secondo ordine, che danno una stima quantitativa dell'impulsività:
- *impulsività motoria*, definita come la tendenza ad agire senza pensare, agire su due piedi (*motor activation*);
- *impulsività cognitiva o attentiva*, intesa come la tendenza a prendere rapide decisioni, e la mancanza di concentrazione rispetto al compito (*attention*);
- *impulsività non pianificativa*, che si delinea come una modalità di comportamento caratterizzata da una scarsa valutazione delle conseguenze, mancanza di pianificazione (*lack of planning*).

La DERS (*Difficulties in Emotion Regulation* Strategies) [16,17] è una scala di 36 item, con modalità di risposta su scala Likert a 5 punti (da 1 = quasi mai a 5 = quasi sempre) che valuta le difficoltà nella regolazione delle emozioni; è composta da 6 fattori:

I. non accettazione delle emozioni negative (*nonacceptance*);
II. incapacità ad intraprendere comportamenti finalizzati quando si sperimentano emozioni negative (*goals*);
III. difficoltà a controllare i comportamenti impulsivi quando si sperimentano emozioni negative (*impulse*);
IV. accesso limitato a strategie di regolazione delle emozioni che siano ritenute efficaci (*strategies*);
V. mancanza di consapevolezza delle proprie emozioni (*awareness*);
VI. mancanza di comprensione della natura delle proprie risposte emotive (*clarity*).

Tabella II. Descrizione del campione.

Sesso	M = 20%	F = 80%
Fasce età Età media = 15,4; DS = 1,5	< 14 aa = 10%	14-17 aa = 90%
Diagnosi	Disturbi della sfera emozionale = 50% (ADHD; DOP; Dist. Alimentare; Ansia sociale)	Disturbi della sfera emozionale in trattamento farmacologico = 50% (3 con antidepressivi e 2 con antipsicotici atipici)
Abusi Sessuali	Si = 20%	No = 80%
Utilizzo di alcol	Si = 20%	No = 80%
Disturbi dell'apprendimento	Si = 80%	No = 20%
Psicoterapia	Si = 70%	No = 30%
Frequenza tagli	< 5 = 60%	> 5 = 40%
Genitori separati	Si = 20%	No = 80%

Tabella III. Correlazioni significative tra test e campione.

	CBCL totale	CBCL internalizzazione	DERS Fiducia	BIS Instabilità cognitiva	BIS Impulsività motoria	BIS Imp. motoria tratto personalità	BIS Imp. Non Pianificazione e tratto personalità
Età	**0,04**	0,14	0,13	0,12	0,12	0,11	0,11
Sesso	0,12	0,12	**0,02**	0,14	0,13	0,12	0,12
Diagnosi	0,11	**0,04**	0,17	0,15	0,11	0,10	0,10
Separazione	0,12	0,11	0,16	**0,04**	0,10	0,11	0,11
Abusi sex	0,13	0,12	0,15	0,14	**0,04**	**0,04**	0,12
Frequenza tagli	0,22	**0,09**	0,14	0,13	0,14	0,12	**0,05**

Tabella IV. Correlazioni significative tra psicoterapia e risultati dei test.

	CBCL ritiro	CBCL Somatizzazioni	CBCL Dirompente	CBCL Internalizzazione	DERS Fiducia	DERS Controllo	DRS Riconoscimento	DERS Totale
Psicoterapia	0,01	0,05	0,05	0,01	0,1	0,09	0,04	0,09

Tabella V. Correlazioni significative tra i risultati dei test

	DERS Non accettazione	**DERS Autoconsapevolezza**	**DERS Mancanza di controllo**	**DERS Difficoltà nel riconoscimento**	**DERS Totale**
BIS Impulsività motoria	**0,04**	0,12	0,12	0,13	0,12
BIS Autocontrollo	0,12	**0,1**	0,13	0,14	0,11
BIS Complessità cognitiva	0,11	**0,01**	**0,01**	**0,04**	**0,01**
BIS Impulsività attentiva (tratto)	0,12	**0,1**	0,22	**0,04**	0,15
BIS Impulsività motoria	0,13	0,13	**0,04**	0,15	0,14
BIS Impulsività non pianificazione	0,22	**0,02**	**0,05**	0,11	**0,05**

Era necessaria anche una etero-valutazione genitoriale, attraverso la scala CBCL 6-18 (*Children Behaviour Check-List*), composta da 112 item [18], riguardanti comportamenti problematici rappresentativi di diversi quadri psicopatologici.

I diversi problemi vengono valutatati nel range "normale", "borderline", o "clinico" in 8 specifiche scale sindromiche: ansia e depressione, lamentele somatiche, ritiro e depressione, problemi sociali, problemi del pensiero, problemi di attenzione, comportamento delinquenziale, comportamenti aggressivi.

Si raggruppano quindi i diversi problemi in tre categorie:

- problemi internalizzanti (ansia, depressione, ritiro, lamentele somatiche);
- problemi esternalizzanti (comportamento delinquenziale e comportamento aggressivo);
- problemi né internalizzanti né esternalizzanti (problemi sociali, problemi del pensiero, problemi di attenzione).

L'analisi statistica è stata effettuata con il test *X*-Quadro, usando anche la correlazione di Pearson attraverso il sistema SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versione 14.

RISULTATI

Le caratteristiche del gruppo di 10 adolescenti, [8 F, 2 M, età media = 15,4 aa, ds = 1,5 aa] con NSSI, afferiti al polo centrale di Taranto da dicembre 2020 ad aprile 2021, sono stati 10 su 170, pari al 5,8% (II lockdown per emergenza COVID) sono così distribuite, come descritte nella Tabella II.

Nella Tabella III sono riportati i valori della correlazione (p value) tra le variabili indipendenti considerate, cioè le caratteristiche del campione, e i punteggi ottenuti ai test somministrati. Sono evidenziati i valori risultati statisticamente significative ($p < 0,05$).

I ragazzi del nostro campione, con una età maggiore ai 14 anni, ottengono un punteggio borderline nella CBCL totale; 7 su 10 in particolare ottengono un punteggio clinicamente significativo nella «Internalizzazione» della CBCL; 4 dei 7 si tagliano con maggiore frequenza (> 5 volte, definiti abitudinari).

I ragazzi in farmacoterapia (variabile diagnosi) risultano avere maggiori problemi sul versante internalizzante.

Per quanto concerne invece i risultati nei test, risulta che nei figli dei coniugati, vi è una maggiore stabilità cognitiva, mentre chi ha subito abusi sessuali, ha una maggiore impulsività motoria sia come agito sia come tratto di personalità, come si evince dalle sottoscale della BIS; mentre chi si taglia più frequentemente ha una maggiore tendenza all'atto, avendo una maggiore impulsività senza pianificazione.

Nella Tabella IV sono riportati solo i valori della correlazione risultati significativi nei ragazzi in psicoterapia tra i test somministrati.

I ragazzi che hanno usufruito del sostegno psicoterapico avevano ottenuto punteggi clinicamente significativi nelle scale cliniche: «Ritiro depressivo»; «Somatizzazioni»; «Internalizzazione» della CBCL e che hanno una

maggiore difficoltà nel «riconoscimento e nel controllo delle emozioni»; una tendenza ad avere scarsa «fiducia nelle proprie abilità di regolazione emotiva», e quindi una maggiore disregolazione emotiva nella DERS.
Nella Tabella V sono riportati i valori della correlazione tra i test BIS e DERS che misurano entrambi la disregolazione emotiva.
Nella correlazione tra i test BIS e DERS, chi è «impulsivo» non accetta il proprio disagio (0,04); chi non ha «autocontrollo» tende a non avere «consapevolezza di sé». Chi ha una maggiore «complessità cognitiva» risulta essere meno «consapevole»; con minore «autocontrollo» e con maggiore difficoltà nel «riconoscimento delle emozioni», in sostanza ad essere più disregolato emotivamente.

DISCUSSIONE

Gli esiti di questo studio, pur se condotto su un gruppo ristretto di soggetti, sembrano suggerirci la possibilità di una riformulazione teorica e concettuale lungo un continuum evolutivo, di ciò che abitualmente s'intende per disregolazione emotiva, che si compone di tre dimensioni: il *controllo della rabbia*, intesa come irritabilità e scoppi di rabbia di breve durata; la *labilità affettiva*: brevi e imprevedibili passaggi da un umore normale ad uno stato depresso o moderata eccitazione e l'*iper reattività emotiva*, vista come una diminuzione della capacità di affrontare i fattori di stress della vita quotidiana. Se leggiamo la disregolazione in un profilo evolutivo, vediamo che negli adulti si ritrova nei disturbi dell'umore, nei disturbi d'ansia e soprattutto nel disturbo bipolare e nei disturbi di personalità del cluster B, come spiega Masi [19] nella evoluzione dell'ADHD, sottotipo profilo disregolato (DP).
Alla luce di questo assunto, nel nostro campione, le condotte autolesive appaiono sì agiti disregolati, ma anche aspetti temperamentali, essendo il risultato di una complessa articolazione di fattori di ordine biologico, psicologico e socio-culturale. Come tali ne influenzano gli elementi causali, distali e prossimali, senza tralasciare considerazioni personologiche. Dal nostro studio emerge infatti che l'impulsività costituirebbe una condizione di «tratto» di personalità, e poiché il soggetto risultato "disattento" alla BIS non è in grado di riconoscere le emozioni corrette, diventa così vittima di equivoci e fraintendimenti, aumentando così la rabbia e la frustrazione e il rischio di ripetere i tagli. Chi ha il tratto della "impulsività motoria" tende a perdere maggiormente il controllo, così come chi ha il tratto predominate della "difficoltà a pianificare", risulta essere meno consapevole e quindi più disregolato.
Inoltre emerge quanto sia importante il lavoro psicoterapico perché è necessario comprendere gli stati d'animo antecedenti all'agito autolesivo e aiutare il soggetto a cercare strategie comunicative diverse [20]; proprio in virtù della funzione implicita della regolazione emotiva che necessita di fare un lavoro di base sul conoscere, denominare e discriminare le varie emozioni; l'inibire comportamenti inappropriati legati a forti impulsi negativi o positivi; lo smorzare le risposte fisiologiche indotte da intense esperienze emotive; il rifocalizzare l'attenzione; il riorganizzarsi in vista di un'azione coordinata al conseguimento di uno scopo esterno. Questo lavoro di ricodifica e rilettura è stato eseguito durante il trattamento psicoterapico con i ragazzi, cercando di favorire una co-regolazione emotiva attraverso la relazione col terapeuta.
Dal punto di vista clinico è estremamente importante costruire una buona alleanza con tutta la famiglia e ricercare in esse le risorse che permettano di affrontare i problemi dei figli. Una buona comunicazione in famiglia rappresenta un fattore protettivo, per questo motivo è prassi nel nostro Sevizio, effettuare un incontro mensile con la coppia genitoriale del minore seguito in psicoterapia individuale e, laddove possibile, effettuare una terapia ad orientamento sistemico-familiare con tutta la famiglia, coinvolgendo anche la fratria.
Per quanto concerne l'impiego dei farmaci nel nostro campione, la metà di loro era in trattamento farmacologico: tre soggetti con antidepressivi e due con antipsicotici atipici. La terapia farmacologica con antidepressivi inibitori selettivi del *reuptake* della serotonina, come la sertralina, ha considerato l'analisi dei rischi, tra i quali proprio l'aumento del rischio suicidario nelle prime fasi dell'assunzione del farmaco, con un monitoraggio, per questi casi, bisettimanale (doppia seduta psicoterapeutica a settimana oppure un incontro col medico e uno con lo psicologo sempre a settimana). Gli ansiolitici non sono mai stati utilizzati poiché non sortiscono l'effetto desiderato e addirittura risultano controproducenti in alcuni casi. Mentre l'uso di antipsicotici atipici, come l'aripiprazolo, ha dimostrato come sia particolarmente efficace nei disturbi che implicano *acting-out* etero e autoaggressivi.
Tuttavia, i risultati migliori si sono ottenuti nei soggetti in cui era associata la psicoterapia, che si è dimostrata più efficace rispetto al solo impiego dei farmaci e al tempo stesso appare potenziare l'effetto della terapia farmacologica. La psicoterapia utilizzata ad orientamento psicodinamico ha previsto comunque l'utilizzo di alcune tecniche cognitivo-comportamentali come lo schema ABC per il monitoraggio settimanale degli agiti autolesivi, per favorire un processo di mentalizzazione o metacognizione rispetto alle emozioni e ai pensieri negativi che precedono i tagli. Tutto ciò atto a favorire il processo di regolazione emotiva che richiede due capacità: l'abilità

di sentire ed etichettare le emozioni provate e l'abilità di ridurre gli stimoli emotivamente rilevanti, che potrebbero causare la riattivazione di emozioni negative/positive oppure risposte emotive secondarie [21].

Questo studio osservazionale su un campione di adolescenti, afferiti al nostro Servizio in un determinato lasso di tempo (4 mesi del secondo lockdown), ha fatto sì che si sia sviluppata una attenzione maggiore nella raccolta anamnestica sugli agiti autolesivi in tutti i minori della fascia di età pre-adolescenziale (10-12 aa) a prescindere dalla richiesta di aiuto con cui si presentano ala NPIA, e per gli adolescenti in carico, un monitoraggio clinico che consideri il rischio evolutivo che vada oltre il limite del raggiungimento della maggiore età, coinvolgendo altri Servizi dello stesso DSM (Dipartimento di Salute Mentale) come il CSM (Centro di Salute Mentale), l'SPDC (Sevizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) e il SER-D (Servizio per le Dipendenze), per verificare quanti ragazzi con NSSI hanno poi sviluppato un disturbo che li ha portati ai Servizi per gli adulti (ad esempio un disturbo borderline di personalità in comorbilità con un disturbo dell'umore sul versante bipolare associato o meno all'uso di sostanze). Questo argomento sarà oggetto di ulteriori lavori, magari più descrittivi che lascino spazio ai ragazzi nel descrivere ciò che per ognuno di loro significa "tagliarsi". Così come Rossi, Monti e D'Agostino hanno cercato di sintetizzare nel loro lavoro del 2009 [22], declinando il cutting, tra le tante forme, come "Volgere in attivo, cambiare pelle" – Del mio corpo faccio quello che voglio! Il *cutting* ribalta l'esperienza di passività tipica dell'adolescenza trovando un senso, consentendo una nuova figurazione, o infrange "l'esperienza di depersonalizzazione" in cui l'adolescente vive.

Bibliografia

1 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing 2013.

2 Swannell SV, Martin GE, Page A, et al. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. Suicide Life Threat Behav 2014;44:273-303.

3 Cipriano A, Cella S, Cotrufo, P. Autolesionismo non suicidario: una revisione sistematica. Davanti Psicol 2017;8:1946.

4 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). 5th ed. Text Revised. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing 2022.

5 Luxardi GL. Prevenzione dell'autolesività non suicidaria (Non Suicidal Self-Injury). In: Becciu M, Colasanti AR, Prevenzione e salute mentale. Manuale di Psicologia Preventiva. Milano: Franco Angeli 2016.

6 Claes L, Fagundo AB, Jiménez-Murcia S, et al. Is Nonsuicidal Self-injury Related to Impulsivity in Anorexia Nervosa? Results from Self-report and Performance-based Tasks Eur. Eating Disorders Rev 2015;23:28-33.

7 Andover MS; Morris Blair W. Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury Can J Psychiatr 2014;59:569-575.

8 Costa RP, Peixoto AL, Lucas CC, et al. Profile of non-suicidal self-injury inadolescents: interface with impulsiveness and loneliness. J Pediatr (Rio J) 2021;97:184-190.

9 Tang WC, Lin MP, You J. Prevalence and psychosocial risk factors of nonsuicidal self-injury among adolescents during the COVID-19 outbreak. Curr Psychol 2021:1-10.

10 Torales J, O'Higgins M, Castaldelli Maia JM, et al. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. Int J Soc Psychiatry 2020; 66:317-320.

11 Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. Psychiatry Res 2006;144:65-72.

12 12 Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. Curr Dir Psychol 2009;18:78-83.

13 Haw C, Hawton K, Houston K, et al. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. Br J Psychiatry 2001;178:48-54.

14 Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. Am J Orthopsychiatry 2002;72:128-140.

15 Fossati A, Barratt ES, Acquarini E, et al. Psychometric properties of an adolescent version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 for a sample of Italian high school students. Percept Mot Skills 2002;95:621-635.

16 Gratz K, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2004;26:41-54.

17 Sighinolfi C, et al. Traduzione e adattamento ittaliano del Difficulties in Emotion Regulation Strategies (DERS): una ricerca preliminare. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale 2010:141-170.

18 Achenbach TM. Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles.University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington 1991.

19 Masi G, Pari C, Mucci M. La schizofrenia ad esordio prepuberale. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2007;27:16-26.

20 Barbui C, Ostuzzi G, Cipriani A. SSRI plus supportive care more effective than supportive care alone for mild to moderate depression. Evid Based Ment Health 2009;12:109.

21 Andover Y-H, Morris MS. Expanding and Clarifying the Role of Emotion Regulation Nonsuicidal Self-Injury. Can J Psychiatry 2014;59: 569-575.

22 Rossi Monti M, D'Agostino A. L'autolesionismo. Roma: Carocci editore 2009.

Area Sezioni Scientifiche

Adolescenti minori stranieri non accompagnati a Trieste, l'impatto sulla salute mentale tra traumi pregressi e difficoltà di integrazione: uno studio quali-quantitativo

Unaccompanied refugee minors in Trieste, impact on mental health of past trauma and difficult integration: a quali-quantitative study

Dragan Bjelic[1], Francesca Perucco[2-4], Ludovica Barbi[5], Egidio Barbi[1-3], Giuseppe Abbracciavento[2]

[1] Università degli Studi di Trieste; [2] Struttura Complessa Neuropsichiatria Infantile, IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste; [3] Clinica Pediatrica, IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste; [4] Università di Genova, DINOGMI Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze materno-infantili; [5] Department of Medicine, Maastricht University, FHML, Maastricht, the Netherlands

Riassunto

I minori stranieri non accompagnati sono una categoria vulnerabile, con un alto rischio di patologie mentali ben documentato in letteratura. Di contro, mancano lavori che associno metodiche di analisi qualitativa e quantitativa.

In questo studio siamo andati a cercare gli *outcome* di salute mentale in una popolazione accolta sul territorio del comune di Trieste.

La ricerca è stata condotta attraverso un modello misto (quali-quantitativo), abbinando a uno studio trasversale, che ha previsto l'utilizzo del questionario SDQ (*Strenghts and Difficulties Questionnaire*), un'analisi qualitativa condotta attraverso *focus group* e *key-informant interviews*.

È stata rilevata un'alta prevalenza di problematiche interiorizzanti, in particolare nei rapporti con i pari (74% dei minori sono risultati a rischio), mentre le problematiche esteriorizzanti sono risultate generalmente nella norma. Si sono evidenziate discrepanze tra i dati quantitativi e qualitativi. A riguardo la letteratura suggerisce che indagini psicometriche in questa popolazione possono risultare non attendibili a causa di risposte falsate per il timore che queste condizionino negativamente il percorso di accoglienza.

Nelle interviste è emerso un passato comune di esperienze traumatiche che, insieme alle difficili condizioni di integrazione, possono aver influenzato negativamente il benessere psicologico dei minori. Anche nei casi in cui emergono bisogni di salute nell'ambito neuropsichiatrico, si è evidenziato un ritardo all'accesso ai servizi di cura.

Sebbene i risultati di questo studio siano da considerarsi preliminari il dato quali-qualitativo permettere di ampliare le conoscenze sul tema del percorso migratorio e di integrazione dei minori stranieri non accompagnati residenti in Italia.

Parole chiave: minori, stranieri, non accompagnati, salute mentale

Summary

Unaccompanied refugee minors are a vulnerable category, with a high risk of mental illness well documented in scientific literature. On the other hand, there is a lack of research that associate quantitative and qualitative methods of analysis. In this study we went to look for mental health outcomes in a population hosted in the territory of the municipality of Trieste.

The research was conducted through a mixed model (quali-quantitative), combining a cross-sectional study, with the use of the Strenghts and Difficulties Questionnaire, with focus groups and key-informant interviews.

A high prevalence of internalizing problems was found, particularly in relationships with peers (74% of minors were found to be at risk), while externalizing problems were generally within the norm. However, discrepancies were noted between the quantitative and the qualitative data, as the minors under-declared their problems in the test from fear of compromising their reception process.

The interviews showed a common history of traumatic experiences which, combined with daily stressors, negatively impacted their mental health, observable through frequent conduct problems and precarious management of emotions. Access to healthcare services is difficult and the regulations in place in the area instead of helping to mitigate the difficulties of integration, create further problems. Therefore, a legislative breakthrough is needed aimed at the welfare and protection of the rights of this population.

The results of this study are to be considered as preliminary as further diagnostic investigations are needed to validate the outcomes.

Keywords: unaccompanied, refugee, minors, mental health

CORRISPONDENZA

Giuseppe Abbracciavento, Struttura Complessa Neuropsichiatria Infantile, IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste - E-mail: g.abbracciavento@gmail.com

INTRODUZIONE

Si definisce minore straniero non accompagnato (MSNA) "il minorenne non avente cittadinanza italiana o dell'Unione europea che si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato o che è altrimenti sottoposto alla giurisdizione italiana, privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano" [1]. Si tratta perciò di soggetti con un'età inferiore ai diciotto anni che possono o essere completamente soli o vivere con adulti diversi dai genitori, che non ne siano tutori o affidatari legalmente riconosciuti.

In Italia la figura del MSNA è regolata dalla la legge 7 aprile 2017 n. 47, la cosiddetta Legge Zampa. La normativa ha rappresentato un importante passo avanti per la protezione degli MSNA equiparandoli in quanto a diritti in materia di protezione, ai minori italiani e comunitari e riconoscendo la loro "condizione di maggiore vulnerabilità", oltre a richiedere che la loro "assistenza affettiva e psicologica venga assicurata, in ogni stato e grado di procedimento" [1].

La loro presenza in Italia è in netta crescita negli ultimi anni: se alla fine del 2020 il numero era pari a 7080, alla fine del 2022 è stata superata la soglia dei 20000, con un aumento del 287% in soli due anni, solo in parte a causa della guerra in Ucraina (Tab. I) [2]. La regione Friuli-Venezia Giulia rimane invece la principale sede di accoglienza per minori pakistani in arrivo attraverso la rotta balcanica, con 285 minori su 1082 (26,3%) stazionati in regione. Altre nazionalità di origine sono quella egiziana, tunisina, albanese, afgana e bengalese. Per quanto riguarda invece la città di Trieste, l'ultimo report regionale risalente alla fine del 2021 la colloca al primo posto come comune per accoglienza di MSNA in Regione Friuli-Venezia Giulia.

