

Uno studio descrittivo sull'accesso degli adolescenti ai servizi neuro-psichiatrici territoriali.

di Carlo Di Brina*, Paola D'Oto*, Roberta Di Scipio*, Diana Di Pietro, Giacomo Menghini**, Bruna La Rocca**, Ida Scibilia**, Ugo Sabatello*.**

Introduzione

La malattia psichiatrica in età evolutiva costituisce un fenomeno di notevoli dimensioni. I dati rintracciabili in letteratura internazionale segnalano una prevalenza di circa il 20% di problemi psichiatrici in tale fascia d'età (WHO, 2000; Üstün, 1999).

Rutter & Taylor (2002) affermano che la presenza di psicopatologia nella popolazione più giovane si attesti tra il 10% e il 20%. La forbice dei dati percentuali è il frutto della variabilità nell'impostazione metodologica degli studi epidemiologici presenti in letteratura.

Frequente è la comorbidità: il 40% circa dei bambini e degli adolescenti seguiti presso un servizio di salute mentale presenta più di un disturbo nello stesso momento; inoltre esiste una forte compresenza di problematiche psico-sociali (Besana & Spinelli, 2001).

I problemi relativi alla salute mentale rivestono, in tutti i paesi industrializzati, un'importanza crescente, perché la loro prevalenza mostra un trend in aumento e perché ad essi si associa un elevato grado di disabilità e di costi economici e sociali, che pesa sui pazienti, sui loro familiari e sulla collettività.

Report dell'Organizzazione Mondiale della Salute (WHO, 2000) segnalano che nell'arco di un anno il 20% circa della popolazione adulta presenta uno o più dei disturbi mentali inquadabili nosograficamente.

E' noto come disturbi mentali dell'età adulta sono preceduti da disturbi dell'età evolutiva-adolescenziale (WHO, 2000; Üstün, 1999). In particolare, l'8% circa dei bambini e degli adolescenti presenta un disturbo mentale, che può determinare difficoltà interpersonali e disadattamento; non va dimenticato che il suicidio rappresenta la seconda causa di morte tra gli adolescenti (Morosini et al. PNSM, 2001).

In letteratura italiana sono ancora esigui gli studi che riportino una documentazione epidemiologica sul disagio e la patologia psichiatrica in adolescenza basata su un campionamento vero e proprio.

Obiettivi

Considerando le notevoli differenze nell'organizzazione e nella tipologia dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile (SNPI) tra le realtà Italiane e tra queste e quelle del resto d'Europa (CSM), abbiamo provato a confrontare i dati a nostra disposizione relativi agli utenti della Azienda Sanitaria Locale della provincia di Roma (ASL RM H: Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile (UONPI) Distretti H1-H2-H3-H5-H6) con quelli presenti nella letteratura relativa al nostro paese e al panorama internazionale. In tale confronto si è cercando di individuare aree emergenti del disagio adolescenziale e dati condivisibili.

La letteratura Internazionale

* Dipartimento di Scienze Neurologiche, Psichiatriche e Riabilitative dell'Età Evolutiva, Università di Roma "La Sapienza".

Corrispondenza Autori: Carlo Di Brina, Via dei Sabelli 108, 00181 Roma; e-mail cdibrina@tiscali.it

** ASL RMH Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile (UONPI).

Steinhausen (2006) ha effettuato uno studio longitudinale su un campione totale di 1964 (1015 maschi e 945 femmine) bambini e adolescenti svizzeri di età compresa tra i 7 e i 16 anni.

La prevalenza dei disturbi mentali nella fascia scolare è del 22.5% di cui il 12.5% in comorbidità con altri disturbi. Si evidenzia una percentuale maggiore di disordini nei ragazzi, con una prevalenza del 28.5%, rispetto alla percentuale del 15.6% riscontrata nel campione femminile.

Collishaw e colleghi (2004) sottolineano che il confronto degli indici percentuali dei disturbi valutati in periodi di tempo differenti è complicato dal cambiamento dei criteri diagnostici, dall'utilizzo di differenti metodi di valutazione e dalla variabilità nella redazione di report ufficiali. Il campione valutato è di 868 quindicenni; valutando il trend dei disturbi psichiatrici negli ultimi 25 anni e interessandosi di tre etichette diagnostiche (disturbi della condotta, iperattività e problemi emozionali) in relazione con fattori quali genere, tipologia della struttura familiare, classe socio-culturale, viene segnalato un incremento dei disturbi della condotta nell'intero periodo preso in considerazione, mentre i disturbi emozionali hanno subito un incremento tra il 1986 e il 1999. Vedi Tabella 1 per le percentuali.