In letteratura sono presenti molti studi volti a valutare lo stato della salute mentale degli MSNA; l'ultima revisione sistematica, datata 2022, ha preso in esame 23 studi condotti negli ultimi 5 anni su oltre 80000 minori complessivi e ha concluso che il disturbo post traumatico da stress, il disturbo d'ansia e la depressione rappresentano i problemi prevalenti per questa popolazione, trovando un tasso superiore di suicidi rispetto alla popolazione pari età europea. Veniva quindi evidenziata la necessità di un intervento precoce nei paesi d'accoglienza a tutela della salute mentale [3]. Infatti, una scarsa integrazione sociale unita a difficoltà di accesso alle cure, contribuiscono a tassi più alti di disturbi mentali nel lungo periodo in una popolazione di migranti e rifugiati [4].

Tabella I. MSNA presenti in Italia dal 2020 al 2022.

Data	Numero minori
31.12.2022	20089
31.12.2021	12284
31.12.2020	7080

Scopo della ricerca e obiettivi

Lo scopo di questa ricerca è la valutazione e l'analisi quali-quantitativa dello stato di salute mentale di una popolazione di minori stranieri non accompagnati a Trieste, facente parte di un contesto comunitario di accoglienza.

Lo studio è ispirato ad un approccio di *ricerca-azione*. Questa metodologia di ricerca ha tre caratteristiche fondanti: 1. è focalizzato sui problemi; 2. è contesto specifico; 3. è orientato all'azione, al cambiamento, al futuro. Il contesto si indaga attraverso metodologie di gruppo (lo stesso gruppo che vuole analizzare i problemi e che vuole cambiare) ossia, si coinvolgono attivamente i partecipanti nella ricerca (nella ricerca-azione la soglia ricercatore-partecipante è continuamente attraversata in entrambe le direzioni). Il ricercatore che innesca il processo lavora con un approccio collaborativo con i partecipanti che sono attivamente coinvolti nel processo di raccolta e di analisi dei dati. Le nuove conoscenze sono quindi co-generate attraverso riflessioni interattive gruppali che generano le azioni da intraprendere.

La peculiarità e ricchezza di tale studio è l'utilizzo di più metodologie, sia qualitative che quantitative. Inoltre, il setting di ricerca è costituito da gruppi di analisi con il coinvolgimento di più figure e ruoli (operatori di comunità per MSNA e utenti di comunità MSNA), ampliando quindi la possibilità di analisi sul problema affrontato dallo studio.

Il lavoro complessivo e l'analisi dei dati saranno finalizzati tanto a sviluppare sistemi di conoscenza quanto a procedure di azione volte al cambiamento.

Gli obiettivi sono:

1. valutare la salute mentale della popolazione MSNA locale;
2. analizzare il loro contesto di vita pregresso e presente;
3. innescare processi trasformativi nell'ambiente attraverso la partecipazione attiva di minori e di operatori di comunità.

METODI

Lo studio utilizza un approccio metodologico misto avendo una presenza complementare di disegni di ricerca quantitativi e qualitativi. I risultati ottenuti dai due metodi avranno una funzione di convergenza e di complementarietà. I dati raccolti verranno integrati per meglio caratterizzare e comprendere il contesto di studio [5].

Disegno di ricerca quantitativo

Il modello di ricerca quantitativo utilizzato è stato quello dello studio trasversale, detto anche di prevalenza (in inglese *cross-sectional study*), un tipo di studio osservazionale in cui la presenza di una qualsiasi condizione del soggetto e la registrazione del risultato avvengono nello stesso momento. Lo studio trasversale può quindi essere considerato una "fotografia istantanea" del campione esaminato e la valutazione della presenza di un fenomeno nel preciso istante in cui si è deciso di compiere il rilevamento.
Nel nostro lavoro è stato utilizzato il questionario validato SDQ (*Strenghts and Difficulties Questionnaire*), un breve questionario comportamentale di screening, diffusamente utilizzato in quanto tradotto in 89 lingue differenti e con dati normativi valutati in 10 Paesi. Il tempo stimato di compilazione è di circa 5-10 minuti e sono previsti questionari specifici per genitori, insegnati o minori di età compresa tra gli 11 e i 17 anni. I minori con gli "score di difficoltà" più elevati mostrano un maggiore rischio di psicopatologia [6].
Il test è composto da 25 item (con punteggio grezzo da 0 a 2) divisi in 5 sottoscale, 4 delle quali valutano le difficoltà:
- sintomi emozionali (5 item);
- problemi di condotta (5 item);
- iperattività (5 item);
- rapporti problematici con i pari (5 item).

La quinta sottoscala valuta i punti di forza del soggetto:
- comportamento prosociale (5 item).

Il punteggio grezzo per ciascuna sottoscala è compreso tra 0 e 10, ed è categorizzato in quattro livelli secondo correzioni relative al modello anglosassone: "vicino alla norma", "leggermente aumentato/ridotto" "alto/ridotto", "molto alto/ridotto".
Unendo il punteggio delle 4 sottoscale di "difficoltà" si ottiene lo Score Totale di Difficoltà del test, con score grezzo che varia da 0 e 40 e che può essere classificato come segue:
- "vicino alla norma" (0-14 punti);
- "leggermente aumentato" (15-17 punti);
- "alto" (18-19 punti);
- "molto alto" (20-40 punti) [7].

Le sottoscale "difficoltà" possono essere aggregate ulteriormente in due gruppi con uno score che varia da 0 a 20:
- problemi di internalizzazione (sintomi emozionali + rapporti problematici con i pari);
- problemi di esternalizzazione (iperattività + problemi di condotta).

Disegno di ricerca qualitativo

La fase qualitativa della ricerca è stata svolta utilizzando due strumenti: i *focus group* e le *key informant interviews*.
I *focus group* sono delle discussioni di gruppo attentamente pianificate per ottenere informazioni su specifiche aree di interesse. Sono guidate da un moderatore che seguendo una traccia semi-strutturata propone stimoli ai partecipanti.
Le *key informant interviews* invece sono delle interviste semi-strutturate realizzate con soggetti a stretto contatto con la realtà in esame, per avere un punto di vista esperto e complementare.
In entrambi i casi è stata seguita una traccia di domande a risposta aperta, differenziando il pool di domande per operatori e MSNA. I temi affrontati nel contesto dei *focus group* e delle *key informant interview* sono stati i seguenti:
- vita nel paese di origine;
- motivazioni al percorso migratorio;
- viaggio migratorio;
- vita in comunità;
- sistema di accoglienza;
- integrazione con i pari;
- autoanalisi e vissuti emotivi;
- progettualità di vita futura.

Raccolta e analisi dei dati

Tutti i MSNA coinvolti nello studio sono minori accolti in centri gestiti da un'unica cooperativa attiva nell'ambito dell'accoglienza di MSNA sul territorio di Trieste.
L'arruolamento nella ricerca è avvenuto previo consenso scritto informato di ogni minore e del tutore di riferimento.
Il periodo di arruolamento e raccolta dei dati è avvenuto tra il 2021 e il 2023.
La compilazione dell'SDQ è avvenuta fornendo versione in lingua d'origine scaricabile dal sito www.sdqinfo.org [8].
La compilazione è avvenuta all'interno delle strutture comunitarie dove risiedono i minori, garantendo un setting accogliente e adeguato al processo di ricerca.
Le comunicazioni sono avvenute con l'ausilio di un mediatore culturale. Contestualmente alla compilazione dell'SDQ sono stati raccolti dati anagrafici: età, nazione d'origine, tempo trascorso in comunità.
I *focus group* con i minori sono stati svolti successivamente alla compilazione dei questionari. In totale si sono svolte quattro sessioni. I soggetti sono stati raggruppati nei *focus groups* in base ad appartenenza linguistica/culturale coinvolgendo specifico mediatore/traduttore. Nello specifico sono stati effettuati due *focus group* con minori di origine araba, un *focus group* con minori provenienti da Pakistan/Afghanistan e un focus group con minori di origine albanese. I gruppi prevedevano un numero di circa 10 partecipanti.
Sono state svolte due *key informant interviews*. In un caso si è trattato di un'intervista a un'equipe educativa

di uno dei gruppi-appartamento, composta da cinque operatori, svolta in assenza del responsabile. L'altra intervista è stata invece condotta con il responsabile del Servizio educativo.
Previo consenso e rispetto delle norme sulla privacy, i *focus groups* e le interviste sono state trascritte mantenendo l'anonimato dei partecipanti. È stata poi applicata una metodologia di analisi dei dati con aggregazione delle aree di discussione in macro-categorie tematiche.

Il campione

Il totale del campione arruolato è stato di 42 minori, con un'età media di 16 anni, composto esclusivamente da persone di sesso maschile.
La distribuzione delle nazionalità è risultata coerente con i dati regionali disponibili; il gruppo etnico dominante è risultato essere quello pakistano con il 40% del campione dello studio (17 soggetti). Il rimanente 60% (35 soggetti) è risultato composto da minori di origine tunisina, egiziana, afgana, albanese e bengalese (Fig. 1).
I ragazzi coinvolti nello studio riferivano un tempo medio di permanenza in comunità pari a circa 8 mesi (Fig. 2).

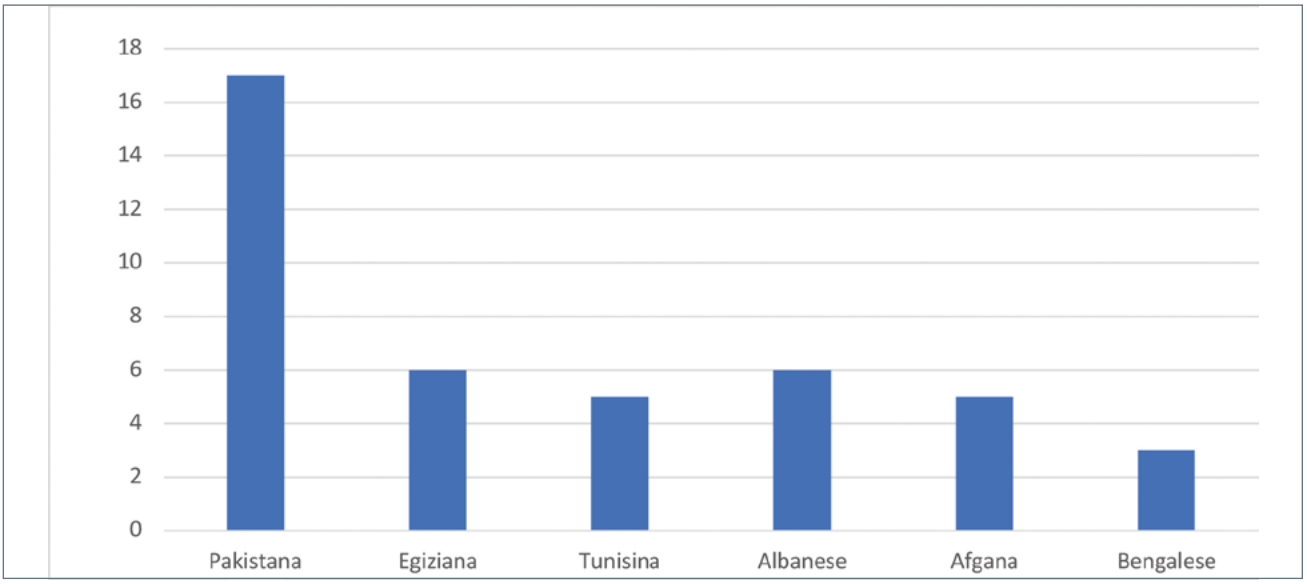


Figura 1. Distribuzione di nazionalità.

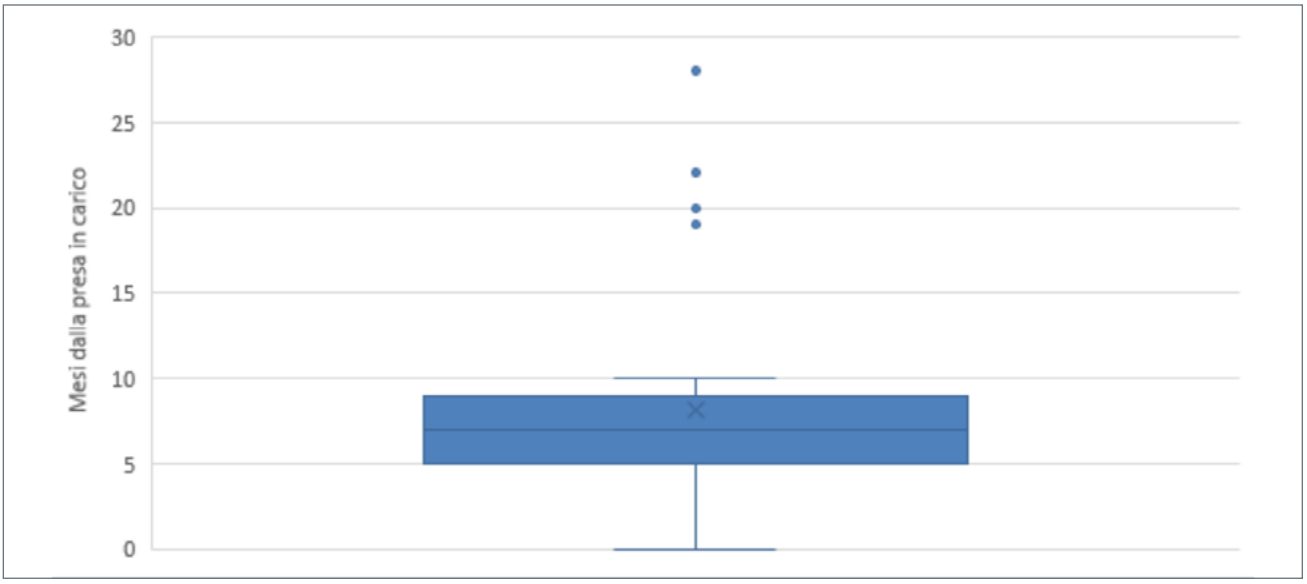


Figura 2. Tempo trascorso dalla presa in carico espresso in mesi.

RISULTATI

Dati quantitativi

Nella Tabella II vengono riportati i punteggi medi delle sottoscale ottenuti dai minori, suddivisi per provenienza geografica.
Dall'analisi dei dati è possibile indicare le osservazioni di maggiore interesse:

- i punteggi grezzi della sottoscale "problemi internalizzanti" mostrano un valore assoluto quasi doppio rispetto ai punteggi ottenuti nella sottoscale "problemi esternalizzanti".
- è presente una sostanziosa differenza di punteggio nella scala "difficoltà totale", con valori più alti nei minori di origine pakistana, egiziana e tunisina rispetto ai minori provenienti da altre nazionalità ovvero bengalese, afgana e albanese.
- l'analisi della sottoscala del comportamento prosociale, considerato come punto di forza, mostra come il campione di minori di origine albanese sia l'unico a presentare punteggi "ridotti", ovvero sotto la norma nella scala di riferimento.

Nella Tabella III, analizzando l'intero campione e suddividendo i punteggi in categorie di rischio si evidenzia che nella sottoscala relativa ai problemi emozionali il 31% dei soggetti ottiene punteggi aumentati rispetto alla norma, mentre nella sottoscala dei rapporti problematici con i pari il 74% del campione totale riporta punteggi aumentati rispetto alla norma.
Queste sottoscale descrivono problematiche relative all'area dei sintomi internalizzanti.
Per quanto riguarda l'area dei sintomi esternalizzanti invece, il 12% dei soggetti raggiunge punteggi lievemente aumentati nella sottoscala dei problemi di condotta mentre solo il 5% del campione riporta punteggi superiori alla norma per quanto riguarda l'iperattività.

Dati qualitativi

Dall'analisi delle interviste sono state enucleate sette macro-tematiche di analisi. Quanto segue è il frutto della raccolta delle esperienze degli operatori di comunità e dei ragazzi, nel rispetto dei quali si è scelto di usare nomi di fantasia.

- Vita nel paese di origine;
- viaggio migratorio;

Tabella II. Punteggi grezzi SDQ suddivisi per nazionalità.

Valori	Pakistana (N = 17)	Egiziana (N = 6)	Tunisina (N = 5)	Albanese (N = 6)	Afgana (N = 5)	Bengalese (N = 3)	Media complessiva	Range di riferimento
Media di Problemi emozionali	4,76	3,50	4,00	0,83	1,20	3,67	3,43	0-10
Media di Problemi di condotta	1,53	2,33	2,20	2,50	0,60	0,33	1,67	0-10
Media di Iperattività	2,82	2,83	2,00	1,17	0,40	1,67	2,12	0-10
Media di Rapporti problematici con i pari	3,71	3,67	5,00	2,83	3,20	3,00	3,62	0-10
Media di Comportamento Prosociale	8,47	9,50	8,40	6,33	10,00	10,00	8,60	0-10
Media di Problemi di internalizzazione	8,47	7,17	9,00	3,67	4,40	6,67	7,05	0 – 20
Media di Problemi di esternalizzazione	4,35	5,17	4,20	3,67	1,00	2,00	3,79	0-20
Media di Difficoltà Totale	12,82	12,33	13,20	7,33	5,40	8,67	10,83	0-40

Tabella III. Punteggi ponderati suddivisi in categorie di rischio.

	Vicino alla norma	Leggermente aumentato	Alto	Molto Alto	Tot valori fuori norma
Problemi emozionali	69%	14%	7%	10%	31%
Problemi di condotta	88%	12%	0%	0%	12%
Iperattività	95%	0%	5%	0%	5%
Rapporti problematici con i pari	26%	26%	12%	36%	74%
Difficoltà totale	76%	12%	5%	7%	24%
Comportamento prosociale	81%	12%	7%	0%	19%

- vita in comunità;
- sistema di accoglienza;
- integrazione;
- salute mentale;
- progettualità di vita futura.

Vita nel paese di origine

"*Andavamo a scuola, lavoravamo (in nero). Io facevo il saldatore … sono partito per cercare una vita migliore*"
"*Ci sono molti problemi economici. Lì si può essere felici solo se si hanno soldi*".
"*Ho avuto problemi con i talebani. Sono venuti nel mio villaggio e per salvarmi sono dovuto fuggire. Sennò la mia vita lì andava bene*".
Interrogando i minori sulla vita nel paese d'origine ciò che è emerso più frequentemente e con maggiore rilevanza è la condizione di difficoltà economica del contesto sociale di appartenenza. Indipendentemente dalla provenienza, sia questa l'Albania, il nord Africa o il Medio Oriente, tutti si sono confrontati con situazioni di svantaggio economico e sociale e hanno trovato in esse il principale motivo di migrazione verso l'Europa.
L'altra problematica riportata, in questo caso circoscritta ai minori di origine pakistana e afgana, è relativa alla presenza di fondamentalisti religiosi e terrorismi che inducono i minori a fuggire per evitare ritorsioni rispetto ad un eventuale rifiuto di collaborazione.
Nonostante le difficoltà espresse, alcuni minori ricordano la vita trascorsa nel paese di origine con un'accezione positiva. Muhammad (15 anni, Egitto) rispetto alla vita prima del viaggio migratorio dichiara "*tutto bene… anzi, 90% bene*"; il motivo che lo ha spinto ad abbandonare il proprio paese viene riferito unicamente alle difficoltà economiche. Yabhir (17 anni, Pakistan) riporta "*lì felici solo se si hanno soldi*". Quasi tutti i minori hanno dichiarato che sarebbero rimasti nel paese di origine se avessero avuto possibilità economiche tali da garantire a sé e alla propria famiglia una buona qualità di vita. Dai racconti emergono, nella maggior parte dei casi, vissuti di eccessiva responsabilizzazione da parte degli adulti di riferimento.

Viaggio migratorio

"*Io sono partito per avere salva la vita, per fuggire dai talebani*"
"*Sono partito in accordo con la famiglia. Hanno dovuto vendere la casa per finanziare il viaggio*"
"*Io sono partito di mia spontanea volontà, ho avvisato la famiglia solo quando sono arrivato in Turchia… avevano paura per me. Sanno che è un viaggio difficile*"
Il percorso migratorio varia a seconda del paese di origine e del contesto sociale di provenienza.
Diversi minori scelgono di partire condividendo la decisione con le famiglie che incentivano e finanziano economicamente il viaggio, talvolta indebitandosi a tal punto da dover vendere la casa. In altre situazioni invece è il minore che prende la scelta in autonomia, contro il volere della famiglia.
"*Il viaggio era difficile. C'erano molte fermate, alcuni pezzi li abbiamo fatti in macchina, altri a piedi con un gruppo di persone*"
"*La famiglia aveva paura per il viaggio, siamo stati due giorni senza acqua in mezzo al deserto*".
"*In barca, c'erano 750 persone … avevo molta paura di morire in barca*".
"*Non ho voluto prendere la barca, sono andato [dal nord Africa] fino in Turchia e poi verso i Balcani*".
I mezzi di trasporto utilizzati nel viaggio possono variare:

- i minori provenienti dall'Albania arrivano in Italia in autobus, in pochissimi giorni se non ore, solitamente senza riferite problematiche o ostacoli;
- i minori provenienti dall'Egitto e Tunisia arrivano via mare, salpando o dalle coste della Libia o dalla Tunisia, su barche che trasportano centinaia di persone in un unico viaggio. La traversata in mare senza sosta può durare diversi giorni;
- i minori provenienti da Pakistan, Afghanistan e Bangladesh, riportano esperienze di viaggio che variano a seconda delle disponibilità economiche. La durata può andare da pochi mesi ad anni. Durante tale periodo, i ragazzi per poter finanziare il viaggio, possono trovarsi costretti a lavorare nei paesi di passaggio. Gli spostamenti vengono compiuti perlopiù a piedi, prediligendo il passaggio attraverso aree meno urbanizzate. Una minima parte di minori riferisce di aver avuto la possibilità di effettuare spostamenti in barca o in aereo.

Il viaggio di molti minori viene connotato da esperienze traumatiche. Per i minori provenienti dalla Tunisia e dall'Egitto le due parole più usate nel corso della narrazione del proprio viaggio migratorio sono "*morte*" e "*avventura*". Durante il tragitto è usuale trascorrere periodi di digiuno prolungato, in assenza di acqua potabile a disposizione.
"*Alcuni ragazzi che facevano il viaggio con me sono stati uccisi, proprio accanto a me*".
I minori provenienti dal Pakistan e Afghanistan riportano, maggiormente problematiche relative agli attraversamenti dei confini tra paesi. Sono stati raccontati episodi a valenza traumatica, riferendo violenze subite e assistite ai danni di altri migranti, ad opera della polizia di frontiera. Bahil (17 anni, Afghanistan), racconta il suo viaggio dicendo che "*bisogna solo correre e non pensare … mi hanno puntato il fucile addosso quindi mi sono fermato e poi mi hanno picchiato mentre ero a terra. Pensavo che mi avrebbero ucciso. Poi mi hanno preso e mi hanno rimandato in Iran. Se sapevo come andava a finire non mi sarei mai fermato, piuttosto avrei rischiato di farmi sparare*".

Salhé (16 anni, Pakistan) racconta la sua esperienza di passaggio della frontiera tra due paesi dicendo "*Io ho provato ad attraversarla quattro volte. La polizia ti spara addosso, su tutta l'area dove noi stiamo cercando di passare il confine*".
Da quanto riportato dagli operatori delle comunità emerge che molti minori, all'arrivo in Italia mostrano segni visibili attribuiti alle violenze subite: lesioni alle gambe e ai piedi, lividi.
Il viaggio migratorio si caratterizza inoltre per condizioni igieniche sanitarie precarie, elemento sostanziato dal riscontro di infezioni parassitarie o condizioni cliniche precarie all'arrivo.
La valenza traumatica del viaggio trova fondamento nelle reazioni emotive che i ragazzi manifestano al momento della rievocazione del percorso migratorio, talvolta esplicitando il desiderio di non volerci mai più ripensare.
"*Grazie a Dio che siamo sopravvissuti, è incredibile quello che abbiamo dovuto passare*"
"*Non voglio ripensarci, fa paura*".

Vita in comunità

"*La vita in comunità è piena di piccoli problemi, soprattutto nel rapporto con gli operatori. Non si fidano di noi, continuano a guardarci e sorvegliarci*"
"*Quando arriva un operatore nuovo gli altri gli dicono subito di non fidarsi di noi*"
"*La vita in comunità è ok, gli operatori sono presenti e si interessano, ma non tutti*".
In questa sezione viene elaborato il vissuto degli operatori e dei ragazzi relativamente alla convivenza nella comunità di accoglienza.
I referenti della comunità esplicitano alcuni degli obiettivi da raggiungere in un progetto dedicato ai minori stranieri non accompagnati: "*Gli obiettivi sono tanti: in primis farli stare bene, dar loro un supporto emotivo e lavorativo, far loro capire com'è il mondo qui … Fornire assistenza, fare integrazione … non mero assistenzialismo…*"
Gli operatori di comunità possono provenire da percorsi formativi ed esperienze professionali variegate e non uniformi. Dalle interviste ad alcuni di loro, tra i limiti che si riconoscono, è emersa proprio la difficoltà di trovarsi ad operare senza avere una formazione specifica che li prepari adeguatamente al contesto di lavoro: "*Non ci dovrei essere io, perché io non sono un educatore di professione. Ci vuole una preparazione specifica che invece manca … non ci sono operatori professionali che abbondino in questo lavoro, basterebbe fossero anche solo il 30%*".
Il rapporto tra i minori e gli operatori è stato nella maggior parte dei casi descritto come positivo, si evincono sentimenti di gratitudine da parte degli ospiti e soddisfazione professionale da parte degli operatori. In una delle quattro realtà abitative sono state invece riscontrate alcune criticità rispetto alla relazione operatori-minori. Alla domanda "*Cosa vorresti cambiare della tua comunità?*" i minori hanno risposto "*gli operatori*"; gli stessi hanno poi riferito "*nessuno chiede come stai o come è andata la giornata*", viene esplicitato da parte dei ragazzi una chiara percezione di evitamento e disinteresse nei loro confronti. Ciò viene confermato dagli stessi operatori, che nell'analizzare la condizione di tensione, attribuiscono tali atteggiamenti ad un generale senso di stanchezza e frustrazione per un mancato riconoscimento di valore al loro operato.
Altro elemento evidenziato in alcuni dei contesti residenziali presi in esame riguarda la difficoltà di integrazione e convivenza tra gli ospiti minorenni. Gli stessi ragazzi riportano come differenze di età o differenze etniche-culturali impattino negativamente sul loro percorso in comunità.

Sistema di accoglienza

In questa macroarea tematica vengono analizzate le criticità del sistema di accoglienza partendo dalle testimonianze degli educatori e dei referenti di struttura.
Sono riportate significative disomogeneità in termini di opportunità e diritti in base al Comune di accoglienza. La qualità del progetto educativo e di inserimento nel mondo del lavoro (es. strumento borsa-lavoro), può variare a seconda dei fondi stanziati dal singolo comune.
Nonostante la legge Zampa equipari i minori stranieri non accompagnati ai minori italiani in termini di diritti in materia di protezione e tutela dell'infanzia, da quanto riportato dagli operatori intervistati si evince una condizione di disparità nell'erogazione dei fondi a favore dei minori italiani. La stessa legge Zampa ha introdotto la figura del "tutore volontario". Si tratta di un privato cittadino che, previa frequenza di un corso di formazione e inserimento nell'elenco istituito presso il Tribunale dei Minori, si rende disponibile ad esercitare la rappresentanza legale di un minore straniero non accompagnato. Viene tuttavia condivisa una stima relativa al territorio studiato, dove circa due MSNA su tre rimangano sprovvisti di tutore in quanto non presente un numero sufficiente di tutori rispetto alla domanda.

Integrazione

Nel contesto studiato emergono alcune criticità nel processo di integrazione, specificatamente negli elementi relativi alle aspettative di accoglienza e alle competenze di adattamento a nuovi contesti socioculturali.
Gli operatori raccontano la delusione dei minori che si aspettano possibilità lavorative ed economiche diverse da quelle proposte. Inseriti in un sistema di accoglienza assistenziale i minori trovano insufficiente l'importo del *pocket money* che la comunità mette loro a disposizione.

A ciò si aggiunge l'insofferenza, riportata da parte degli ospiti della comunità, nell'essere vigilati e controllati e non riconosciuti nella propria autodeterminazione, nonostante il lungo percorso migratorio affrontato in autonomia. Il nuovo contesto potrebbe quindi essere vissuto come infantilizzante e regressivo rispetto ad autonomie già acquisite nelle esperienze vissute. Un'operatrice riconosce vi sia un problema identitario dovuto all'assenza di un ruolo sociale: "*arrivano qui e non riescono a identificarsi più col ruolo che avevano, perché qui non sono quello che la loro famiglia e la loro cultura prevedeva, e non riescono a identificarsi neanche con la nostra cultura*"

La religione e l'identità collettiva rappresentano un'ulteriore distanza culturale tra paese di origine e paese di arrivo, come riportato dagli operatori: "*Molti di loro sono molto credenti… ci vedono come infedeli e questa differenza alimenta un sentimento di estraneità. La difficoltà è farli integrare con i coetanei e con la società del territorio*".

Salute mentale

I minori accolti in Comunità presentano spesso comportamenti disfunzionali e fragilità emotive che suggeriscono uno scarso benessere psicologico.

Francesco (operatore): "*I ragazzi che arrivano qui hanno alti livelli di ansia, di stress e attacchi di panico. J. ha delle cicatrici che fanno pensare ad autolesionismo. In altri casi si sono trovati segni di mozziconi di sigaretta sulle braccia…*"

Giovanna (operatrice): "*Sicuramente hanno dei traumi e c'è una difficoltà a gestire le emozioni. Poi ci sono i disturbi del comportamento…*".

Vengono riportati episodi di rabbia o scarsa tolleranza alle frustrazioni che talvolta esitano in aggressività, agiti pantoclastici, minacce, comportamenti disfunzionali sia internalizzanti, come autolesionismo e chiusura sociale, che esternalizzanti, caratterizzati da comportamenti pericolosi per il minore, per gli operatori o per gli altri ospiti. In tal senso una delle situazioni più gravi raccontata si è verificata quando un minore a seguito di un litigio, ha provato ad aggredire gli altri inquilini del gruppo-appartamento e poi ha tentato un atto anticonservativo buttandosi dal balcone.

Moderatore: "*A livello di aiuto psicologico quanto si può o non si può fare per questi ragazzi?*"

Noemi (operatrice): "*È una tragedia*. *Noi non siamo pronti*".

Antonio (operatore): "*La soglia che deve superare uno dei nostri ragazzi per essere preso in carico è molto diversa da quella di un residente italiano. Il momento migliore per accedere a un servizio di tutela della salute mentale è nella fase acuta. Perché dobbiamo arrivare alla situazione critica prima di agire?*"

Dalla narrazione degli operatori emerge una sensazione di impotenza e di incapacità nel riuscire a rispondere a evidenti bisogni relativi alla salute mentale dei minori ospitati. Vengono enucleati più fattori che impattano negativamente sugli interventi di promozione di salute mentale: scarsa formazione degli operatori, assenza di strumenti specifici, assenza di figure professionali, carenze strutturali.

Progettualità di vita futura

"*Proprio per quello che abbiamo passato dobbiamo impegnarci per costruirci qui una vita, per ripagare gli sforzi*"

"*Dopo i 18 ho paura per i documenti. Senza quelli rischio di essere rimandato indietro*"

I minori intervistati guardano al futuro con un misto di ottimismo e paura.

Gli obiettivi più frequentemente riportati riguardano il percorso scolastico e la ricerca di lavoro. Quasi tutti si immaginano nel futuro in Italia, a Trieste o nelle grandi città come Roma e Milano.

Sono tuttavia sempre presenti timori relativi al futuro e nello specifico al momento del compimento dei 18 anni di età. È certamente diffusa la preoccupazione di non ottenere il permesso di soggiorno, inteso come garanzia di permanenza sul territorio italiano.

Molti immaginano di essere raggiunti dalle persone che amano, per ricongiungersi e creare una famiglia in Italia. Altri sanno bene che la permanenza in un paese europeo non gli permetterebbe di rivedere i propri cari.

DISCUSSIONE

Il modello di ricerca quali-quantitativo utilizzato in questo studio ci permette di interpretare e comprendere meglio i dati raccolti attraverso l'utilizzo di strumenti psicometrici.

I Questionari SDQ hanno mostrato, nell'area dei problemi internalizzanti, un'alta percentuale di punteggi al di sopra della norma (74% dei soggetti) confermando il dato in letteratura secondo cui la popolazione di minori stranieri non accompagnati risulta particolarmente vulnerabile ai sintomi di tale area [9]. Ciò risulta coerente con i dati qualitativi raccolti che evidenziano vissuti traumatici, la cui correlazione con sintomi d'ansia, depressione o disturbo post traumatico è ormai ben nota [12]. Risultano invece meno rappresentati sui questionari compilati i punteggi relativi all'area dei sintomi esternalizzanti. Anche questo dato già presente in letteratura, suggerisce cautela nel considerare attendibile l'esplorazione dei sintomi di questa area. In tal senso il nostro studio mette in luce una rilevante discrepanza tra risultati quantitativi e l'analisi qualitativa. Nel corso delle

interviste, l'equipe educativa ha denunciato frequenti problematiche comportamentali dei minori sollevando dubbi sull'affidabilità delle risposte al test. Mentre gli stessi minori hanno riferito di difficoltà comportamentali nel tollerare le regole della comunità o nella relazione con gli altri ospiti della comunità. Ulteriori studi hanno infatti evidenziato un bias interpretativo, relativo alla volontà di sotto-rappresentare o sovra-rappresentare sintomi o esperienze traumatiche in base alla tipologia di accoglienza e alla convenienza del momento [10].

Questo dato sottolinea il valore aggiunto di un approccio quali-quantitativo nell'analisi di questa popolazione e l'effetto sinergico che le due tipologie di studio possono avere nel descrivere la situazione reale.

L'SDQ è un questionario che presenta alta specificità, 94,6% (CI 94,1-95,1%), ma una sensibilità medio/bassa, 63,3% (CI 59,7-66,9%), con un discreto numero di falsi negativi e una minoranza di falsi positivi [11]. Per tale motivo il questionario viene usato primariamente per identificare un campione a rischio nella popolazione generale. È necessaria una valutazione successiva con strumenti diagnostici più sensibili per identificare un eventuale disturbo all'interno del campione a rischio.

Nella popolazione analizzata, valori più elevati sono stati riscontrati nelle sottoscale dei sintomi internalizzanti relative ai rapporti problematici con i pari e ai disturbi emozionali in cui rispettivamente il 74% e il 31% dei soggetti ha ottenuto punteggi al di sopra della norma.

Il punteggio totale delle difficoltà è risultato aumentato rispetto alla norma nel 23% dei casi.

Considerata la vulnerabilità dei minori stranieri non accompagnati come popolazione a rischio per possibile sviluppo di disturbi mentali, il riscontro di un punteggio elevato in una singola sottoscala può fornire una valida indicazione ad approfondire ulteriormente lo stato mentale del minore [11].

I dati qualitativi raccolti permettono di caratterizzare meglio alcune fragilità che impattano sui processi di adattamento e sulla condizione di salute mentale.

Uno dei fattori che può maggiormente interferire sul percorso di integrazione del minore è rappresentato dalla difficoltà di adattamento al ruolo sociale dell'adolescente nel nuovo contesto di accoglienza. Questo ruolo assume spesso significati culturali discordanti tra paese d'origine e paese d'accoglienza.

Abbiamo infatti descritto l'esperienza di adolescenti che affrontano in autonomia un lungo e pericoloso viaggio migratorio. La migrazione è nella maggior parte dei casi dettata da condizioni di povertà e disagio e talvolta è proprio il nucleo famigliare a incoraggiare la partenza, attribuendo al minore un ruolo di responsabilità nei confronti di chi resta. Nel corso del viaggio migratorio i ragazzi svolgono di frequente attività lavorative ma molti di loro raccontano di aver iniziato a lavorare ben prima, già nell'età dell'infanzia, nel paese di origine, per contribuire all'economia familiare. A fronte di un contesto di origine così responsabilizzante si contrappone un contesto culturale di accoglienza totalmente differente, vissuto come infantilizzante e regressivo.

Durante i *focus group* sono emersi, infatti, sentimenti di insofferenza nell'essere vigilati e controllati dagli educatori e non riconosciuti nella propria autodeterminazione.

Ulteriori elementi di fragilità riguardano i vissuti traumatici, le barriere linguistiche- culturali, la regolarizzazione della condizione migratoria, l'integrazione nella società del paese di accoglienza, il raggiungimento dell'autonomia economica. A ciò si possono aggiungere situazioni problematiche di vita comunitaria e rapporti conflittuali sia con i pari che con gli operatori.

Un elemento di rilievo clinico, emerso dal confronto con gli operatori, riguarda la difficoltà nell'individuazione e gestione di quadri psicopatologici (es. disturbo post traumatico da stress). Sono stati infatti riportati ritardi di accesso alle cure che possono compromettere l'efficacia di interventi di prevenzione e cura di salute mentale. Tutti questi fattori influenzano negativamente le capacità di adattamento e aumentano ulteriormente il rischio di sviluppare quadri psicopatologici quali disturbi depressivi, d'ansia e del comportamento.

La letteratura suggerisce interventi precoci e di prevenzione per tutelare il benessere psicologico in una popolazione vulnerabile come quella dei MSNA [3], a tale scopo riteniamo utile diffondere l'utilizzo di test validati come la SDQ come strumento di screening per individuare i soggetti a rischio[12]. Purtroppo, dalle *key informant interviews* emerge quanto questa attenzione e cura sia carente nel territorio studiato. I ragazzi si trovano senza la possibilità di accedere a servizi psicologici di prima linea e la presa in carico sul territorio è lenta e spesso inefficace, riservata soltanto a situazioni critiche acute.

In conclusione, questa analisi quali-qualitativa ha permesso di ampliare le conoscenze sul tema del percorso migratorio e sulle difficoltà di integrazione dei minori stranieri non accompagnati residenti in Italia. Si rende evidente la necessità di maggiori sforzi istituzionali e locali al fine di promuovere la salute mentale e contestualmente contrastare le diseguaglianze di salute già in essere, in un sistema di accoglienza che spesso viene descritto e avvertito come inadeguato e iniquo.

Bibliografia

4 Legge 7 aprile 2017, n. 47.

5 Rapporto di approfondimento semestrale MSNA, 31 dicembre 2022.

6 Daniel-Calveras A, Baldaquí N, Baeza I. Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. Child Abuse Negl 2022;133:105865.

7 Giacco D, Laxhman N, Priebe S. Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. Semin Cell Dev Biol 2018;77:144-152.

8 Palinkas LA, Mendon SJ, Hamilton AB. Innovations in Mixed Methods Evaluations. Annu Rev Public Health 2019;40:423-442.

9 Goodman A, Goodman R. Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48:400-403.

10 https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/c0.py

11 https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b0.py

12 Nilsen SA, Kvestad I, Randal SB, et al. Mental health among unaccompanied refugee minors after settling in Norway: A matched cross-sectional study. Scand J Public Health 2023;51:430-441.

13 Loutan L, Bollini P, Pampallona S, et al. Impact of trauma and torture on asylum-seekers. Eur J Public Health 1999;9:93-96.

14 Goodman R, Ford T, Simmons H, et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. Br J Psychiatry 2000;177:534-539.

15 Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, et al. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. Eur Child Adolesc Psychiatry 2014;23:337-346.

Giornale di NEUROPSICHIATRIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA 2023;43:151-163

Area Sezioni Scientifiche

Body shaming e disturbi alimentari: studio pilota su un campione di 50 pazienti

Body Shaming and Eating Disorders: a pilot study on a sample of 50 patients

Chiara Capozzi[1], Agnese Zardi[1], Jacopo Pruccoli[1], Duccio Maria Cordelli[1-2], Antonia Parmeggiani[1-2], Francesca Rossi[2-3]

[1] Università di Bologna, Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile di Bologna; [2] Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile e Centro Regionale sui Disturbi della Nutrizione in età evolutiva, IRCSS, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Ospedale Bellaria Ausl Bologna; [3] Associazione Dioscuri

Riassunto

Introduzione. Il *body shaming* (BS) è una pratica che consiste in prese in giro e denigrazioni riguardanti la forma del corpo, perpetuata principalmente online. Il BS può provocare un abbassamento dell'autostima, disturbi ansiosi con conseguente aumento di sintomi depressivi. In persone affette da un disturbo alimentare, queste pratiche denigratorie possono esacerbare il disturbo o aggravare quadri di disturbi dell'umore o di dismorfismo corporeo.

Obiettivi. A) Indagare attraverso una batteria di test la percezione del proprio corpo e del disturbo alimentare in 50 pz ricoverati presso il *day-hospital* e ambulatorio dell'Ospedale "Sant'Orsola-Malpighi". B) Indagare se vi sono delle differenze nelle risposte tra chi ha subito BS e chi non ha subito BS. C) Indagare le abitudini digitali e il fenomeno del BS attraverso un questionario realizzato *ad hoc*.

Partecipanti. 50 partecipanti reclutati presso l'ambulatorio e *day-hospital* nella UO di Neuropsichiatria infantile e DCA del Policlinico "S.Orsola-Malpighi" di Bologna con una diagnosi di disturbo alimentare.

Strumenti. *Eating Disorder Inventory* (EDI-3), *Body Attitudes Questionnaire* (BAQ), *Body Uneasiness Test* (BUT) e un questionario creato ad hoc per indagare il fenomeno del *body shaming*.

Risultati. I risultati mostrano come la visione del proprio corpo sia globalmente negativa nel campione totale. Chi ha subito BS riporta sintomi alimentari più gravi e una visione del proprio corpo peggiore rispetto a chi non ha subito BS.

Parole chiave: disturbi del comportamento alimentare, body shaming, EDI-3, BAQ, BUT, anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, EDNOS

Summary

Introduction. *Body shaming (BS) is a practice consisting of mocking or stigmatizing one's body shape, perpetuated mainly online. BS can cause lower self-esteem and anxiety disorders resulting in increased depressive feelings. In people with an eating disorder, these denigrating practices can exacerbate the disorder or exacerbate mood disorders or body dysmorphism.*

Aims. *A) Investigate through a battery of tests the assessment of one's body and eating disorder in 50 pts admitted to the Day Hospital and Outpatient Clinic of Sant'Orsola-Malpighi Hospital. B) Investigate whether there are differences in responses between those who have experienced BS and those who have not experienced it. C) Investigate digital habits and the phenomenon of BS through an ad hoc constructed questionnaire.*

Participants. *50 patients recruited from the Outpatient Clinic and Day Hospital in the O.U. of Child Neuropsychiatry and DCA at Policlinico S.Orsola-Malpighi in Bologna with a diagnosis of an Eating Disorder.*

Results. *The results show that the patients' view of their bodies is negative overall in the whole sample. Those who have experienced BS report more severe eating symptoms and a worse regard for their bodies than those who have not experienced BS.*

Key words: eating disorders, body shaming, EDI-3, BAQ, BUT, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, EDNOS

CORRISPONDENZA
Francesca Rossi, via Spartaco 17, 40138 Bologna - E-mail: francesca_rossi@aosp.bo.it

BODY SHAMING

Il *body shaming* (BS) è una pratica che consiste in critiche, prese in giro o commenti negativi riguardanti il corpo di una persona-bersaglio, sia nel mondo reale che sui social media [1]. Questi commenti si focalizzano sui presunti difetti fisici o imperfezioni della persona, creando una percezione dicotomica del proprio corpo come "buono" o "cattivo", con conseguenze negative sull'autostima, l'insoddisfazione corporea e i sintomi depressivi [2]. L'adolescenza è un periodo particolarmente vulnerabile al BS, soprattutto a causa dell'uso crescente dei social media, che potrebbero aumentare le preoccupazioni legate all'immagine corporea [3,4]. L'eccessiva focalizzazione sulla forma del corpo ideale può generare sentimenti di rabbia, vergogna e ansia, con conseguenze anche sui disturbi alimentari [2]. Il BS può inoltre concorrere all'insorgenza di disturbi depressivi e ansiosi, bassa autostima, autolesionismo, disturbo da dismorfismo corporeo, disturbi dell'alimentazione e disturbi dell'umore [5].

SOCIAL MEDIA E DISTURBI ALIMENTARI

L'immagine corporea è la rappresentazione del proprio corpo che riflette i costrutti sociali delle culture e delle norme delle società [6]. L'ideale di magrezza promosso dai media, dall'ambiente e dai coetanei è diventato un nuovo standard di riferimento negli ultimi 30 anni [7] e l'insoddisfazione corporea è un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi alimentari come l'anoressia nervosa [8]. La pressione sociale sull'aspetto fisico è considerata un fattore determinante nello sviluppo di tali disturbi [9]. È stato dimostrato che l'uso di contenuti pro-ED (*eating disorders*) sui social media è un fattore di rischio e un indicatore per sintomi di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e abbassamento dell'autostima [10]. Altri fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi alimentari includono la preoccupazione per Internet, la diminuzione del sonno a favore dell'uso di Internet, la riduzione dei sentimenti negativi durante la navigazione online e un elevato numero di ore trascorse online nei fine settimana per scopi accademici e lavorativi [11].

OBIETTIVI

Il seguente articolo è volto a descrivere l'*outcome* di una batteria di test psicometrici in un campione di pazienti reclutati presso il Day Hospital e Ambulatorio dei Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione presso l'Ospedale Universitario "S.Orsola Malpighi". Un secondo obiettivo di questo studio è quello di indagare la relazione tra il fenomeno del BS e i sintomi correlati al disturbo alimentare, valutati attraverso la batteria di test sopracitata.
Un ulteriore obiettivo di ricerca è quello di indagare le abitudini tecnologiche dei pazienti affetti da un disturbo dell'alimentazione e della nutrizione.