Tabella 1

	1974	1986	1999
	%	%	%
Conduct Disorders			
Male	7.6	12.1	16.7
Female	6.0	8.6	13.7
Total	6.8	10.4	14.9
Hyperactivity problems			
Male	11.1	8.3	16.9
Female	6.6	5.7	7.1
Total	8.9	7.1	12.0
Emotional problems			
Male	7.8	7.8	13.3
Female	12.8	13.4	20.4
Total	10.2	10.5	16.9

Legenda: *Andamento nel tempo delle prevalenze per area psicopatologica, da Collishaw, S. e coll. (2004)*

In un altro studio inglese, il National In-patient Child and Adolescent Psychiatry Study (NICAPS, 2001) su 80 strutture censite, 71 (89%) funzionano come strutture residenziali a regime di ricovero. La maggior parte di queste strutture (54 unità) accolgono adolescenti (12-18 anni). Di queste il 30% sono private.

I dati del NICAPS, che ha analizzato un campione di 663 pazienti, indicano che le principali cause di ricovero in unità di tipo psichiatrico riguardano i disturbi di tipo alimentare, i disturbi di tipo affettivo, psicosi e schizofrenia, seguiti dai disturbi della condotta.

I ricoveri riguardano principalmente i maschi sotto i 13 aa, le femmine per le fasce di età superiori. Per le percentuali dei singoli disturbi vedi Tabella 2.

Tabella 2

	NICAPS 2001 (UK)	Riittakerttu Kaltiala-Heino, 2004 (Finland)	Camuffo ed al. 1987 (Italy)
Psychosis	35% Male 14% Female	11% M F RV + RC	6% M F
Mood Disorders	22% M 19% F	25% M F	6% M F
Conduct disorders	6% M 0% F	33% M F	
Eating Behaviour Disorders	6% M 33% F		
Anxiety Disorders		13% M F	18% M F
Substance abuse		4% M F	
Personality Disorders		2,4% M F	
Mental Retardation		0,6% M F	
Psychosomatic Disorders			3% M F
Adaptation Disorders			4% M F
Developmental Disorders		3% M	19% M F

Legenda: confronto tra i diversi studi per patologia. Ricoveri volontari (R.V.) e coatti (R.C.)

In uno studio prospettico (Sourander et al. 1995, 1996 a,b and c, 1997, Sourander & Piha, 1998), è descritto come la percentuale dei ricoveri di giovani per un periodo relativamente breve di tempo (media 35 giorni) ha subito un aumento che si attesta tra il 50% al 75%. Uno studio nord-americano indica che, rispetto agli adulti, i giovani hanno un tempo di degenza più lungo e i trattamenti che li riguardano, un costo economico più elevato (Patrick et al, 1993).

In uno studio Finlandese (Riittakerttu Kaltiala-Heino, 2004), è stata valutata la prevalenza dei disturbi in età evolutiva suddividendo la casistica tra ricoveri volontari (R.V.) e coatti (R.C.). Per quanto riguarda le percentuali dei ricoveri volontari, forse più compatibili con i dati italiani, relative al campione generale (tutte le età), il Disturbo della Condotta risulta essere il più comune: 45,5%, mentre in adolescenza è stimato al 33,1%.

La difficoltà nel confrontare questi dati con quelli relativi alla popolazione adolescenziale psichiatrica italiana origina dal fatto che non esiste in Italia una normativa univoca che regoli l'utilizzo del Trattamento Sanitario Obbligatorio e dell' accertamento sanitario obbligatorio (ASO) per tale fascia di età.

I dati Italiani

Nel nostro paese, la tendenza dei Servizi per la Salute Mentale in età evolutiva, come indicato dalle linee guida contenute nel "Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale 1998/2000, 2001-3 e 2003-5", è quella di investire nel superamento dell'ospedalizzazione psichiatrica e nella integrazione dei servizi, attraverso la creazione di posti di Ospedale Diurno, Ambulatori (Servizio Materno-Infantile della ASL) e di Centri Diurni terapeutico-riabilitativi, e favorire cicli di intervento intensivo e specifici per fasce d' età.

Il 6° Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Caffo & Fara 2005) il 2% della popolazione generale in età evolutiva presenta un disturbo neurologico o psichiatrico grave; il 4% circa presenta un disturbo dello sviluppo delle funzioni cognitive superiori, meno grave, ma ugualmente duraturo, mentre un altro 4% presenta un disturbo

persistente, anche se modificabile, delle funzioni affettive e/o sociali; infine il 4% della popolazione infantile ed adolescenziale presenta disturbi psicopatologici più lievi, ad esordio acuto o ad andamento fasico, cui fa seguito, almeno apparentemente, una remissione del disturbo. A queste cifre va aggiunta una percentuale (circa il 5%) di soggetti in età evolutiva che presenta disturbi clinicamente non significativi, e per tanto non segnalati ai servizi sanitari, ma che comportano comunque difficoltà di integrazione sociale e di funzionamento cognitivo ed affettivo.