MATERIALI E METODI

Servizio ambulatoriale e di *day hospital* per i DCA dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Presso il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna è situato un centro dedicato allo studio e alla presa in carico dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. L'obiettivo del centro è costruire un percorso altamente personalizzato sul paziente con un continuo confronto multi-disciplinare. Il centro è suddiviso in un servizio ambulatoriale e in uno di *day-hospital*. Il paziente in prima visita viene accolto in ambulatorio, nel quale è presente un'equipe curante composta da diverse figure professionali: psicologo, medico internista, nutrizionista e neuropsichiatra infantile.
Il *day-hospital* propone un intervento multidisciplinare. Le figure professionali coinvolte sono il medico neuropsichiatria infantile, il dirigente psicologo, il dietista, le infermiere professionali e l'operatore socio-sanitario. Le attività di gruppo sono tenute da psicoterapeuti specializzati. Sono, inoltre, previste anche consulenze da parte di altri specialisti (endocrinologo, ginecologo, cardiologo, internista, dermatologo), mentre i docenti organizzano la "Scuola in Ospedale". Obiettivo del servizio è offrire un approccio centrato sulla persona nella sua globalità, che preveda il recupero del proprio corpo e del benessere psicologico, emotivo e relazionale, focalizzando l'attenzione sulla corporeità.

Campione

In questo studio è stato analizzato un campione di 50 partecipanti reclutati presso l'ambulatorio e il *day-hospital* nella UO di Neuropsichiatria infantile e DCA del Policlinico "S.Orsola-Malpighi" di Bologna.
Il campione è composto prevalentemente da partecipanti di sesso femminile (47 partecipanti, 94% sesso femminile; 3 partecipanti, 6% sesso maschile) minorenni (età media di circa 14 anni).
La maggioranza dei partecipanti è residente in Emilia-Romagna (45 partecipanti, 90%)
La diagnosi che ricorre maggiormente nel campione è quella di anoressia nervosa (30 partecipanti, 60%), 3 partecipanti hanno una diagnosi di bulimia nervosa (6%), 3 partecipanti con una diagnosi di *binge eating*

disorder (6%) e 14 partecipanti sono stati classificati come "disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (EDNOS)" (28%).
In Tabella I vengono riassunte le caratteristiche demografiche.

Tabella I. Descrizione del campione (n = 50).

Sesso	**N**	**%**
Femmine	47	94%
Maschi	3	6%
Totale	50	100%
Provenienza	**N**	**%**
E-R	45	90%
Extra E-R	5	10%
Totale	50	100%
Età	**N**	**%**
12 anni	3	6%
13 anni	3	6%
14 anni	15	30%
15 anni	11	22%
16 anni	13	26%
17 anni	5	10%
Totale	50	100%
Età media	**14,86**	
Diagnosi	**N**	**%**
AN	30	60%
BN	3	6%
BED	3	6%
EDNOS	14	28%
Totale	50	100%

N = numerosità del campione; % = percentuale del campione; E-R = Emilia-Romagna; Extra E-R = Fuori Emilia-Romagna; AN = anoressia nervosa; BN = bulimia nervosa; BED = *binge eating disorder*; EDNOS = *eating disorders not otherwise specified*.

Strumenti

I partecipanti allo studio sono stati sottoposti ad una batteria di test composta da: *Eating Disorder Inventory* (EDI-3), *Body Attitudes Questionnaire* (BAQ), *Body Uneasiness Test* (BUT) e infine un questionario creato ad hoc per indagare il fenomeno del BS.

Eating Disorder Inventory-3

L'EDI-3 è un questionario standardizzato *self-report* per la valutazione dei sintomi dei disturbi alimentari e dei tratti associati allo sviluppo e mantenimento di tali disturbi. Composto da 91 item, 12 scale principali e 6 indici, l'EDI-3 include domande su atteggiamenti, comportamenti e sentimenti legati al cibo, al peso e alla forma del corpo. Tre delle scale principali, chiamate "scale di rischio", indagano le aree di impulso alla magrezza (DT), bulimia (B) e insoddisfazione per il corpo (BD). Le altre nove scale principali valutano aspetti psicologici associati allo sviluppo e al mantenimento dei Disturbi Alimentari. L'EDI-3 è anche suddiviso in sei indici, tra cui l'indice di rischio di DCA, l'indice di inefficacia, l'indice dei problemi interpersonali, l'indice dei problemi affettivi, l'indice dell'eccesso di controllo e l'indice del disadattamento psicologico generale. Tali indici valutano diversi aspetti della psicopatologia dei pazienti e possono essere utilizzati anche per prevedere i risultati del trattamento [12,13]. L'EDI-3 prevede 3 *cut-off*. Punteggi tra 0 e 70 corrispondono al range non clinico; tra 71 e 85 corrispondono ad un range clinico e punteggi superiori a 86 rispecchiano un range di gravità clinica elevata.

Body Attitudes Questionnaire (BAQ)

Il BAQ [14] è un questionario autosomministrato che valuta l'atteggiamento di un individuo nei confronti del proprio corpo. Il BAQ consiste in 44 items su una scala a 5 punti, che va da "totalmente in disaccordo" a "totalmente d'accordo". Le affermazioni riguardano l'atteggiamento della persona nei confronti del proprio corpo [14]. Le sottoscale del BAQ sono le seguenti: "familiarità verso il proprio corpo", "Attenzione per la taglia", "Confronto con gli altri". Il *cut-off* di questo test è di un punteggio > 9 per tutte e tre le scale.
Il BAQ è uno dei più utilizzati nell'ambito dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, in quanto l'immagine corporea distorta di un individuo è strettamente associata a tali disturbi.

Body Uneasiness Test (BUT)

Il BUT [15] è un questionario autosomministrato, volto a esplorare l'insoddisfazione per la forma del corpo e/o peso, l'evitamento, i comportamenti compulsivi di controllo, i sentimenti di distacco ed estraniamento verso il proprio corpo, le preoccupazioni specifiche per una particolare parte del corpo, forma o funzione [16]. Il BUT è diviso in due parti: BUT-A, costituito da 34 items, e BUT-B, 37 items.
I punteggi BUT-A sono stati combinati in un indice globale di gravità (GSI) e in 5 sottoscale risultanti dall'analisi fattoriale: Paura di ingrassare (*weight phobia*, WP), problemi relativi all'immagine corporea (*body image concerns*, BIC), comportamenti di evitamento correlato all'immagine corporea (*avoidance*, A), automonitoraggio compulsivo dell'aspetto fisico (*compulsive self-monitoring*, CSM) e depersonalizzazione (*depersonalization*, D) [15].

Tabella II. *Cut-off* BUT-A [15].

Scale di valutazione	*Cut-off* X ± DS
GSI (*Global Severity Index*)	0,74 ± 0,62 (0,12-1,36)
Fobia del peso (WP)	0,98 ± 0,95 (0,03-1,93)
Preoccupazione per l'immagine corporea (BIC)	1,06 ± 0,72 (0,34-1,78)
Condotte di evitamento (A)	0,29 ± 0,70 (0-0,99)
Controlli compulsivi della propria immagine (CSM)	0,83 ± 0,81 (0,02-1,64)
Depersonalizzazione (D)	0,64 ± 0,98 (0-1,62)

I *cut-off* del BUT-A sono diversi per ogni scala del test e sono riassunti nella seguente Tabella II.
I punteggi BUT-B sono stati combinati in due misure globali (totale dei sintomi positivi, PST e indice di distress dei sintomi positivi, PSDI) e in otto fattori che esaminano le preoccupazioni specifiche su particolari gruppi di parti del corpo o funzioni [15].

Questionario BS e nuove tecnologie

In questo studio abbiamo utilizzato un questionario *self-report* realizzato *ad hoc* per indagare il fenomeno del BS e le abitudini tecnologiche dei partecipanti. Il questionario si divide quindi in tre parti: la prima parte con item relativi all'anagrafica, la seconda parte indaga il BS, e una terza parte con item relativi all'uso delle nuove tecnologie.
La prima parte contiene item che indagano: Età; Provenienza e DCA. Quest'ultimo item è compilato da parte dell'operatore e ha 5 opzioni di risposta (anoressia, bulimia, BED, EDNOS e altro).
La seconda parte contiene 7 domande. La prima domanda ("*Hai subito body shaming*?") permette una risposta si/no, mentre la domanda successiva ("*Se sì, a quale età?*") permette una risposta aperta.
Viene poi indagato la tipologia di BS subito con 8 opzioni di risposta con la possibilità di rispondere a più di una opzione: "Sovrappeso o grasso corporeo", "Altezza", "Segni particolari sul corpo", "Colore della pelle", "Colore dei capelli", "Genere", Abbigliamento" e "Altro".
Anche la domanda successiva ("*Ne parlavi con qualcuno?*") permette di rispondere a più opzioni: "Nessuno", "Genitori", "Mio/a partner", "Amici", "Figli", "Altro".
La domanda successiva si ricollega alla precedente ("*Se non ne parlavi con nessuno, perché?*"). Anche questa domanda prevede una risposta multipla : "Vergogna", "Non mi avrebbero capito", "Mi avrebbero dato la colpa", "Sono cose mie", "Non serve a niente", "Mi sarei sentito/a giudicato/a e inadeguato/a" e "Altro".
Il quesito successivo indaga il rapporto tra BS e DCA ("*Quanto pensi che il* BS *abbia influito sul tuo disturbo alimentare?").* La domanda permette 6 opzioni di risposta che vanno da "Molto" a "Per nulla".
Infine, l'ultima domanda della seconda parte si focalizza sull'esperienza emotiva legata all'aver subito BS ("*Cosa ti ha lasciato il body shaming?*"). Le opzioni di risposta sono le seguenti: "Bassa autostima", "Vergogna per il mio corpo", "Non mi piaccio dentro", "Mi sento diverso/a dagli altri e ne soffro", "Mi piace come sono", "Gli altri sono invidiosi di me" e "Altro".
La terza e ultima parte esplora le abitudini legate all'utilizzo delle nuove tecnologie ed è composta da 3 item. Il primo item indaga la tipologia di nuove tecnologie utilizzate e permette più opzioni di risposta: "Cellulare", "Tablet", "Computer", "TV" e "Altro". Quest'ultima permette una risposta aperta.
La domanda successiva si concentra sull'uso di queste nuove tecnologie ("*In che modo utilizzi le tecnologie?*"). Le opzioni di risposta sono le seguenti: "Guardo i social", "Dating"; "Guardo YouTube", "Articoli", "TikTok e faccio video", "Gaming", "Altro".
Infine, l'ultima domanda richiede una risposta aperta ("*Quanto tempo trascorri in media al giorno sulle nuove tecnologie?*").

Metodi

In questo studio sono stati analizzati i punteggi medi della batteria di test formata da: EDI-3, BAQ, BUT e infine i risultati di un questionario creato ad hoc per indagare il fenomeno del BS.
Il campione originario (N = 50) è stato poi suddiviso in due sotto-campioni. Il primo sotto-campione (S1) è formato dai partecipanti che hanno subito BS (N = 34); il secondo sotto-campione (S2) è composto dai partecipanti che non hanno subito BS (N = 16).

RISULTATI

Analisi del campione per i punteggi al test BAQ

Analizzando i punteggi medi del questionario BAQ è emerso come tutte e tre le scale riportano punteggi medi superiori al *cut-off* (> 9). I punteggi medi e la tabella dei risultati sono riassunti nel Figura I e in Tabella III.
Confrontando i due sotto-campioni emerge una netta differenza di punteggio tra il sotto-campione che ha subito BS e il sotto-campione che non lo ha subito. I punteggi medi e la tabella dei risultati sono riassunti nel Figura III e in Tabella IV.

Tabella III. Punteggi medi scale BAQ.

Confronto con gli altri	Attenzione per la taglia	Familiarità con il proprio corpo
14,76*	16,26*	16,28*
* = Pt superiori al *cut-off* (> 9)		

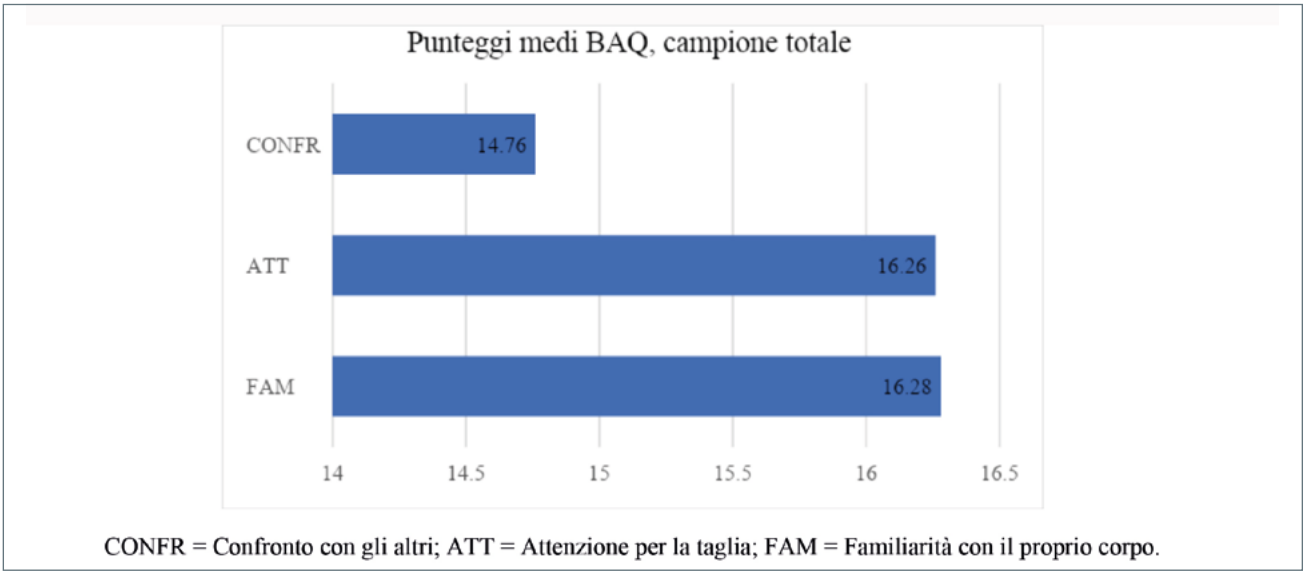


Figura I. Rappresentazione grafica punteggi medi al test BAQ calcolati sul campione totale.

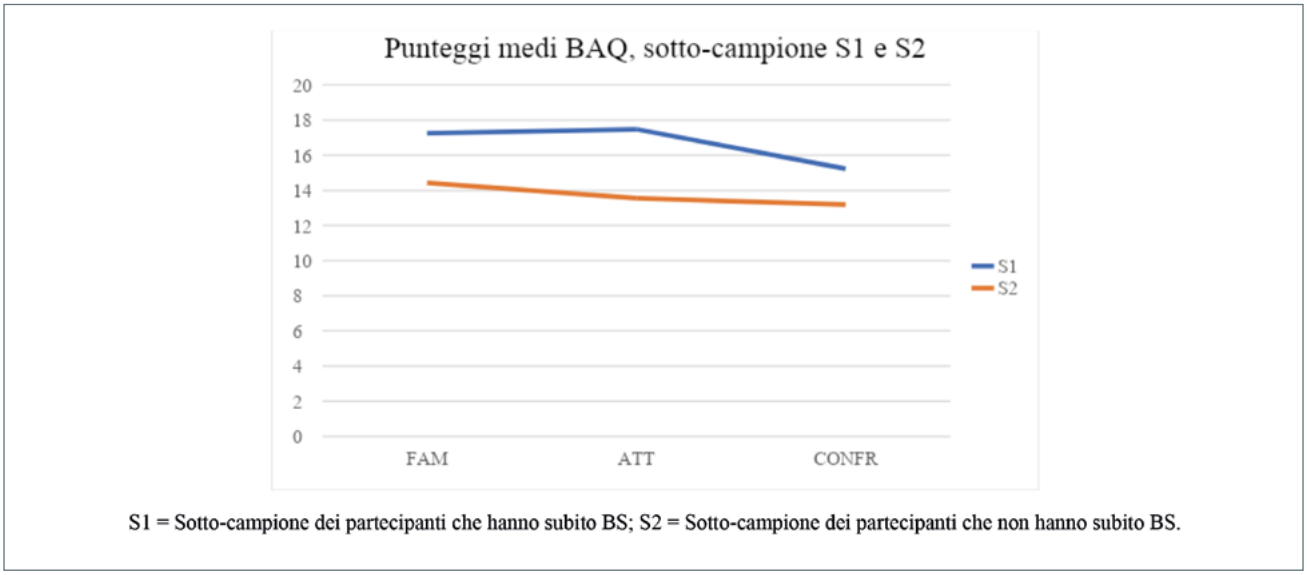


Figura II. Rappresentazione grafica dei punteggi medi test BAQ a confronto del sotto-campione S1 e S2.

Tabella IV. Punteggi medi test BAQ a confronto del sotto-campione S1 e S2.

	Confronto con gli altri	Attenzione per la taglia	Familiarità con il proprio corpo
S1	17,25806*	17,48387*	15,22581*
S2	14,4375*	13,5625*	13,1875*

S1 = Sotto-campione dei partecipanti che hanno subito BS; S2 = Sotto-campione dei partecipanti che non hanno subito BS

Tutte le scale risultano superiori al *cut-off* patologico (> 9), sia che il campione abbia o meno subito BS. Nonostante ciò, i partecipanti che hanno subito BS (N = 34) riportano livelli di gravità più elevati rispetto alla controparte che non ha subito BS (N = 16).
Nello specifico, nel sotto-campione di chi ha subito BS, le scale con i punteggi medi più alti risultano quelle di "Familiarità con il proprio corpo" e "Attenzione per la taglia". Mentre nel sotto-campione di chi non ha mai subito BS la scala che risulta avere i punteggi più alti è "Familiarità con il proprio corpo".

Analisi del campione per i punteggi al test BUT-A

Analizzando i punteggi medi del questionario BUT-A è emerso come tutte e tre le scale riportano punteggi medi superiori al *cut-off*. I punteggi medi sono riassunti in Figura III e Tabella V.

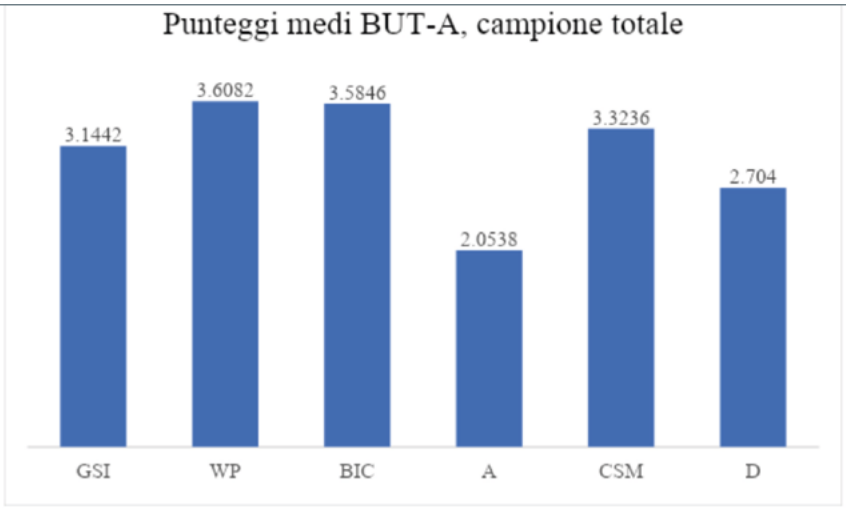
Tabella V. Punteggi medi al questionario BUT-A

GSI	WP	BIC	A	CSM	D
3,1442*	3,6082*	3,5846*	2,0538*	3,3236*	2,704*

* = Pt superiori al *cut-off*.

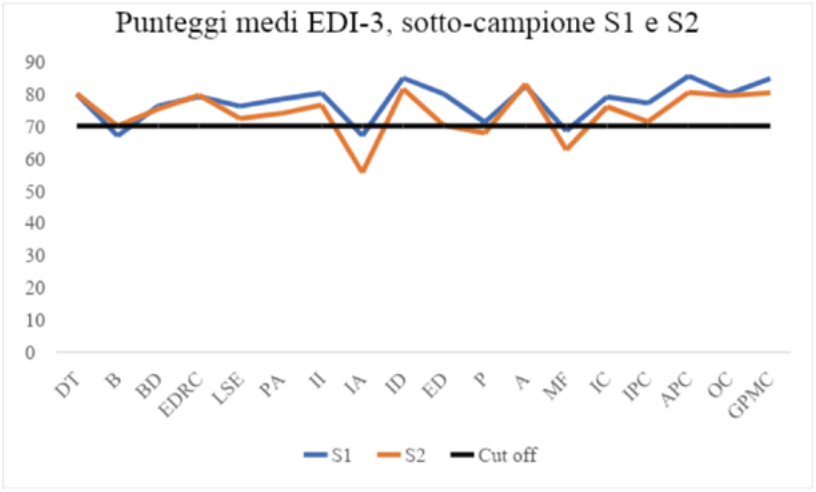
Confrontando i due sotto-campioni emerge una netta differenza di punteggio tra il sotto-campione che ha subito BS e il sotto-campione che non ha subito BS. I punteggi medi e la tabella dei risultati sono riassunti nel Figura IV e in Tabella VI.

Entrambi i sotto-campioni riportano valori medi che superano la soglia del *cut-off* in tutte e 6 le scale del test. Nonostante ciò, anche in questo caso, i valori medi sono globalmente più alti nel sotto-campione di chi ha subito BS (S1).



GSI = Indice di gravità totale; WP = Fobia per il peso; BIC = Preoccupazione per l'immagine corporea; A = Condotte di evitamento; CSM = Controlli compulsivi della propria immagine; D = Depersonalizzazione.

Figura III. Rappresentazione grafica dei punteggi medi al questionario BUT-A calcolati sul campione totale.



S1 = Sotto-campione dei partecipanti che hanno subito BS; S2 = Sotto-campione dei partecipanti che non hanno subito BS.

Figura IV. Rappresentazione grafica dei punteggi medi test BUT-A a confronto del sotto-campione S1 e S2.

Tabella VI. Punteggi medi test BUT-A a confronto del sotto-campione S1 e S2

	GSI	WP	BIC	A	CSM	D
S1	3,262353*	3,716765*	3,742059*	2,167353*	3,392353*	2,829412*
S2	2,893125*	3,3775*	3,25*	1,8125*	3,1775*	2,4375*

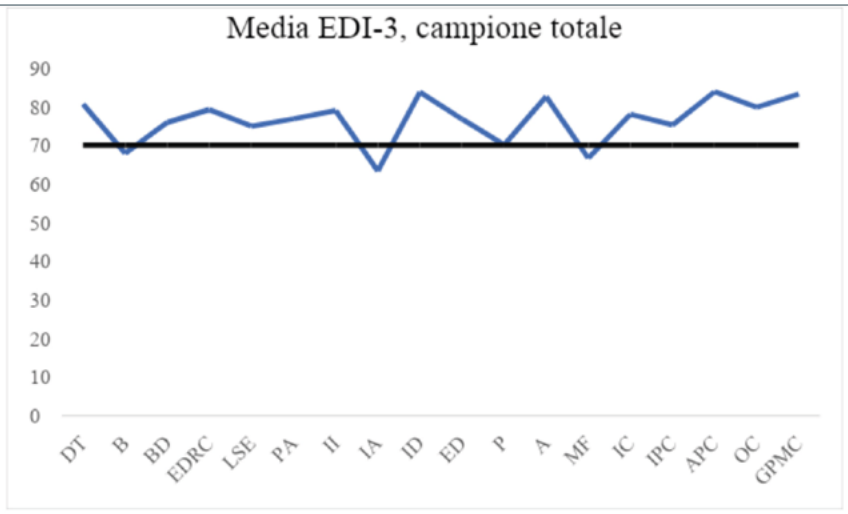
GSI = Indice di gravità totale; WP = Fobia per il peso; BIC = Preoccupazione per l'immagine corporea; A = Condotte di evitamento; CSM = Controlli compulsivi della propria immagine; D = Depersonalizzazione. S1 = Sotto-campione dei partecipanti che hanno subito BS; S2 = Sotto-campione dei partecipanti che non hanno subito BS.

Analisi del campione per i punteggi al test EDI-3

Analizzando i punteggi medi del questionario EDI-3 è emerso come la quasi totalità delle scale riportino punteggi medi sopra al *cut-off* (> 70) fatta eccezione per le seguenti scale: Bulimia (B), Alienazione interpersonale (IA) e Paura della maturità (MF). Non vi sono scale i cui punteggi medi superino il cut off per la gravità più elevata (86-100). I punteggi e la tabella dei risultati sono riassunti nel Figura V e in Tabella VII.

Confrontando i due sotto-campioni i punteggi risultano meno differenziati rispetto ai due test precedentemente analizzati (BAQ e BUT-A).

Infatti in alcune scale i punteggi medi più alti risultano essere nel sotto-campione S1:Insoddisfazione per il corpo (BD), Bassa autostima (LSE), Alienazione personale (PA), Insicurezza interpersonale (II), Alienazione interpersonale (IA), Deficit interocettivi (ID), Disregolazione emotiva (ED), Perfezionismo (P), Paura della maturità (MF), Inadeguatezza (IC), Problemi interpersonali (IPC), Problemi affettivi (APC), Ipercontrollo (OC), Disadattamento psicologico generale (GPMC).



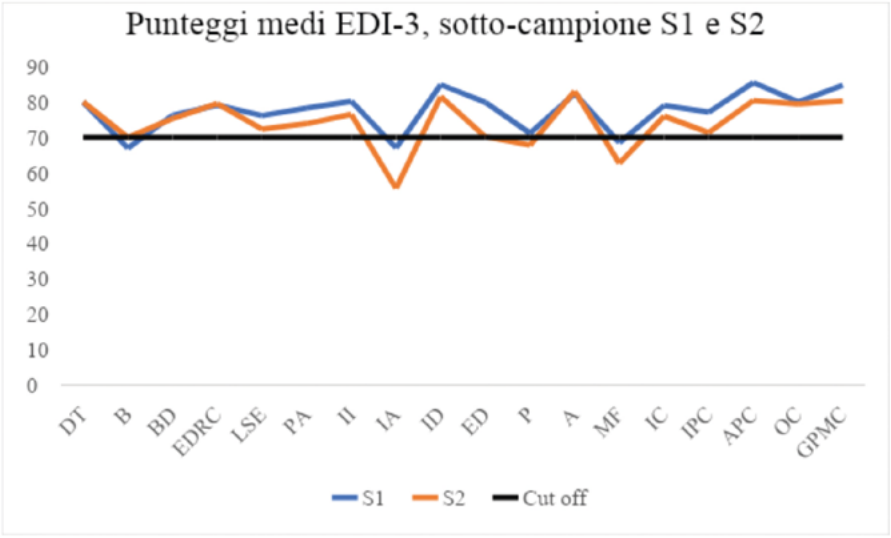
DT = Impulso alla magrezza; B = Bulimia; BD = Insoddisfazione per il corpo; EDCR = Rischio di disturbo alimentare; LSE = Bassa autostima; PA = Alienazione Personale; II = Insicurezza interpersonale; IA = Alienazione interpersonale; ID = Deficit interocettivi; ED = Disregolazione Emotiva; P = Perfezionismo; A = Ascetismo; MF = Paura della maturità; IC = Inadeguatezza; IPC = Problemi interpersonale; APC = Problemi affettivi; OC = Ipercontrollo; GPMC = Disadattamento psicologico generale.

Figura V. Punteggi medi EDI-3 calcolati sul campione totale.

Tabella VII. Punteggi medi delle scale del test EDI-3.

DT	B	BD	EDRC	LSE	PA	II	IA	ID
80,6*	67,88	75,88*	79,2*	74,88*	76,82*	78,96*	63,32	83,74*
ED	**P**	**A**	**MF**	**IC**	**IPC**	**APC**	**OC**	**GPMC**
76,74*	70,06*	82,56*	66,6	78*	75,22*	83,82*	79,82*	83,24*

* = punteggi sopra al *cut-off* (> 70).



S1 = Sotto-campione dei partecipanti che hanno subito BS; S2 = Sotto-campione dei partecipanti che non hanno subito BS.

Figura VI. Rappresentazione grafica dei punteggi medi test EDI-3 a confronto del sotto-campione S1 e S2.

Per quanto riguarda le scale Impulso alla magrezza (DT), Bulimia (B), Rischio di disturbo alimentare (EDRC) e Ascetismo (A), i punteggi medi più alti sono riportati dal sotto-campione S2.
I punteggi e la tabella dei risultati sono riassunti nel Figura VI e in Tabella VIII.

Tabella VIII. Punteggi medi test EDI-3 a confronto del sotto-campione S1 e S2.

	S1	S2
DT	79,91176*	79,9375*
B	66,91176	69,9375
BD	76,17647*	75,25*
EDRC	79,05882*	79,5*
LSE	76,08824*	72,3125*
PA	78,23529*	73,8125*
II	80,14706*	76,4375*
IA	66,97059	55,5625
ID	84,82353*	81,4375*
ED	79,85294*	70,125*
P	71,14706*	67,75
A	82,35294*	83*
MF	68,47059	62,625
IC	78,97059*	75,9375*
IPC	77,05882*	71,3125*
APC	85,44118*	80,375*
OC	80*	79,4375*
GPMC	84,64706*	80,25*

S1 = Sotto-campione dei partecipanti che hanno subito BS; S2 = Sotto-campione dei partecipanti che non hanno subito BS. * = pt superiori al cut-off.

Analisi del campione per i punteggi al Questionario BS e nuove tecnologie

Come detto in precedenza, il sotto-campione composto da partecipanti che hanno subito BS (S1) è composto da 34 partecipanti, mentre i restanti 16 partecipanti riferiscono di non aver subito BS (S2).
Dei 34 partecipanti che hanno subito BS, la maggioranza (N = 24; 71%) riferisce di aver subito BS prima dei 13 anni e il restante 29% tra i 13 e i 17 anni.
Dal questionario emerge che il bersaglio principale del BS sia il sovrappeso (N = 23; 38%). Il 17% dei partecipanti (N = 10) ha riferito come bersaglio di BS l'abbigliamento e il 12% (N = 7) è stato deriso per l'altezza. Nessun soggetto ha subito BS riguardo il genere.
La maggioranza del sotto-campione (N = 20; 47%) riferisce di non averne parlato con nessuno, mentre il 28% ne ha parlato con i genitori (N = 12). Tra le motivazioni principali che i partecipanti hanno espresso per non aver mai parlato di BS si ritrovano la vergogna (N = 10; 24%), la paura del giudizio (N = 8; 20%), la convinzione che non sarebbe servito a nulla (N = 7; 17%) e la protezione della propria privacy (N = 7; 17%).
La maggioranza dei partecipanti riporta inoltre che gli atti di BS subiti abbiano inciso "abbastanza" sul proprio DCA (N = 16; 47%). Infatti, la maggioranza delle risposte date alla domanda "*Quali segni ha lasciato il* BS" risultano essere "Bassa autostima" (N = 22; 35%), "Vergogna per il proprio corpo" (N = 20; 32%) e "Mi sento diverso/a" (N = 10; 16%).
Per quanto riguarda la terza parte del Questionario, di seguito riportiamo i risultati delle abitudini tecnologiche dei partecipanti.

Tabella IX. Risposte al Questionario BS e nuove tecnologie.

Hai subito BS?		
	N	**%**
Sì	34	68%
No	16	32%
Età		
	N	*%*
0-12 anni	24	71%
13-17 anni	10	29%
Totale	34	100%
Per cosa hai subito BS?		
	N	**%**
Sovrappeso	23	38%
Altezza	7	12%
Segni particolari sul corpo	6	10%
Colore della pelle	2	3%
Colore dei capelli	3	5%
Genere	0	0%
Abbigliamento	10	17%
Altro	9	15%
Con chi ne hai parlato?		
	N	**%**
Nessuno	20	47%
Genitori	12	28%
Partner	1	2%
Amici	7	16%
Figli	0	0%
Altro	3	7%
Perché non ne hai parlato con nessuno?		
	N	**%**
Vergogna	10	24%
Non mi avrebbero capito	5	12%
Mi avrebbero dato la colpa	2	5%
Sono cose personali	7	17%
Non sarebbe servito a nulla	7	17%
Mi sarei sentito/a giudicato/a	8	20%
Altro	2	5%
Quanto il BS ha inciso sul tuo DCA?		
	N	**%**
Molto	5	15%
Abbastanza	16	47%
Completamente	1	3%
Poco	9	26%
Per niente	3	9%
Totale	34	100%
Quali segni ha lasciato il BS?		
	N	**%**
Bassa autostima	22	35%
Vergogna per il mio corpo	20	32%
Non mi piaccio dentro	7	11%
Mi sento diverso/a dagli altri	10	16%
Mi piaccio come sono	4	6%
Gli altri sono invidiosi di me	0	0%
Altro	0	0%
Quali nuove tecnologie utilizzi?		
	N	**%**
Cellulare	47	46%
Tablet	13	12,5%
Computer	13	12,5%
Tv	29	28%
Altro	1	1%
In che modo utilizzi le nuove tecnologie?		
	N	**%**
Social	44	38%
Dating	1	1%
Guardo YouTube	24	21%
Articoli	5	4%
TikTok e creo video	28	24%
Gaming	9	8%
Altro	4	4%
In media quante ore al giorno trascorri sulle nuove tecnologie?		
	N	**%**
0-2 ore	14	29%
3-5 ore	23	48%
6-8 ore	8	17%
Più di 8 ore	3	6%

I devices più utilizzati risultano essere il cellulare (N = 47; 46%) e la televisione (N = 29; 28%). Nello specifico, i partecipanti utilizzano queste tecnologie maggiormente per i social (N = 44; 38%), TikTok e creazione di video (N = 28; 24%) e per guardare YouTube (N = 24; 21%). Il tempo medio di utilizzo di queste tecnologie è tra le 3 e le 5 ore al giorno (N = 23; 48%).
Di seguito è presentata la Tabella IX, riassuntiva delle risposte al Questionario sul BS e nuove tecnologie.

DISCUSSIONE

Come è emerso, tutti e tre i test psicometrici utilizzati riportano punteggi superiori al *cut-off*. Tale risultato è coerente con la letteratura di riferimento sui disturbi dell'alimentazione e della nutrizione. Il nostro studio riporta inoltre in tali test, differenze nei risultati tra il campione di soggetti che hanno subito BS rispetto ai pazienti che non l'hanno subito, suggerendo che tale elemento possa rappresentare un fattore di rischio e/o un'aggravante nel corso di un DCA.

Il test psicometrico BAQ viene utilizzato per valutare gli atteggiamenti e le preoccupazioni riguardo al proprio corpo [14]. Nel campione di partecipanti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, i punteggi risultano superiori al *cut-off* di riferimento, evidenziando un'alta insoddisfazione e preoccupazione per la forma e il peso del proprio corpo. Inoltre, analizzando il sotto-campione di partecipanti vittime di BS, i loro punteggi risultano ancora più alti rispetto ai partecipanti che non hanno subito BS, con una maggiore focalizzazione sulle parti del corpo bersaglio del bullismo. Ciò potrebbe comportare l'attuazione di diete restrittive e drastiche per modificare l'aspetto del proprio corpo, aumentando l'insoddisfazione e il confronto con gli altri.
Il BUT [15] è un test psicometrico che analizza la percezione della propria immagine corporea, specificamente per i pazienti con DCA. In questo studio, il campione ha presentato punteggi superiori al *cut-off* in tutte le scale del BUT. Inoltre, i partecipanti che hanno subito BS hanno riportato punteggi più alti rispetto al gruppo che non ha subito BS. La distribuzione dei punteggi dei due sotto-campioni è abbastanza omogenea, ma l'indice di gravità totale e la preoccupazione per il proprio corpo presentano punteggi leggermente più alti nel sotto-campione di chi ha subito BS. Ciò conferma l'ipotesi di partenza secondo la quale chi ha subito BS ha una gravità complessiva più alta rispetto a chi non ha subito BS, e ha una preoccupazione per il proprio corpo più elevata a causa della focalizzazione degli atti di BS su presunti difetti del corpo.
Il test psicometrico EDI-3 è utilizzato per identificare i tratti associati ai disturbi dell'alimentazione [12]. Il campione totale mostra elevati deficit interocettivi, problemi affettivi, ascetismo e impulso alla magrezza, ma alcune scale come la "bulimia", l'"alienazione interpersonale" e la "paura della maturità" non superano la soglia di *cut-off* clinico. Il confronto tra i due sotto-campioni evidenzia punteggi eterogenei, con alcune scale superiori nel sotto-campione di chi non ha subito BS. I punteggi delle scale DT, EDCR e OC sono molto simili tra i due sotto-campioni. Ciò può essere spiegato dal fatto che l'EDI-3 è l'unico questionario utilizzato che misura la presenza e intensità del sintomo alimentare. Poiché il campione è stato reclutato presso l'ambulatorio e il *day-hospital* dell'Ospedale "S. Orsola-Malpighi", tutti i pazienti presentavano gravi sintomi alimentari prima di accedere al Servizio.
Analizzando i dati del Questionario sul BS e nuove tecnologie è emerso come il BS sia un fenomeno estremamente comune. È interessante notare l'età media in cui questi atti vengono subiti: prima dei 12 anni. La maggioranza dei partecipanti riferisce di aver subito BS a causa del sovrappeso: questo dato potrebbe essere spiegato dagli standard di bellezza odierni che impongono come accettabile una forma fisica irrealistica. Tale risultato potrebbe essere giustificato anche dalla diagnosi dei partecipanti: infatti, essendo il nostro campione composto principalmente da partecipanti con una diagnosi di anoressia nervosa, l'insoddisfazione verso il corpo e il sentirsi sovrappeso sono segni tipici del quadro psicopatologico. Pertanto, è possibile che le partecipanti con diagnosi di anoressia, interpretino i commenti sul proprio corpo come commenti denigratori tipici del BS.
Emerge poi come l'aver subito BS sia fonte di vergogna, infatti, la maggioranza dei partecipanti ha riportato di non aver mai riferito a nessuno cosa stava accadendo. Coerentemente alla letteratura di riferimento, il nostro studio ha confermato come il BS comporti un abbassamento dell'autostima e un aggravamento dei sintomi del disturbo alimentare.

CONCLUSIONI

Lo studio condotto dimostra che il BS può essere un fattore di rischio, di mantenimento e di aggravamento dei sintomi per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, in quanto chi è vittima di questa pratica riporta livelli più bassi di autostima, maggiore insoddisfazione per il proprio corpo e peggioramento del disturbo alimentare. Tuttavia, la ricerca ha alcuni limiti, come una distribuzione campionaria non omogenea delle diagnosi, una suddivisione disomogenea dei sotto-campioni e il fatto che il campione considerato sia composto principalmente da pazienti con anoressia nervosa di età tendenzialmente bassa. Sarebbe interessante effettuare ricerche future su campioni più bilanciati per età e numerosità e indagare il decorso del DCA prima e dopo aver subito BS per comprendere meglio l'influenza di questo fenomeno nell'esordio della malattia.

Bibliografia

1 Schlüter C, Kraag G, Schmidt J. Body Shaming: an Exploratory Study on its Definition and Classification. Int J Bullying Prev 2023;5:26-37. https://doi.org/10.1007/s42380-021-00109-3

2 Gam RT, Singh SK, Manar M, et al Body shaming among school-going adolescents: prevalence and predictors. Int J Community Med Public Health 2020;7:1324. https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20201075

3 Caso D, Fabbricatore R, Muti F, et al. Sessualizzazione e oggettivazione femminile su Instagram: il ruolo delle influencer [Female sexualization and objectification on Instagram: The role of the influencers]. Psicologia Sociale 2019;3:441-463. https://doi.org/10.1482/94944.

4 Gioia F, Griffiths MD, Boursier V. Adolescents' body shame and social networking sites: The mediating effect of body

image control in photos. Sex Roles: A Journal of Research, 2020;83:773-785. https://doi.org/10.1007/s11199-020-01142-0

5 Gaffney KJ. Negative affects that Social Media causes on Body Imaging. Undergraduate Honors College Theses 2017.

6 Jiotsa B, Naccache B, Duval M, et al. Social Media Use and Body Image Disorders: Association between Frequency of Comparing One's Own Physical Appearance to That of People Being Followed on Social Media and Body Dissatisfaction and Drive for Thinness. Int J Environ Res Public Health 2021;18:2880. https://doi.org/10.3390/ijerph18062880

7 Anschutz DJ, van Strien T, Engels RCME (). Exposure to slim images in mass media: Television commercials as reminders of restriction in restrained eaters. Health Psychol 2008;27:401-408. https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.4.401

8 Ricciardelli LA, McCabe MP, Holt KE, et al. A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children. J Appl Dev Psychol Psychology 2023;24:475-495. https://doi.org/10.1016/s0193-3973(03)00070-4

9 Gorwood P, Blanchet-Collet C, Chartrel N, et al. New Insights in Anorexia Nervosa. Front Neurosci 2016:10:256. https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00256

10 Fitzsimmons-Craft EE, Krauss MJ, Costello SJ, et al. Adolescents and young adults engaged with pro-eating disorder social media: eating disorder and comorbid psychopathology, health care utilization, treatment barriers, and opinions on harnessing technology for treatment. Eat Weight Disord 2019;25;1681-1692. https://doi.org/10.1007/s40519-019-00808-3

11 Kożybska M, Radlińska I, Czerw A, et al. There Are Predictors of Eating Disorders among Internet Use Characteristics—A Cross-Sectional Study on the Relationship between Problematic Internet Use and Eating Disorders. Int J Environ Res Public Health 2021;18:10269. https://doi.org/10.3390/ijerph181910269

12 Garner D, Olmstead M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. Int J Eat Disord 1983;2:15-34. 10.1016/j.brat.2006.10.004

13 Lizana-Calderón P, Cruzat-Mandich C, Díaz-Castrillón F, et al. Psychometric Properties of the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) in Chilean Youth. Frontiers Psychol 2022;13:806563. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.806563

14 Ben-Tovim DI, Walker MK. The development of the Ben-Tovim Walker Body Attitudes Questionnaire (BAQ), a new measure of women's attitudes towards their own bodies. Psychol Med 1991;21:775-784.

15 Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, et al. The Body Uneasiness Test (BUT): development and validation of a new body image assessment scale. Eating and weight disorders: EWD 2006;11:1-13. https://doi.org/10.1007/BF03327738

16 Marano G, Cuzzolaro M, Vetrone G, et al. Validating the Body Uneasiness Test (BUT) in obese patients. Eat Weight Disord 2007;12:70-82. https://doi.org/10.1007/BF03327581

APPENDICE A- Questionario sul *body shaming* e nuove tecnologie

QUESTIONARIO SU BODY SHAMING E NUOVE TECNOLOGIE

ETÀ:

☐ **meno di 18 anni**

☐ **18-25 anni**

☐ **26-35 anni**

☐ **più di 35 anni**

PROVENIENZA:

1. DCA (*DA COMPILARE DA PARTE DELL'OPERATORE*)

☐ ANORESSIA

☐ BULIMIA

☐ BED

☐ EDNOS

☐ ALTRO _____

2. HAI SUBITO BODY SHAMING?

☐ SI

☐ NO

3. SE SI, A CHE ETÀ

_____ anni

4. CHE TIPOLOGIA DI BODY SHAMING HAI SUBITO ?

☐ SOVRAPPESO

☐ ALTEZZA

☐ SEGNI PARTICOLARI SUL CORPO

☐ COLORE DELLA PELLE

☐ COLORE DEI CAPELLI

☐ GENERE

☐ ABBIGLIAMENTO

☐ ALTRO _____

5. NE HAI PARLATO CON QUALCUNO?

☐ NESSUNO

☐ GENITORI

☐ PARTNER

☐ AMICI

☐ FIGLI

☐ ALTRO _____

6. SE NON NE HAI PARLATO CON NESSUNO, PERCHÉ?

☐ VERGOGNA
☐ NON MI AVREBBERO CAPITO
☐ MI AVREBBERO DATO LA COLPA
☐ SONO COSE PERSONALI
☐ NON SAREBBE SERVITO A NULLA
☐ MI SAREI SENTITO/A GIUDICATO/A E INADEGUATO/A
☐ ALTRO _____

7. QUANTO PENSI CHE IL BODY SHAMING ABBIA INFLUITO SUL TUO DISTURBO ALIMENTARE?

☐ COMPLETAMENTE
☐ MOLTO
☐ ABBASTANZA
☐ POCO
☐ PER NULLA

8. QUALI SEGNI HA LASCIATO IL BODY SHAMING?

☐ BASSA AUTOSTIMA
☐ VERGOGNA PER IL MIO CORPO
☐ NON MI PIACCIO DENTRO
☐ MI SENTO DIVERSO DAGLI ALTRI E NE SOFFRO (non risponde alla domanda, eventualmente formularla diversamente)
☐ MI PIACE COME SONO (non risponde alla domanda, eventualmente formularla diversamente)
☐ GLI ALTRI SONO INVIDIOSI DI ME (non risponde alla domanda, eventualmente formularla diversamente)
☐ ALTRO _____

9. QUALI NUOVE TECNOLOGIE UTILIZZI

☐ CELLULARE
☐ TABLET
☐ COMPUTER
☐ TV
☐ ALTRO _____

10. IN CHE MODO UTILIZZI LE TECNOLOGIE

☐ GUARDO I SOCIAL
☐ DATING
☐ GUARDO YOUTUBE
☐ ARTICOLI
☐ TIK TOK E FACCIO VIDEO
☐ GAMING
☐ ALTRO _____

11. QUANTO TEMPO TRASCORRI IN MEDIA AL GIORNO SULLE NUOVE TECNOLOGIE

L'INTERVISTA

Intervista alle Dott.sse Angela Caldarera (psicologa) e Chiara Baietto (Neuropsichiatra Infantile e responsabile del servizio ambulatoriale) - Ambulatorio per la varianza di genere presso l'Unità di Neuropsichiatria Infantile dell'ospedale "Regina Margherita" di Torino

a cura di Federica Morelli e Stefano Parravicini della Redazione SINPIA

Oggetto dell'intervista: Caldarera AM, Vitiello B, Bechis D, Baietto C. *Promoting sexual health in transgender and gender diverse adolescents through an online sexuality psychoeducation program for parents: A case study.* Clin Child Psychol Psychiatry 2023;28:1038-1052. https://doi.org/10.1177/13591045231160641

Visualizza qui la video intervista https://vimeo.com/894569812?share=copy

Per questo ultimo numero del 2023 abbiamo scelto di intervistare la dott.ssa Angela Caldarera, psicologa, e la dott.ssa Chiara Baietto, neuropsichiatra infantile e responsabile dell'ambulatorio per la varianza di genere presso l'unità di neuropsichiatria infantile dell'ospedale Regina Margherita di Torino. L'articolo in oggetto, pubblicato a marzo 2023 su *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, affronta il tema della promozione della salute seessuale in adolescenti trasgender e *gender-diverse* e propone l'utilizzo di un programma online, rivolto ai genitori, di psicoeducazione alla sessualità.

Dott.ssa Caldarera, per cominciare le chiediamo di raccontare brevemente ai lettori da dove nasce questo studio e di presentarci gli autori.

R. Vi ringrazio per l'invito. Sono molto contenta di poter fare quest'intervista con voi e insieme alla dott.ssa Baietto, con la quale ho svolto questo lavoro, nato dall'incrocio tra esigenze di ricerca e cliniche. Nell'ambito delle prime, rispetto ai temi legati alla salute delle persone transgender e *gender diverse,* la tendenza è quella di cercare di comprendere i trattamenti e i fattori che promuovono il benessere, inteso come benessere generale: la salute, la salute psicologica, ma anche la salute sessuale. Contemporaneamente, sul versante clinico, lavorando con i ragazzi e i genitori, si era recentemente manifestata un'esigenza sempre maggiore di poter avere uno spazio in cui sviluppare e lavorare anche sulla propria sessualità. In adolescenza infatti è molto forte un processo di richiamo al corpo che, nel caso di un disagio legato all'immagine corporea come quello che caratterizza la disforia di genere, può diventare ancora più complesso di quanto già non sia. Allo stesso tempo, anche i genitori chiedevano indicazioni su questi aspetti, per cui è progressivamente scaturita una riflessione su come rispondere a queste esigenze. Nel frattempo, nel 2021 ci sono stati il *lockdown* e le misure di contenimento della pandemia da COVID-19, cui è seguita una lenta apertura degli ambulatori, mantenendo però i lavori di gruppo online. Abbiamo quindi messo insieme le esigenze emerse e le possibilità offerte da questa modalità di lavoro. Abbiamo quindi deciso di costruire con un approccio partecipativo un gruppo di educazione sessuale rivolto ai ragazzi, ma basato su un lavoro con i genitori sul tema della sessualità.
Per quanto riguarda gli autori, la dott.ssa Baietto è la neuropsichiatra infantile responsabile di questo ambulatorio fin dal momento della sua apertura. Il professor Vitiello è il primario della sezione di Neuropsichiatria Infantile del Dipartimento di Scienze Pediatriche dell'Università di Torino e dell'Ospedale "Regina Margherita", nel cui ambito l'ambulatorio opera. La dott.ssa Daniela Bechis è una neuropsichiatra infantile che fa parte dello staff medico dell'ambulatorio. Per quanto mi riguarda, sono una psicologa psicoterapeuta e ho lavorato nell'ambulatorio fino a ottobre 2022, svolgendo attività di ricerca e clinica. La collaborazione prosegue in ambito scientifico, ma attualmente lavoro come psicologa e psicoterapeuta

nella ASL-1 di Imperia, in Liguria a Sanremo, presso il Servizio di Salute Mentale. Qui, grazie al direttore del nostro dipartimento, il dottor Mollica, continuo a occuparmi di queste tematiche sia con giovani adulti che con minori.

Ha già menzionato alcuni degli obiettivi di questo lavoro, che sono molto importanti e guidati dalla vostra pratica clinica quotidiana. Le chiederei quindi un approfondimento su questi obiettivi specifici e sulla metodologia del progetto, visto anche il periodo particolare in cui si è svolto.

R. Per l'articolo abbiamo distinto due tipologie di obiettivi: quelli dell'intervento stesso e poi quelli dello studio. Ci interessava infatti evidenziare sia lo scopo per cui il protocollo di intervento era stato realizzato e pianificato, sia la sua efficacia e il suo impatto sui destinatari.
Per quanto riguarda l'intervento, il primo obiettivo è stato quelli di comprendere i bisogni educativi dei genitori rispetto alla sessualità dei propri figli. Il secondo è stato quello di migliorare la motivazione dei genitori ad avere delle discussioni aperte rispetto a queste tematiche con i propri figli. Il terzo obiettivo era quello di migliorare la fiducia nella possibilità di parlare in modo competente di questi argomenti e di sentirsi sufficientemente a proprio agio nel farlo. Spesso infatti per i genitori, sia sulla base della nostra esperienza clinica che della letteratura scientifica riportata nell'introduzione dell'articolo, è molto complesso gestire la comunicazione familiare intorno a queste tematiche. Questo è un compito che mette i genitori in difficoltà e pone delle sfide importanti.
Per quanto riguarda lo studio, l'esigenza primaria era quella di descrivere la metodologia del nostro intervento e condividerla con la comunità clinica e scientifica con cui abbiamo messo a punto questo programma di psicoeducazione. Secondariamente abbiamo voluto valutare la fattibilità e gli esiti di questo programma, che è stato una sorta di esperienza-pilota.
Dal punto di vista metodologico, l'intervento è stato strutturato in quattro passaggi fondamentali. Un primo incontro di *need-assessment*, cioè una valutazione dei bisogni educativi tramite una discussione con i genitori in cui veniva chiesto loro, per esempio, quali fossero gli argomenti relativi alla sessualità di cui avevano esigenza di parlare con i propri figli. Abbiamo poi somministrato un questionario online, che di fatto è stato anche il nostro strumento di valutazione applicato pre- e post-intervento per valutarne l'effetto. Il questionario prevedeva sia delle domande aperte (es. "Secondo voi quali sono le esigenze educative dei vostri figli?"), ma anche delle domande più strutturate su argomenti selezionati in base all'esame della letteratura scientifica rispetto alla comunicazione genitori-figli (es. "Hai parlato con tuo figlio dello sviluppo puberale?", "Hai parlato con tuo figlio dell'abuso sessuale, dei rischi di violenza, dei metodi di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili?"). Abbiamo infine previsto una sessione in cui sono stati restituiti ai genitori i risultati del questionario preliminare e sono stati individuati insieme a loro i temi relativi all'educazione sessuale e alla sessualità da affrontare nell'intervento, costituito da tre incontri di un'ora e mezza a cadenza mensile. Come già menzionato, al termine di questi tre incontri è stato somministrato lo stesso questionario, per valutare l'esito dell'intervento.

Quali sono stati quindi i risultati di questo studio e le conclusioni che se ne possono trarre? Qual è il take-home message per la pratica clinica?

R. Il *take-home message* principale riguarda la percezione dell'intervento: l'approccio collaborativo ha aiutato moltissimo i genitori a sentirsi più motivati, perché percepivano la propria partecipazione attiva alla costruzione di questo processo; secondariamente, anche il *setting* di gruppo è stato molto gradito e utile, anche se online (nel questionario di gradimento alcuni partecipanti allo studio hanno espresso il desiderio di poter avere anche dei momenti in presenza). Secondo noi il risultato più interessante è stato il cambio di approccio ad alcune tematiche di cui i genitori avevano parlato pochissimo con i figli. Ad esempio, ci ha colpito il caso del *sexting*: prima del nostro intervento, zero genitori sui dieci partecipanti avevano parlato di questo argomento con i propri figli. Dopo l'intervento siamo saliti al 40%, ma il 60% aveva intenzione di farlo. Quindi in qualche modo è stato favorito il processo di pensare di poterne parlare coi ragazzi, e lo stesso effetto è stato visto anche per tante altre tematiche.
Ci siamo poi interrogati, anche su stimolo dei revisori del nostro lavoro, sulle implicazioni per la pratica clinica, in particolare sulla trasferibilità del modello dell'équipe del nostro ambulatorio ad altri contesti di cura. Le soluzioni a cui abbiamo pensato sono state, ad esempio, quella di costruire delle reti professionali, anche di intervisione o supervisione, per supportare la creazione di altri gruppi in contesti simili. Un'altra possibilità può essere quella di creare una sorta di "kit di educazione sessuale", specifico per queste tematiche, da diffondere tra i gruppi di lavoro clinici e supportare l'attività con una rete online di operatori che lavorano su queste tematiche. Alcune società, come ad esempio ONIG e SIGIS, si stanno già muovendo in questo senso.
Il nostro lavoro evidenzia come, ancora oggi, le tematiche della sessualità sono difficili da affrontare per i genitori. L'imbarazzo è maggiore quando gli interlocutori sono ragazzi che attraversano il periodo della pubertà e che, affrontando le fatiche evolutive relative al corpo

che si sviluppa, possono manifestare reazioni di rifiuto. Il riscontro generale dei genitori però, come emerso dalle risposte ai questionari, è stato positivo rispetto alla partecipazione a questo programma. L'utilità dell'intervento è stata ricondotta sia, sul piano tecnico, al supporto dato dalla presenza di due operatori specializzati, sia all'effetto trasversale dei fattori terapeutici generali del *setting* di gruppo. Sentirsi parte di un gruppo di genitori con cui poter condividere questa esperienza ha potenziato la percezione della capacità di affrontare i temi della sessualità con i ragazzi.
Un punto che non è stato affrontato in questo articolo, ma che sarà il tema centrale di altri lavori che abbiamo in mente, è legato al fatto che la popolazione di adolescenti transgender e *gender-diverse* presenta un rischio sessuale molto più alto, documentato da una maggiore esposizione ad abusi e condotte di rischio sia per gli incontri online sia per le esperienze nella "vita reale". Quindi per questi ragazzi la consapevolezza di poter parlare di questi temi nel nucleo familiare e con i genitori è un fattore protettivo, a maggior ragione in questo ambito. Il nostro obiettivo infatti era quello di elaborare degli strumenti pratici di intervento, che promuovessero la salute di questi ragazzi.

La ringraziamo per il racconto del vostro intervento, che solleva delle riflessioni utili anche per la popolazione non clinica. L'esempio del vostro gruppo di lavoro è prezioso e potenzialmente generalizzabile ad altri contesti.
Allargando lo sguardo, i temi legati alla varianza di genere sono oggetto di interesse per il mondo della neuropsichiatria infantile, ma anche del dibattito pubblico. Quindi vorremmo chiedere alla dott.ssa Baietto di spiegare ai lettori il modello di presa in carico dell'ambulatorio di Torino. Come si articola il lavoro? Qual è la filosofia adottata nella presa in carico dei pazienti?

R. Il nostro ambulatorio è dedicato a tutta la fascia pediatrica, per cui vi accedono bambini e adolescenti insieme alle famiglie. Le situazioni che intercettiamo sono veramente complesse, poiché si tratta di contesti familiari in cui i bambini e i ragazzi a un certo punto dicono di sentire che il loro corpo è sbagliato, o che non si trovano più bene nel proprio corpo, e lo vogliono cambiare. Questo può mettere molto in crisi il sistema familiare. Per questo per noi è importante anche avere cura dei genitori e della famiglia in generale. I primi colloqui di accoglienza sono rivolti ai genitori e hanno l'obiettivo, oltre che di ottenere il consenso informato alla presa in carico, di raccogliere le esigenze della famiglia e fornire la presentazione del servizio e le informazioni sulla varianza di genere, la disforia, e gli atteggiamenti che è più opportuno tenere con i figli.
A questa prima fase segue quella di esplorazione individuale con i ragazzi. I bambini rappresentano una minoranza dei nostri utenti e in questi casi si imposta un intervento basato principalmente sul lavoro con i genitori. Con gli adolescenti, cioè la gran parte dei casi in carico al nostro ambulatorio, lavoriamo invece individualmente affrontando principalmente due aspetti. Il primo è l'esplorazione dell'identità di genere, cioè l'indagine su come si è costituita questa identità, come viene vissuta la situazione di "non tipicità" per quello che riguarda lo sviluppo di genere, quali sono le prospettive in questo senso. In secondo luogo viene impostata una valutazione, tipica dei servizi di neuropsichiatria infantile, incentrata sul processo di sviluppo. L'obiettivo di questo passaggio è soprattutto indagare eventuali psicopatologie coesistenti e la possibilità che l'identificazione di sé in un genere diverso da quello assegnato alla nascita possa in qualche modo riguardare specificamente la fase sviluppo dell'adolescenza, la scoperta di chi si è e di chi si vuole diventare.
La psicopatologia è spesso associata alle condizioni di varianza di genere. Nel nostro ambulatorio più del 50% dei ragazzi presenta una psicopatologia associata, di solito di tipo internalizzante, per cui si rende necessario anche il contatto con i servizi territoriali per poter impostare un lavoro di rete. Da tempo infatti la nostra filosofia è quella del lavoro condiviso, di rete, con i servizi di neuropsichiatria infantile, se si riscontra una psicopatologia, ma anche con la città di Torino e le agenzie per i giovani. Questo perché è fondamentale la possibilità di inserire i ragazzi che hanno una condizione di varianza di genere – uso "varianza" perché è un termine più ampio di "disforia" – anche in gruppi diversi da quelli che facciamo qui in ospedale. La realtà del gruppo è per noi molto importante perché è occasione di ritrovo e di condivisione. È uno strumento di contrasto al senso di solitudine e alla tendenza, forte in questi ragazzi, al ritiro sociale e all'abbandono scolastico. Non vogliamo però che seguano soltanto i nostri gruppi, ma che provino anche a sperimentarsi al di fuori. Per questo diamo molto valore al lavoro con le agenzie per la gioventù del territorio e anche coi gruppi sportivi, le scuole, etc… Lavoriamo inoltre molto con le scuole, per favorire e sostenere un inserimento efficace.
Lo stesso tipo di lavoro viene rivolto ai genitori. All'inizio spesso prevale la vergogna di trovarsi in questa situazione, non se ne parla volentieri e c'è una grande difficoltà di condivisione con la famiglia allargata o gli amici. Quindi è importante inserire i genitori in un contesto di gruppo, per fare in modo che sentano che quello che sta accadendo loro corrisponde all'esperienza di altre famiglie e può essere condiviso.
Noi operatori siamo presenti sia nel gruppo dei ragazzi che in quello dei genitori, per garantire che vengano

fornite delle informazioni corrette. Spesso infatti le conoscenze dei genitori arrivano da internet o dai figli e i ragazzi, a loro volta, si informano moltissimo tramite internet e hanno delle idee spesso confuse sul percorso di valutazione e cura. Nelle situazioni in cui è effettivamente diagnosticabile una disforia di genere, secondo i criteri del DSM-5, oppure un'incongruenza di genere, secondo la classificazione dell'ICD-11, viene concretamente affrontato anche il tema del percorso di transizione. Questo percorso viene gestito o nel contesto dell'Ospedale "Regina Margherita" in collaborazione con l'endocrinologo pediatrico, se si parla di un primo step con i bloccanti puberali come la triptorelina, o in collaborazione con CIDIGeM (Centro Interdipartimentale Disforia di Genere Molinette dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, dedicato ai soggetti adulti - NdR), se si opta per la somministrazione di ormoni *sex-affirming*. Con il CIDIGeM è attiva una stretta collaborazione, che prevede visite congiunte soprattutto in prossimità del compimento dei 18 anni, per favorire il passaggio della presa in carico ai servizi per l'età adulta. Anche in questi casi infatti è estremamente importante per la continuità di cura. Nel nostro centro concentriamo molti sforzi nel garantire che lo stesso operatore segua il ragazzo o la ragazza e la sua famiglia durante l'intero percorso e li indirizzi al collega che si occuperà della presa in carico nei servizi per gli adulti.

Ci sembra che il vostro modello sia veramente valido e coerente con i principi della presa in carico neuropsichiatrica infantile, garantendo un approccio globale, multidisciplinare e centrato sul soggetto e sulla famiglia. È da sottolineare anche l'attenzione ad aspetti fondamentali per le politiche sanitarie contemporanee, come la fase di transizione all'età adulta e la continuità di cura. Ringraziamo entrambe per il prezioso lavoro clinico e di ricerca e per la disponibilità all'intervista.

L'INTERVISTA

Intervista alla Dott.ssa Federica Gigliotti, Neuropsichiatra Infantile, Dottoranda in Neuroscienze Clinico- Sperimentali e Psichiatria presso il Dipartimento di Neuroscienze Umane dell'Università Sapienza di Roma

a cura di Francesca Perucco della Redazione SINPIA

Oggetto dell'intervista: Gigliotti F, Di Santo F, Cesario S, Esposito D, Manti F, Galosi S, Ferrara M, Leuzzi V, Baglioni V. *Psychogenic non-epileptic seizures and functional motor disorders in developmental age: A comparison of clinical and psychopathological features*. Epilepsy Behav 2023;140:109117. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2023.109117

Visualizza qui la video intervista https://vimeo.com/894530213

Per la sezione interviste di questo numero abbiamo incontrato la Dott.ssa Federica Gigliotti, dottoranda presso il Dipartimento di Neuroscienze Umane dell'Università Sapienza di Roma. La discussione con la dottoressa Gigliotti nasce dall'articolo "Psychogenic non-epileptic seizures and functional motor disorders in developmental age: A comparison of clinical and psychopathological features" di cui è prima autrice insieme alla Dott.ssa Federica Di Santo e ad un gruppo di ricerca coordinato dal Prof. Leuzzi e dal Prof. Ferrara. Il lavoro è stato pubblicato a febbraio 2023 su "Epilepsy and Behaviour" e presenta i risultati di un'indagine retrospettiva condotta su un campione di pazienti con Disturbo Neurologico Funzionale caratterizzato da pseudocrisi o disturbo motorio funzionale con l'obiettivo di definirne il profilo clinico, neuropsicologico e psicopatologico.

Dottoressa, per cominciare le chiederei di raccontarci l'origine di questo lavoro e di presentarci brevemente gli autori.

R. Lo studio è nato, oltre che dall'interesse per quello che, a mio avviso, è un intrigante disturbo di interfaccia tra neurologia e psichiatria, anche dall'esigenza clinica di ottimizzare le procedure diagnostico-terapeutiche nei pazienti dell'età evolutiva con disturbo funzionale. Infatti, la letteratura attualmente disponibile si concentra sulla popolazione adulta, mentre i dati su bambini e adolescenti sono pochi e basati sulla presentazione di singoli casi o *case-series*.
In linea con la nostra esperienza, i disturbi funzionali sono un'entità clinica di frequente riscontro nei servizi di Neuropsichiatria Infantile. La letteratura ci dice che sono il secondo disturbo neurologico più frequentemente diagnosticato negli ambulatori di neurologia pediatrica, rappresentando circa il 20% delle consultazioni. Nonostante ciò, attualmente non esistono *work-up* diagnostici definiti né linee guida terapeutiche. Questo spesso determina un ritardo diagnostico con rischio di cronicizzazione della patologia, peggior impatto in termini di disabilità ed elevato costo per i servizi sanitari.
Nel corso della mia esperienza di formazione specialistica e di dottorato presso l'Università Sapienza di Roma ho avuto l'opportunità di condividere questo interesse con diversi colleghi con i quali è stato possibile avviare un gruppo di lavoro coordinato dal Prof. Vincenzo Leuzzi e dal Prof. Mauro Ferrara. Alcuni degli autori del lavoro sono gli stessi colleghi con cui abbiamo avviato un ambulatorio dedicato ai disturbi funzionali con dei percorsi mirati di diagnosi e trattamento. Mi riferisco alla Dott.ssa Federica Di Santo, la Dott.ssa Serena Cesario, il Dott. Dario Esposito e la Dott.ssa Valentina Baglioni. Hanno partecipato inoltre il Dott. Filippo Manti e la Dott.ssa Serena Galosi che fanno parte del gruppo di lavoro.

Quali sono stati i principali obiettivi e qual è stata la metodologia di svolgimento del lavoro?

R. Siamo partiti analizzando dati demografici, profilo clinico neuropsicologico e psicopatologico di adolescenti e bambini con un disturbo neurologico funzionale caratterizzato da una delle due manifestazioni principali: le

crisi psicogene non epilettiche (PNES) e i disturbi motori funzionali (FMDs). L'obiettivo era tentare di delineare il profilo di una popolazione ancora poco studiata. Infatti le modalità di insorgenza, le caratteristiche fenomenologiche e anche la prognosi di bambini e adolescenti con questa patologia mostrano delle importanti differenze rispetto alla popolazione adulta. Abbiamo quindi compiuto una comparazione tra i due sottogruppi, sia per cogliere caratteristiche comuni che potessero suggerire l'ipotesi di un continuum patologico, sia per rilevare eventuali differenze che potessero avere delle implicazioni su traiettorie evolutive e target terapeutici.
Lo studio è stato condotto su un campione di 43 pazienti, 23 con PNES e 20 con FMDs afferiti all'Istituto di Neuropsichiatria Infantile dell'ospedale Umberto I tra il 2015 e il 2016. I pazienti reclutati sono stati inclusi a seguito di una valutazione che consentiva di formulare la diagnosi di disturbo neurologico funzionale secondo i criteri del DSM-5. In particolare, la diagnosi di disturbo motorio funzionale è stata formulata utilizzando i criteri di Fahn-Williams che prevedono la presenza, alla valutazione neurologica, di sintomi con almeno uno dei quattro segni positivi: inconsistenza, incongruenza, distraibilità e trascinamento. Per la diagnosi di pseudocrisi è stata applicata la classificazione proposta dall'*International League Against Epilepsy* (ILAE). Solo in casi selezioni sono state usate tecniche di neurofisiologia o di *neuroimaging* per la diagnosi differenziale.
Sono stati esclusi dallo studio soggetti con diagnosi di disabilità intellettiva, psicosi o disturbo del movimento di natura organica. Nel campione sono stati invece inclusi soggetti che presentavano una condizione di epilessia che, come descritto in letteratura, è una comorbidità molto frequentemente associata al disturbo neurologico funzionale, specialmente quello caratterizzato da pseudocrisi. Allo stesso modo abbiamo deciso di includere anche soggetti con comorbidità psichiatriche.
È stata quindi effettuata una valutazione testologica strutturata comprensiva di: valutazione cognitiva attraverso scale *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC) o *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS) a seconda dell'età dei pazienti, valutazione dei sintomi depressivi con il questionario *Children's Depression Inventory-2* (CDI-2), valutazione della sintomatologia ansiosa attraverso il questionario *Multidimensional Anxiety Scale for Children-2* (MASC-2) e della sintomatologia dissociativa attraverso il questionario *Adolescent Dissociative Experience Scale* (A-DES). Infine, i tratti personalità sono stati esplorati attraverso il questionario *The Personality Inventory for DSM- 5* (PID-5). Accanto a questi dati sono state raccolte informazioni anamnestiche dettagliate relative alla storia personale del soggetto con particolare attenzione ad eventi traumatici e familiarità per patologie mediche o psichiatriche. Infine, sono state raccolte tutte le caratteristiche cliniche del disturbo tra cui età di esordio, modalità di esordio, durata media di malattia ed eventuali sintomi associati non motori o non correlati alle pseudocrisi. Spesso infatti questi pazienti hanno problematiche di dolore, parestesia o debolezza.

Quali sono stati i risultati dello studio?

R. Non state evidenziate differenze statisticamente significative tra le due popolazioni in esame. Quello che possiamo dire rispetto ai dati anagrafici è che sicuramente la prevalenza del disturbo nel sesso femminile registrata nel nostro studio è superiore al dato presente in letteratura. Questo è particolarmente evidente nel campione PNES costituito per oltre il 90% da soggetti di sesso femminile con un rapporto F:M di quasi 10:1. Per quanto riguarda i FMDs il rapporto F:M che abbiamo trovato è di 3:1, sovrapponibile a quanto già descritto. Le comorbidità sono risultate molto frequenti: fino al 37% di soggetti presentava comorbidità mediche e fino al 46% di soggetti presentava comorbidità neuropsichiatriche, in particolare disturbi d'ansia e disturbi specifici di apprendimento. La familiarità per patologia psichiatrica è risultata positiva nel 37% dei casi, mentre per patologie cliniche organiche è risultata presente nel 76% del campione. Un altro dato interessante è la familiarità per epilessia, riscontrata nel 26% dei pazienti con PNES e soltanto nel 5% dei pazienti con FMDs. Per quanto riguarda gli eventi traumatici, sono risultati presenti nel 67% delle anamnesi dei pazienti, con maggiore frequenza di lutti, esposizione a problematiche familiari o episodi di bullismo. Questi primi dati relativi alla familiarità, alle comorbidità e ai *life-events* sembrano supportare il modello bio-psico-sociale secondo il quale gli eventi stressanti possono fungere da innesco della patologia se è presente un substrato predisponente in termini sia biologici che psicologici che ambientali.
Per quanto riguarda il profilo clinico, abbiamo evidenziato che nel 67% dei casi con FMDs il sintomo predominante era quello di un disturbo isolato della marcia, mentre sono risultati meno frequenti i disturbi ipercinetici quali mioclono e tremore. L'80% di questi pazienti presentava anche sintomi non motori, quali debolezza, dolore e sintomi sensitivi. Nel gruppo con PNES, la manifestazione più comune, presente nell'87% del campione, era rappresentata da crisi generalizzate di tipo tonico-clonico.
Relativamente ai profili cognitivi, abbiamo riscontrato dei punteggi di quoziente intellettivo totale nell'area borderline in circa metà del campione dei pazienti con PNES e soltanto in un quarto circa di quelli con FMDs. Questo ci è sembrato un dato a supporto di quanto già evidenziato nell'adulto in cui è stata ipotizzata una correlazione tra la vulnerabilità cognitiva e lo sviluppo di pseudocrisi.

Per quanto riguarda la sintomatologia depressiva, punteggi clinici al CDI-2 sono stati rilevati con maggior frequenza nel gruppo PNES, (35% dei soggetti), rispetto al gruppo FMDs, (18% dei soggetti). Anche nel questionario relativo ai disturbi d'ansia (MASC-2) i soggetti con PNES hanno riportato punteggi più elevati, in particolare nella scala dell'ansia totale e dell'ansia da prestazione. Per quanto riguarda l'area dissociativa, circa il 25% dei pazienti di entrambi i gruppi riferiva esperienze dissociative ai questionari A-DES. Lo sviluppo dei sintomi dissociativi potrebbe essere correlato a conflitti interni irrisolti innescati da eventi traumatici che vengono convertiti inconsciamente in sintomi somatici o psichiatrici e che vanno a conferire al paziente un duplice vantaggio: quello di non esperire più le sensazioni difficili da accettare, a cui si aggiunge il vantaggio secondario legato alla riduzione delle aspettative e all'aumento di attenzione da parte delle figure di riferimento. L'ultimo dato è quello legata al questionario PID-5, è stata dimostrata un'influenza significativa dei fattori di rischio sul dominio dello psicoticismo che abbiamo interpretato come legato all'azione della coartazione affettiva innescata sempre dagli eventi traumatici che potrebbero rappresentare il trigger della patologia nei soggetti predisposti.

Alla luce dei risultati, quali conclusioni si possono trarre? Qual è il take-home message per la pratica clinica?

R. Possiamo concludere dicendo che individuare un disturbo neurologico funzionale è da sempre una sfida, ma che la nostra esperienza conferma che un'accurata raccolta anamnestica associata all'identificazione di fattori di rischio e dei segni positivi all'obiettività neurologica favoriscono la formulazione di un'appropriata diagnosi. Inoltre, i nostri risultati suggeriscono che bisogna tenere in considerazione sia le caratteristiche neurocognitive che psicopatologiche di bambini e adolescenti con questo disturbo perché possono rivelarne specificità e vulnerabilità. Questi dati, che sicuramente meritano di essere approfonditi con un ampliamento del campione, riteniamo siano interessanti in termini di traiettorie evolutive e strategie di diagnosi e trattamento.

Sezioni Regionali

Sezione regionale SINPIA Piemonte-Valle D'Aosta

La Sezione regionale SINPIA Piemonte-Valle d'Aosta nasce agli inizi degli anni '70, successivamente alla costituzione della SINPIA nazionale (https://sinpia.eu/statuto-e-atto-costitutivo/), e da allora è stata il luogo privilegiato dove i membri eletti a livello locale si sono incontrati per discutere i problemi e le strategie dei servizi e della disciplina, e per decidere in modo collegiale, ma spesso con forti contrasti, regole e interventi. Contrasti, che via via nel tempo si sono fortemente ridotti, legati a contrapposizioni quali ospedale e territorio, servizi di NPI specialistici e servizi di base (consultorio, distretto…), clinica specialistica e tutela dell'infanzia, neurologia, psichiatria e psicoanalisi, identità professionale e sintonia o differenziazione dalle altre professioni, psicoterapia e farmacologia.
La sezione regionale ha ospitato al suo interno i nomi più illustri e storici della realtà piemontese ed Italiana (prof.ssa Livia Di Cagno, dott. Dante Besana…) ed è stata lo spazio dove sono stati organizzati via via negli anni convegni ed eventi formativi di carattere locale e nazionale, e dove sono state preparate le strategie per interfacciarsi, il più possibili unitari (ma non sempre), con l'Assessorato Regionale alla Sanità; in particolare, all'interno del "Coordinamento regionale Direttori di Neuropsichiatria Infantile", che è il tavolo istituzionale di confronto all'interno dell'Assessorato. Pertanto, attraverso un numero considerevole di delibere regionali, è stata orientata l'organizzazione degli odierni servizi Rete di NPI e dei reparti ospedalieri. Lo stesso livello di confronto, condivisione di saperi, ed applicazione clinica di nuove teorie, è avvenuto per la costruzione e la definizione di linee guida quali quelle sulla adhd, i disturbi dell'umore e poi l'autismo, ricercando sempre un equilibrio tra le istanze così complesse che caratterizzavano (e caratterizzano) la NPI, soprattutto nella sua fase iniziale.
L'organigramma corrente della Sezione SINPIA Piemonte Valle d'Aosta ha preso corpo dall'assemblea regionale dei soci del 3/12/2021 (assemblea elettiva della Segreteria Regionale, del Segretario e dei Consiglieri della Sezione), che ha confermato il Segretario Regionale (Orazio Pirro), ed eletto ben 24 consiglieri di sezione, individuati sulla base di una rappresentatività, equa e capillare delle ASL Piemontesi, degli ospedali, dell'Università e dei vari inquadramenti e livelli professionali. All'interno di questo gruppo è stata poi individuata una rappresentatività per sotto-specializzazioni, in continuità con le sezioni scientifiche nazionali (neurologia, psichiatria, riabilitazione, neuropsicologia, epidemiologia ed organizzazione dei Servizi), finalizzata al monitoraggio ed all' organizzazione degli eventi formativi locali.
L'attuale triennio (2021-2024) è caratterizzato dalla ripresa regolare delle attività cliniche, dopo il COVID, e dalla messa in opera delle nuove modalità di intervento e collaborazione con le altre strutture e servizi, nate e sperimentate durante la pandemia, cui la sezione piemontese ha contribuito. A tal proposito menzioniamo: l'applicazione della DGR su autismo del 2- 2016 e quella sul potenziamento di interventi specifici sui disturbi della condotta alimentare (DCA) del 2022; la comunità terapeutica, a scavalco tra minore-maggiore età, per i soggetti artefici di reato; i Centri Diurni Socioriabilitativi; i gruppi di lavoro, con caratteristiche sempre più multidisciplinari, riguardanti i percorsi di continuità tra Ospedale Regina Margherita (Torino) e i territori (Reparti di Pediatria e Servizi di NPIA); le procedure di prescrizione degli psicofarmaci; la gestione delle emergenze psichiatriche; le sinergie interistituzionali tra le reti sanitarie e le altre organizzazioni dedicate all'infanzia; infine, la gestione del privato accreditato e la ridefinizione dei requisiti strutturali e gestionali della residenzialità e semi residenzialità per minori (D.G.R. n. 22-8704 del 5 aprile 2019), che sta contribuendo ad una migliore e più funzionale risposta all'odierna e preoccupante emergenza da disturbi psicopatologici gravi dei minori nel post-COVID. Inoltre, appare rilevante la significativa, robusta e consolidata collaborazione con le altre Istituzioni: da quella Giudiziaria, sul campo della Tutela, a quella dei Servizi Sociali, dei Servizi educativi e Scolastici. Sempre nel 2022 vi sono stati molti eventi formativi sviluppati dai membri della segreteria e Patrocinati dalla SINPIA. È stata poi fondamentale la rappresentanza dei membri della segreteria all'interno del Tavolo di Coordinamento Regionale dei Servizi di NPIA, per indirizzarne le priorità e le scelte. In particolare, la "Deliberazione della Giunta Regionale 15 luglio 2022, n. 19-5372 Art. 33, commi 1 e 2 del DL n. 73 del 25 maggio 2021 e s.m.i. Indicazioni per il potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza", che prevedeva uno stanziamento complessivo di 1.547.410 euro.
Nell'anno che sta per concludersi (2023), è stato possibile organizzare il Convegno SINPIA regionale (13 aprile 2023) "*Emergenze neuropsichiatriche e bisogni di salute nei bambini e adolescenti dopo la pandemia. Confronto interistituzionale per definire nuovi possibili modelli di reti sanitarie ed assistenziali*" con la descrizione di alcune attività di particolare rilievo. Tutti gli atti del convegno sono consultabili sul sito SINPIA, nella sezione riservata ai

soci (https://sinpia.eu/archivio-congressi-sinpia-area-riservata/), mentre la presentazione dei dati epidemiologici del sistema informatizzato piemontese SMAIL, è stata oggetto di uno specifico articolo, pubblicato sulla rivista GINPEE. Solo un accenno, infine, ai gruppi di lavoro operativi in Piemonte, in particolare quelli dedicati ai rapporti ospedale-territorio, le sinergie tra NPI e pediatrie, l'appropriatezza delle prescrizioni psicofarmacologiche, i Disturbi delle Condotte Alimentari, la gestione dell'emergenza psichiatrica in DEA della patologia neurologica, dei disturbi del comportamento, i rapporti strutturati con i centri di salute mentale nel transito tra minore maggiore età.
La sezione regionale continua, dunque, ad essere l'"agorà" e l'elemento di contatto, confronto e scambio tra gli accadimenti locali, le decisioni, le attività e le offerte formative del Direttivo Nazionale, ed i singoli soci, (cercando inoltre di captarne le istanze e le necessità) anche grazie alle riunioni periodiche di segreteria, ora online, agli scambi via mail, e ad una chat Whatsapp. Si tratta dunque di una storia lunga quasi mezzo secolo, di cui varrebbe pena di tenere memoria, che ha gestito le nuove scoperte scientifiche e le riorganizzazioni teorico-cliniche, con il conseguente abbandono di vecchie affermazioni e assiomi ed il consolidamento di altre, in un continuo sforzo riorganizzativo. Attualmente, infatti, la segreteria accompagna in modo regolato l'attività delle strutture Piemontesi la cui peculiarità consiste proprio in un'organizzazione, costruita negli anni, anche grazie al contributo della SINPIA, atta a promuovere lo sviluppo di un bambino nel suo ambiente. Vi è oramai accordo che le condizioni dinamiche di sviluppo e di salute del bimbo appartengano, in modo integrato, alle problematiche neurologiche, psichiatriche, del neurosviluppo, comportamentali, relazionali, emotive, famigliari, ambientali, postraumatiche, sociali, tra di loro intimamente intrecciate e non contrapposte, e comprese, in gran parte, nell'ampio ed innovativo contenitore dei disordini del neurosviluppo suffragato dalle neuroscienze e dalla psicobiologia dello sviluppo. Un modello che si allontana dall'immagine comune di malattia puntiforme, ma legato a quella di "traiettorie evolutive di sviluppo" e di "regolazione epigenetica", dove anche le "sotto-specialità" trovano la loro realizzazione. La multi-professionalità, l'approccio multidisciplinare e transmurale tra Aziende Ospedaliere /ASL, la presenza diffusa sul territorio, la competenza clinica, e l'approccio "olistico" (ogni minore ha una sua specifica storia, una sua personale traiettoria di crescita, sulla quale si può agire favorevolmente nel tempo), sono considerati ed attuati come veri punti di forza, ed in fondo sono la realizzazione attuale dei presupposti originari della NPI che anche (o soprattutto) grazie alla SINPIA è stato possibile diffondere, sviluppare, proteggere.

Dott. Orazio Pirro
Segretario regionale SINPIA Piemonte-Valle d'Aosta

Spazio Associazioni

La sindrome da deficit di Glut1: #insiemeperilglut1

LA MALATTIA

La sindrome da deficit del trasportatore di glucosio di tipo 1 (Deficit di glut1, Malattia di De Vivo o Glut1DS) è una **rarissima malattia genetica, con un fenotipo epilettico, che interessa il metabolismo cerebrale**. Il Glut1 è la proteina responsabile del trasporto del glucosio attraverso la barriera emato-encefalica e agisce in modo indipendente come regolatore di alcune funzioni cerebrali; è prodotta dal gene SLC2A1. Se questo gene è danneggiato da una mutazione, la proteina non viene prodotta in quantità sufficiente e il trasporto del glucosio nel cervello è compromesso.

Ha una prevalenza di circa **1 paziente ogni 80.000** nati vivi; tuttavia, verosimilmente l'incidenza della Glut1DS potrebbe essere più elevata e che sia ancora un malattia **sottodiagnosticata** (fino ad arrivare a 1:25.000).
La Glut1DS consiste in un **ampio spettro clinico** che di solito presenta disabilità cognitiva, epilessia, discinesia parossistica indotta dall'esercizio fisico, anemia emolitica, disturbi dell'andatura e disprassia in diverse combinazioni. Tuttavia, ci sono altre manifestazioni cliniche ugualmente peculiari, ma che finora sono state descritte in modo insufficiente e che non vengono interpretate come riferibili alla sindrome.

LA TERAPIA

Non esiste una cura, ma **esiste una terapia specifica: la dieta chetogena,** che pur non andando ad agire sul difetto metabolico alla base della malattia, ne va a tenere sotto controllo alcuni aspetti, soprattutto in fase pediatrica. **Il cibo diventa quindi farmaco** e ogni paziente riceve dalla sua équipe medica (composta di neurologi, nutrizionisti, endocrinologi, psicologi…) una prescrizione precisa al grammo della quantità di carboidrati, proteine e lipidi che si possono assumere ad ogni singolo pasto. Ogni dieta è customizzata per ogni paziente, che deve monitorare anche più volte al giorno l'andamento di determinati valori, per apportare immediatamente fattori correttivi. La dieta viene inoltre spesso modificata dal team medico, in funzione della risposta del paziente e dei possibili effetti collaterali.

L'ASSOCIAZIONE ITALIANA GLUT1

La malattia permea ogni istante della propria vita: non esistono pause, sgarri, vacanze, week end. La vita di una persona che affronta la sindrome da deficit di glut1 è fatta di **attenzioni, sacrifici e ascolto.**
Ogni giorno è dedicato alla cura dei propri cari: un impegno indispensabile per garantire loro un **futuro**.
Allo stesso modo, anche noi dell'**Associazione italiana glut1** (www.glut1.it) cerchiamo di essere in **ascolto** costante e **al fianco** delle persone che affrontano questa rara malattia genetica.
Cerchiamo di convogliare **le forze e le speranze dei pazienti e delle loro famiglie** al fine di sostenere la **ricerca scientifica** e ogni iniziativa diretta a migliorare la **conoscenza, la diagnosi e la cura** della Glut1DS, cerchiamo di tutelare **i diritti** delle persone affette da tale patologia, cerchiamo di favorirne l'**integrazione sociale** e di migliorarne la **qualità della vita**.
#insiemeperilglut1 è il nostro hashtag: **perché condividere le proprie paure e le proprie fragilità con gli altri è in assoluto una delle armi più potenti che abbiamo a disposizione**.
Le attività dell'associazione si possono dividere in 4 aree principali:

1. **Empowerment:** per approfondire i temi della **ricerca scientifica,** per proseguire consapevolmente nel percorso di una ricerca scientifica partecipata, innovativa e responsabile, coerentemente con le direttive internazionali che mirano alla partecipazione attiva dei portatori di interesse. Promuoviamo quindi la **formazione** delle famiglie con webinar, convegni, incontri… Cerchiamo inoltre di essere **catalizzatori**, facilitando tutto ciò che può avviare

un progetto di ricerca o migliorare la quotidianità dei pazienti: abbiamo sviluppato un **Registro nazionale** delle persone affette da Glut1ds e dei loro familiari, che nasce dallo sforzo collaborativo con sei centri clinici italiani e una **web app**, con il Politecnico di Milano e i nutrizionisti dell'Università di Pavia e di Milano, per supportare le famiglie nella creazione dei pasti e nella gestione quotidiana della dieta chetogena e semplificare gli scambi di informazioni tra pazienti e medici.
Abbiamo anche organizzato, in collaborazione con Fondazione Telethon, **bandi di ricerca sulla nostra patologia**, applicando il metodo della *peer review* e facendo valutare i progetti da una commissione medico scientifica di esperti indipendenti.

2. **Advocacy:** per facilitare le **interazioni con le Istituzioni e gli attori rilevanti** nella comunità delle malattie rare. Abbiamo per esempio ottenuto dal Ministero la prescrivibilità di numerosi alimenti ai fini medici speciali non solo per i pazienti Glut1ds, ma anche con epilessie farmacoresistenti.
3. **Awareness:** per diffondere la conoscenza sulla nostra malattia sia a livello della comunità scientifica, che non. **Solo conoscendo, si può comprendere, non emarginare e costruire un'integrazione,** senza mai dimenticare di eliminare le etichette. Per questo abbiamo avviato una campagna di sensibilizzazione rivolta a famiglie, scuole, insegnanti e più in generale a tutti coloro che entrano in contatto con persone che devono seguire diete speciali.
4. **Qualità della vita:** per **supportare concretamente nel giorno per giorno le famiglie. Perché #insiemeperilglut1 non sia solo un hashtag, ma un vero e proprio approccio alla vita inclusivo.**

Recensione

Apprendimento e memoria: quotidianità della pratica clinica in neuropsichiatria infantile
Un excursus delle opere di Eric R. Kandel

a cura di Caterina Zanus

SC Neuropsichiatria infantile, Istituto per l'Infanzia IRCSS Burlo Garofolo di Trieste

Una vita di studi e ricerche dedicate ai concetti base di neuroscienze, che valse nel 2000 ad Eric R. Kandel il premio Nobel per la medicina, condiviso con Arvid Carlsson e Paul Greengard, per le scoperte sulla trasduzione del segnale nel sistema nervoso alla base dei meccanismi di conservazione della memoria nei neuroni.
Difficile scegliere e ancor più difficile recensire opere di uno scienziato così importante, co-autore di uno fra i testi sacri delle neuroscienze, "*Principles of Neural Science*", giunto alla sua sesta edizione (pubblicata nel 2023 la quinta edizione italiana).
Biografia di un ebreo fuggito da Vienna che, attratto dal pensiero psicoanalitico, si iscrive a medicina per studiare psichiatria e diventerà neuroscienziato: "*Alla ricerca della memoria. La storia di una nuova scienza della mente*" ripercorre, in prima persona, la storia di un uomo, attraverso i suoi ricordi d'infanzia, fatti di giochi, paure, orrori (così chiama gli eventi con cui rimase impressa nella sua mente la Notte dei cristalli), separazioni drammatiche sostenute da un ambiente resiliente-diremmo-oggi. "*Mio fratello e io partimmo in treno per Bruxelles nell'aprile del 1939. Separarmi dai miei genitori all'età di soli nove anni fu un'esperienza molto dolorosa, malgrado l'inossidabile ottimismo di mio padre e le serene rassicurazioni di mia madre*". Dall'infanzia all'età adulta, memorie di una vita: incontri, collaborazioni, curiosità, ricerche, attese, scoperte, raccontate con la leggerezza quasi dell'avventura e la precisione costante della scienza. E tra tutte le sorprese forse la più dolce: quella della figlioletta che, all'età di sette anni, in occasione del compleanno del padre, scrive per lui una poesia che ha per tema proprio la sua tanto studiata lumaca di mare *Aplysia* e che ritroviamo teneramente riportata per esteso tra le pagine del libro.
Ancorato ai suoi ricordi d'infanzia viennese, fedele ai primi interessi per la psicoanalisi e appassionato d'arte, in "*L'età dell'inconscio. Arte, mente e cervello dalla grande Vienna ai nostri giorni*" Kandel propone a un lettore curioso un viaggio affascinante, colto e profondo umanamente e scientificamente, a partire dalla Vienna del primo Novecento dove figure tra le più eminenti della scienza e dell'arte (e della medicina, sia considerata essa l'una, l'altra o un misto di entrambe) contribuirono a cambiare, – potremmo dire per sempre? –, il modo di considerare la mente umana. Dall'approccio psicoanalitico all'emozione inconscia, passando per la psicologia cognitiva della percezione visiva, l'autore accompagna il lettore (potenziale osservatore dell'opera d'arte) verso la comprensione dei meccanismi biologici della risposta, visiva ed emotiva, all'arte, per approdare infine, forse audacemente, al mondo della creatività.
In "*La mente alterata. Cosa dicono di noi le anomalie del cervello*" gli sforzi di una vita di ricerca cercano di chiudere il cerchio. Qui Kandel ripercorre le più moderne conoscenze raggiunte oggi in merito ai meccanismi alla base dei principali disturbi cerebrali: dal Parkinson all'Huntinghton, dalla depressione al disturbo bipolare alla schizofrenia, passando per l'autismo. La direzione: illustrare come i fondamentali studi di queste patologie possano approfondire la nostra comprensione della mente. A fare da sfondo l'eterno dilemma: come nasce la nostra mente dalla materia fisica del cervello? Tra queste pagine ci sono comprensibilmente più domande che risposte. Forse la carrellata appare a tratti un po' rapida ma è certamente stimolante la conclusiva prospettiva della ricerca di un "*nuovo umanesimo che sia basato sulla conoscenza della nostra individualità biologica per arricchire la nostra esperienza del mondo e la nostra comprensione l'uno dell'altro*". Quanto ai cambiamenti che la nuova biologia della mente si ritiene porterà, qualche altro pensiero viene a leggere che …: "*neurologia e psichiatria si fonderanno in una disciplina clinica comune che si concentrerà sempre più sul paziente come individuo con particolari predisposizioni genetiche alla salute e alle malattie*"… (!)
Freschi della comunicazione dell'ultimo Nobel per la medicina, assegnato per le scoperte che hanno consentito lo sviluppo di vaccini a mRNA, voltiamo indietro uno sguardo alle grandi scoperte del passato, "alla ricerca della memoria", e guardiamo avanti: ancora una volta, e con inossidabile ottimismo, alla ricerca di chiavi "evolutive".

Lettere

L'ambulatorio Pediatrico per la Varianza di Genere (APEVAGE) di Trieste

Giulia Bresciani[1], Anna Roia[1], Federico Sandri[1], Marco Carrozzi[1], Dora Cosentin[1], Chiara Cervesi[1], Lucia De Zen[1], Gianluca Tornese[1,2]

[1] Istituto per l'Infanzia IRCCS Burlo Garofolo di Trieste; [2] Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute, Università degli Studi di Trieste

L'Ambulatorio Pediatrico per la Varianza di Genere (APEVAGE) dell'IRCCS Burlo Garofolo si dedica con passione e competenza alla presa in carico della disforia di genere (DG) dal 2015. L'équipe che ne fa parte è multidisciplinare e integrata, composta da professionisti quali l'endocrinologo pediatra, gli psicologi, i neuropsichiatri infantili e la bioeticista, tutti con competenze specifiche rispetto alla DG e alle possibili problematiche correlate.
L'identità di genere, come definito dal DSM-5, "è una categoria di identità sociale e si riferisce all'identificazione di un individuo come maschio, femmina o, in alcuni casi, come appartenente a categorie diverse da queste". La maggior parte delle persone sviluppa un'identità di genere coerente con il sesso assegnato alla nascita. Tuttavia, non è raro che alcune persone facciano esperienza di una discrepanza tra il genere assegnato e la percezione di sé. Questa incongruenza si manifesta in vari modi, influenzando comportamenti, abbigliamento, interessi ed attività. Il DSM-5 individua la "disforia di genere" nella sofferenza derivante dall'incongruenza tra il genere percepito da una persona e quello assegnato alla nascita. Questa sofferenza diventa clinicamente significativa quando impatta la vita sociale, scolastica, lavorativa e altre aree fondamentali del percorso di un individuo, manifestandosi in diverse fasi della vita, dall'infanzia all'età adulta.
L'adolescenza è una fase critica per lo sviluppo dell'identità di genere. Per chi ha manifestato segni di DG durante l'infanzia, l'adolescenza può essere il momento per confermare o superare questa disforia. L'emergere dei caratteri sessuali secondari durante la pubertà può intensificare la sensazione di essere nel "corpo sbagliato". Al contrario, la traiettoria evolutiva di alcuni adolescenti può mutare, facendo sì che la disforia svanisca senza influenzare la futura esperienza di genere. Importante sottolineare come, durante l'adolescenza, ci sia un maggiore rischio suicidario tra coloro che vivono una DG, soprattutto in un contesto socialmente stigmatizzante. I giovani che sperimentano la DG e le loro famiglie affrontano sfide uniche, legate sia al turbamento interno causato dalla DG (incertezza, paura, rifiuto) sia alle reazioni sociali alla loro diversità. Questi problemi possono evolvere in meccanismi di difesa di natura psicopatologica.
Per tale motivo, la valutazione della DG in età evolutiva richiede un approccio multidisciplinare e olistico.
Sebbene non esistano linee guida definitive sull'uso dei test in questo contesto, l'APEVAGE, forte della sua esperienza, ha elaborato un protocollo di strumenti psicometrici, utilizzati sia in auto-somministrazione che no, per affrontare la diagnosi e l'esplorazione clinica delle variabili in gioco.
Nell'ambito della valutazione della DG, è cruciale effettuare una diagnosi differenziale, considerando possibili comorbidità o psicopatologie che potrebbero manifestarsi attraverso un disagio centrato sul corpo. Alcuni studi indicano che la DG potrebbe, in alcuni casi, essere espressione di altri disagi, come quelli legati a fluttuazioni dell'umore, a difficoltà in campo relazionale o relative al rapporto con il proprio corpo. Pertanto, la nostra valutazione include questionari e test necessari per analizzare vari aspetti che potrebbero influenzare i percorsi di cura e sostegno. Accompagnare gli adolescenti in questo percorso richiede da parte del clinico la consapevolezza delle loro fragilità e potenzialità, al fine di fornire risorse e strumenti adeguati. L'uso di test auto-somministrati, specialmente con gli adolescenti, facilita l'esplorazione di temi che potrebbero essere difficili da affrontare durante il colloquio, offrendo al contempo un momento di riflessione personale e favorendo la mentalizzazione. Inoltre, questi questionari validati forniscono dati quantitativi sull'evoluzione del percorso, evidenziando progressi o aree di difficoltà che necessitano di interventi mirati. È fondamentale, tuttavia, interpretare questi risultati alla luce delle dinamiche tipiche dell'adolescenza, in cui il conflitto con il proprio genere è comune, distinguendo tra condizioni cliniche persistenti e quelle legate specificamente a una DG primaria.
Non va dimenticato che il ragazzo o la ragazza vivono all'interno di un sistema familiare più ampio che a sua volta necessita di supporto e formazione in merito a questa tematica. È per questo motivo che l'équipe multidisciplinare dell'ambulatorio ha deciso di dare sostegno non solo attraverso colloqui dedicati alla coppia di genitori o al singolo

genitore, ma anche attraverso l'attivazione di gruppi di genitori, con l'obiettivo di creare uno spazio di dialogo e di confronto che permetta al sistema familiare più ampio di potersi esprimere e manifestare preoccupazioni, insicurezze e paure.
In conclusione, la presa in carico della DG in età evolutiva necessita di un approccio multidisciplinare e olistico, attento al benessere globale della persona e del suo sistema familiare, al fine di garantire un percorso di presa in cura che possa valorizzare i punti di forza e le qualità e che al contempo possa fornire strumenti adatti e supporto alle fragilità.

Lettere

Gentili Colleghi,
A nome della *Société Européenne de Neurologie Pédiatrique* + (SENP+) e del Comitato Scientifico e Organizzatore locale, ho il piacere di annunciare la 50° riunione della Società che si terrà a Milano dal 14 al 16 Marzo 2024, nella sede centrale dell'Università degli Studi, che proprio quest'anno festeggerà il suo centenario.

La *Société di Neuropediatrie Infantile* (successivamente denominata SENP, ora SENP+) fu fondata nel 1971 da Gilles Lyon che ne fu il primo presidente, Philippe Evrard e Emilio Fernandez Alvarez. Gilles Lyon, Philippe Evrard, Henri Szliwowski, Jean Aicardi, Michel Arthuis e Giovanni Battista Cavazzuti furono i componenti del primo bureau della Societé che da allora conta fra i suoi membri molti fra i più insigni maestri della nostra disciplina attivi soprattutto in Europa (in particolare in Francia, Italia, Portogallo, Belgio, Svizzera, Lussemburgo e Spagna) e nel bacino del Mediterraneo.
Le riunioni della SENP+ sono da sempre una opportunità preziosa di crescita professionale, in un contesto di confronto culturale e scambio di indiscusso rigore scientifico, ma al tempo stesso informale e conviviale, che supporta la costruzione di una rete di relazioni interpersonali, amicizie e collaborazioni fruttuose, in un clima dinamico e stimolante. Sono il luogo ideale per condividere le proprie ricerche, soprattutto per i più giovani, per i quali, come per molti di noi, le riunioni della *Société* sono l'occasione per presentare per la prima volta i propri studi al cospetto di una platea internazionale, certi di essere ascoltati con interesse e curiosità e di ricevere commenti e critiche costruttive da parte dei colleghi più esperti.
L'edizione di Milano segna un traguardo importante, poiché sarà la 50° riunione della *Societé*. I festeggiamenti per il cinquantesimo anniversario hanno fornito lo spunto per la redazione di un libro che ripercorre la storia della SENP+, delle società di neurologia pediatrica europee e dei loro membri più illustri, descrivendone non solo i meriti scientifici, ma anche quelli umani con aneddoti e ricordi personali degli Autori. SENP+ Milano 2024 sarà dunque anche una occasione per celebrare la nostra storia e riflettere sul futuro della nostra disciplina.
Nei due giorni del congresso, come da tradizione, verranno affrontati in modo estensivo due argomenti ma ci sarà tempo per comunicazioni e poster a tema libero e per la presentazione di casi clinici complessi o irrisolti. Tratteremo, cercando di valorizzarne anche la prospettiva storica, le malattie ereditare della sostanza bianca (tema che ha vissuto in anni recenti un importante sviluppo in termini di fenotipizzazione, inquadramento eziologico e apertura di prospettive terapeutiche impensabili fino a pochi anni fa) e le malattie neuroinfiammatorie a eziologia infettiva o post-infettiva (malattie per certi versi antiche, ma che pongono ancora tanti quesiti al clinico e prepotentemente tornate sotto la luce dei riflettori con la pandemia da COVID-19). Il congresso sarà preceduto dal corso di aggiornamento dedicato alle urgenze in neuropediatria, tema caro non solo ai neuropsichiatri infantili ma anche a specialisti di altre discipline.
Per la serata di gala, il Museo Nazionale della Scienza e della Tecnologia "Leonardo da Vinci" ci aprirà le sue porte con una visita guidata in esclusiva alle Gallerie di Leonardo, cui seguirà la cena nella Sala del Cenacolo, l'antico refettorio del Monastero Olivetano di San Vittore, recentemente riaperta al pubblico dopo i restauri.

In attesa di potervi di accogliere numerosi a Milano,

Stefania Maria Bova
Ospedale Buzzi dei Bambini, Milano
A nome del comitato Scientifico e comitato Organizzatore locale
Per il programma e le info complete: https://www.senp-congres.com

Lettere

Progetto "Promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita del bambino: il progetto multiregionale coordinato dall'ISS": sintesi dei principali risultati

Simona Orcesi

[1] S.C. di Neuropsichiatria Infantile, IRCCS Fondazione Mondino, Pavia; [2] Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi di Pavia, Pavia

I principali risultati del progetto "Promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita del bambino: il progetto multiregionale coordinato dall'ISS" coordinato da Enrica Pizzi e Ilaria Lega del Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, sono stati presentati ad un convegno organizzato a Roma in aprile. Inoltre, gli stessi esiti sono stati discussi alla riunione finale di giugno allo *Steering Committee* del progetto, che riuniva un gruppo di esperti, clinici e decisori implicati nella promozione e tutela della salute nei primi 1000 giorni di vita del bambino, a cui ho partecipato come rappresentante per la SINPIA. L'iniziativa ha coinvolto oltre 500 professionisti sanitari di molteplici aree dedicate alla tutela e promozione della salute del bambino dal concepimento al secondo anno di vita e ha raccolto una serie di informazioni importanti, in tre ambiti principali:

- la qualità percepita dalle donne durante il percorso nascita;
- la diffusione di buone pratiche per la promozione della salute mentale materna dalla gravidanza al periodo postnatale;
- il supporto alla genitorialità offerto dai servizi e dai professionisti sociosanitari.

Penso che conoscere e citare i risultati raccolti nel corso di questo progetto possa essere utile e sia all'interno del nostro ambito di lavoro, che anche per eventuali nostri progetti futuri. Mi sembra, quindi, importate sintetizzare quanto emerso, come "fotografia" della situazione italiana, rimandando alla pagina dedicata ai risultati del progetto per ulteriori notizie e dettagli (https://www.epicentro.iss.it/materno/progetto-per-la-promozione-della-salute-nei-primi-1000-giorni-risultati).

L'indagine sulla *qualità percepita nel percorso nascita* ha offerto alle 3642 donne partecipanti l'opportunità di descrivere, attraverso questionari tradotti in diverse lingue, la propria esperienza di assistenza alla gravidanza, al parto e nei primi 3 mesi di vita del bambino. Questi primi dati sono importanti, in quanto In Italia mancavano informazioni recenti sui vissuti delle donne durante il percorso nascita in grado di orientare decisori e clinici. La maggior parte delle partecipanti ha dichiarato di aver avuto un'esperienza complessiva di assistenza buona o ottima durante la gravidanza, il travaglio e parto, dopo la nascita e al ritorno a casa. Fra le criticità migliorabili sono emerse la possibilità di scegliere il tipo di assistenza in gravidanza e al parto e la qualità dell'assistenza nel post-partum, sia in ospedale che sul territorio, per la quale le donne, in particolare quelle in situazioni economiche più fragili, riferiscono le esperienze meno positive.

Le indagini sulla *salute mentale perinatale* trovano la loro importante giustificazione nelle linee guida dell'Organizzazione mondiale della Sanità, che hanno individuato il supporto alla salute mentale materna fra le aree prioritarie per migliorare lo sviluppo infantile precoce. I disturbi mentali della donna durante la gravidanza e nel primo anno dopo il parto sono infatti frequenti (ne soffre 1 donna su 5) e si associano a esiti avversi di salute, anche gravi, sia nelle mamme che nei bambini. Le indagini del progetto hanno coinvolto sia consultori familiari (CF) di una selezione di Aziende sanitarie del Nord, Centro e Sud del Paese, sia i professionisti sanitari dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) nazionali. I risultati hanno evidenziato come i CF risultino un luogo di riferimento capace di promuovere la salute mentale perinatale, la prevenzione e il riconoscimento dei segni di rischio dei disturbi mentali perinatali, con l'offerta di valutazioni e interventi di *counselling* e supporto. A livello dei DSM, invece, è necessario rafforzare le competenze specialistiche e l'offerta di percorsi di presa in carico specifici per le donne che in gravidanza presentano già una diagnosi di disturbo mentale: solo la metà dei 127 DSM coinvolti offre un servizio di *counselling* preconcezionale per le donne con un disturbo mentale già diagnosticato o in trattamento che desiderino avviare una gravidanza. La maggior parte non dispone di un documento di riferimento per la prescrizione psicofarmacologica alle donne in età riproduttiva ed emerge la carenza di percorsi specifici e dedicati.

L'ultimo ambito di studio del progetto è stato quello del *supporto alla genitorialità responsiva*. Anche in questo caso l'obiettivo è in accordo con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dello *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), che raccomandano politiche a sostegno del pieno sviluppo dei bambini tramite programmi di intervento in età precoce, tra cui il supporto diretto e appropriato ai genitori.
Il progetto ha realizzato sia una serie di *workshop* indirizzati a professionisti socio-sanitari, dell'area educativa e delle politiche sociali coinvolti nella protezione e promozione della salute nei primi 1000 giorni, sia un'indagine rivolta ai pediatri di libera scelta su conoscenza e pratica relative alla prevenzione e promozione della salute psicofisica del bambino e dei suoi genitori nei primi 2 anni di vita. In particolare, la finalità è stata evidenziare interventi e programmi realizzati nelle realtà assistenziali coinvolte nei seguenti ambiti: *promozione dell'allattamento e dell'alimentazione responsiva, protezione dall'esposizione a fumo e alcol, promozione della lettura precoce in famiglia*, *protezione dagli schermi, contrasto alle disuguaglianze e la promozione dell'accesso ai servizi.*
Il confronto multi-professionale ha sottolineato l'importanza di costruire interventi e programmi comuni e sostenibili nel tempo e di utilizzare anche le risorse digitali per raggiungere i destinatari delle azioni, con maggiore disponibilità della mediazione culturale e la realizzazione di materiali multilingue, visto che i genitori di cittadinanza non italiana in Italia riguardano ormai il 20% dei nati.
Rispetto ai pediatri di libera scelta, è emerso che la maggioranza ha un buon livello di conoscenza sulle tematiche proposte. Le criticità principali e l'assenza di indicazioni fornite ai genitori riguardano soprattutto l'area degli stili di vita (es. l'uso di alcol in gravidanza, la sicurezza in auto e la posizione in culla) e, ancora una volta, l'area della salute mentale. In quest'ultimo ambito, una parte dei professionisti ritiene che la depressione materna scompaia senza necessità di trattamento o non informa adeguatamente i genitori dell'esistenza di servizi territoriali che possono farsi carico di bisogni non immediatamente sanitari o non facilita il contatto con uno psicologo in presenza di un problema di depressione materna.

Lettere

Disturbi neurologici funzionali in età pediatrica: l'esperienza dell'Istituto Carlo Besta di Milano

Roberta Solazzi, Claudia Dosi, Emanuela Pagliano, Federica Zibordi, Marta Viganò, Ilaria Pedrinelli, Sara Mazzanti, Tiziana Casalino, Daniela Sarti, Tiziana Granata, Nardo Nardocci

Dipartimento di Neuroscienze Pediatriche, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano

Gentili Soci,
desideriamo condividere con voi la nostra recente esperienza riguardo ai disturbi neurologici funzionali (FND) in età pediatrica.
I FND sono un frequente motivo di consultazione per il neuropsichiatra infantile, sia in regime di urgenza, che per la valutazione di quadri clinici cronici, spesso dopo lunghe odissee diagnostiche. Le strutture di NPI, e più in generale le strutture sanitarie, vengono coinvolte a vari livelli, con conseguenti ingenti costi per la sanità pubblica.
I disturbi funzionali sono spesso di pertinenza sia neurologica che psichiatrica, e costituiscono, quindi, un modello molto interessante di malattia ai confini tra le due branche della Neuropsichiatria Infantile. Nonostante la letteratura sia ricca di lavori in merito ai FND, le conoscenze riguardo ai meccanismi patogenetici alla loro base sono ancora insufficienti. Inoltre, gli studi su casistiche in età pediatrica sono scarsi e, soprattutto, ancora non sono bene definite le caratteristiche specifiche dei pazienti che li manifestano.
Da tempo il Dipartimento di Neuroscienze Pediatriche dell'Istituto Carlo Besta si occupa dell'inquadramento diagnostico dei FND, cui si è affiancato negli ultimi anni anche un interesse di ricerca per quanto riguarda la caratterizzazione del profilo neurocognitivo e psicologico di questi bambini e adolescenti, finalizzato a orientare il percorso terapeutico e riabilitativo. Molto spesso, infatti, il solo rimando a una presa in carico psicoterapica non è sufficiente per il processo di guarigione, anzi, è esperienza comune che tale percorso venga rifiutato dai pazienti o dai *caregiver*.
È ben noto come la diagnosi precoce sia un elemento prognostico favorevole, così come la comunicazione della diagnosi in positivo, effettuata secondo modelli di riferimento che si basano sulla identificazione di segni clinici caratteristici, piuttosto che sulla negatività degli approfondimenti eseguiti. All'interno del nostro dipartimento di neuroscienze pediatriche abbiamo costituito un'equipe multidisciplinare dedicata ai FND, con riunioni settimanali di discussione casi e condivisione del percorso diagnostico e terapeutico. La nostra attenzione è rivolta alla gestione complessiva del paziente, a partire dalla comunicazione della diagnosi, sia al minore che ai familiari, fino all'invio alla presa in carico territoriale ed eventualmente al coinvolgimento delle strutture educative scolastiche.
Per definire più precisamente il profilo di questi bambini e ragazzi, abbiamo messo a punto un protocollo di valutazione comprensivo di questionari su ansia e depressione, tratti comportamentali e di personalità, ma anche di test neurocognitivi che valutano, oltre al livello intellettivo, anche altre funzioni e competenze, quali il riconoscimento delle emozioni e il funzionamento socio-emotivo. I risultati preliminari dell'applicazione di questo protocollo clinico di verranno presto condivisi.
Insieme alla sezione "Disturbi dello sviluppo motorio", abbiamo, inoltre, affiancato a questa valutazione anche un iniziale trattamento riabilitativo partecipato, dedicato specificamente al miglioramento degli aspetti motori nei pazienti con disturbo del cammino, caratterizzati spesso da un grado di disabilità funzionale maggiore. L'intervento ha permesso in diversi pazienti un miglioramento iniziale, che è stato la premessa fondamentale per la ripresa della frequenza scolastica e l'accettazione del successivo iter terapeutico.
Sicuramente l'ambito dei FND in età pediatrica è ancora poco studiato, nonostante l'elevata prevalenza di questi disturbi, e sono necessari ulteriori sforzi per favorire l'informazione e l'educazione sul tema e per migliorare l'iter di cura, con il coinvolgimento anche delle strutture ospedaliere periferiche, dei centri riabilitativi e delle Unità Operativa Neuropsichiatria Psicologia Infanzia Adolescenza (UONPIA) territoriali.
Con la Sezione Scientifica Neurologia dell'Età Evolutiva della SINPIA, abbiamo in corso un progetto multicentrico focalizzato sui disturbi del movimento funzionali, che si avvale della collaborazione di numerosi centri distribuiti sul territorio nazionale per la raccolta di dati demografici e clinici.
Speriamo che la condivisione della nostra esperienza e tale progetto possano essere un primo passo verso la creazione di una rete e un aiuto per migliorare la conoscenza e, in futuro, la gestione complessiva di questi bambini e ragazzi.