Sulla devianza minorile (minori denunciati dalle procure, ingressi negli istituti penali) si evidenzia che, tra le cause di violenza giovanile, frequenti sono le condizioni di disagio psicologico. Ciò è peraltro in accordo con la letteratura americana che individua tra i 4 fattori individuali predittivi della violenza giovanile, almeno due "tratti" riconducibili ad un disagio mentale: caratteristiche psicologiche quali iperattività, aggressività, impulsività, ansietà e i comportamenti antisociali (Hawkins, J. D., 1998).

I dati del Sistema Informativo per i Servizi di Igiene Mentale dell'Età Evolutiva (SIMEE), attivo dall'1984 nel comune di Milano raccoglie le utenze annue di 19 servizi (Marzani, C., Palazzi, C. 1990). Dallo studio emerge che dell'utenza totale (5082 soggetti), la popolazione maschile è maggiormente presente rispetto a quella femminile (rapporto 2:1), con percentuali per l'età scolare (65%) più alte rispetto a quelle relative all'età prescolare (21%) e all'adolescenza (14-18) (15%). I dati che riguardano la patologia sono stati elaborati secondo la seguente divisione diagnostica: Patologia Neurobiologica, Ritardo di sviluppo delle funzioni, Psicopatologia Minore e Maggiore, Problemi sociali di rilievo. All'interno della Psicopatologia Minore (32%), sono considerati anche i disordini della condotta e quelli di tipo nevrotico.

La psicopatologia maggiore (20%) comprende le Disarmonie di sviluppo e i Disturbi di personalità.

La ASL di Campobasso (Camuffo, M., Palmieri, G., 1987), segnala dati compatibili con lo studio precedente, quanto al sesso e alla fascia di età maggiormente rappresentata. Per le percentuali vedi la *Tabella 2*. Come appare evidente risulta difficile il confronto tra i dati emersi dai vari studi date le differenze di impostazione metodologica (sovrapposizione e variabilità etichette nosografiche, diversa gravità delle popolazioni esaminate, prevalere in adolescenza della diagnosi psichiatrica sulle diagnosi in altri assi, diversità per paese degli specialisti coinvolti).

Soggetti e metodi

I dati a nostra disposizione riferiscono all'anno 2001 su un campione totale di 1197 adolescenti di età compresa tra i 13 e i 18 anni (età più frequente 13 aa, min 13 aa, max 18 aa), 722 maschi (60,3%) e femmine (39,7%) che sono afferiti spontaneamente alle strutture territoriali dell'area Tutela salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva (UONPI Frascati H1, UONPI Albano, UONPI Genzano H2, UONPI Marino H3, UONPI Pomezia H4, UONPI Velletri H5, UONPI Nettuno H6).

La fascia di età da noi presa in considerazione ed analizzata, è assai rilevante rispetto al totale per numerosità (40%), in 5 distretti su 6, preceduta solo da quella che va dai 7 ai 12 anni che rappresenta il 31,9% di tutta l'utenza 0-18 anni. Questo dato sembra rispecchiare la distribuzione presente nella popolazione generale residente nella ASL RM H.

I dati ISTAT al 1° Gennaio 1999 riportano infatti che la popolazione generale residente nel territorio di competenza della Asl RM H era così composta: popolazione 0-18 anni 93993 unità, di cui la fascia 13-18 di 31572 unità (33,5%). Di questi 13573 ragazzi e 12660 ragazze.

Di tutta la popolazione adolescente residenti nel territorio della RMH (in fascia 13-18) la percentuale afferita al servizio e che ha ricevuto diagnosi durante il periodo 2000-2001, può essere calcolata nell'ordine del 3%.

L'equipe diagnostica ha utilizzato i criteri dell'ICD-10 (WHO, 1992). Sono state considerate diagnosi psichiatriche e psicopatologiche, disturbi evolutivi dello sviluppo e ritardi mentali.

Le diagnosi di uscita si sono basate su uno screening diagnostico per un minimo di 5 sedute valutative con la coppia genitoriale ed il bambino, volte ad identificare la patologia prevalente in atto.

Sono state escluse le diagnosi di Disturbo d'ansia di separazione (F 93), Mutismo selettivo; Disturbo reattivo dell'attaccamento (F 94), Enuresi, Pica, Encopresi, Balbuzie, Disturbi alimentari (F 98), non compatibili con la fascia di età presa in considerazione.

Il campione si è ridotto dunque a 1072 soggetti, 649 maschi (60.5%) e 423 femmine (39,5%).

Le diagnosi ICD-10, sono state suddivise in tre gruppi o assi principali:

- Disturbi psicopatologici e psichiatrici (asse I)
- Disturbi neuropsicologici o specifici dello sviluppo (asse II)
- Ritardi globali dello sviluppo (asse III)

Si è valutata l'incidenza di tali patologie e la comorbidità tra le stesse nella popolazione in esame. Rispetto al sesso di appartenenza si è confrontata la prevalenza dei disturbi nei maschi e nelle femmine.

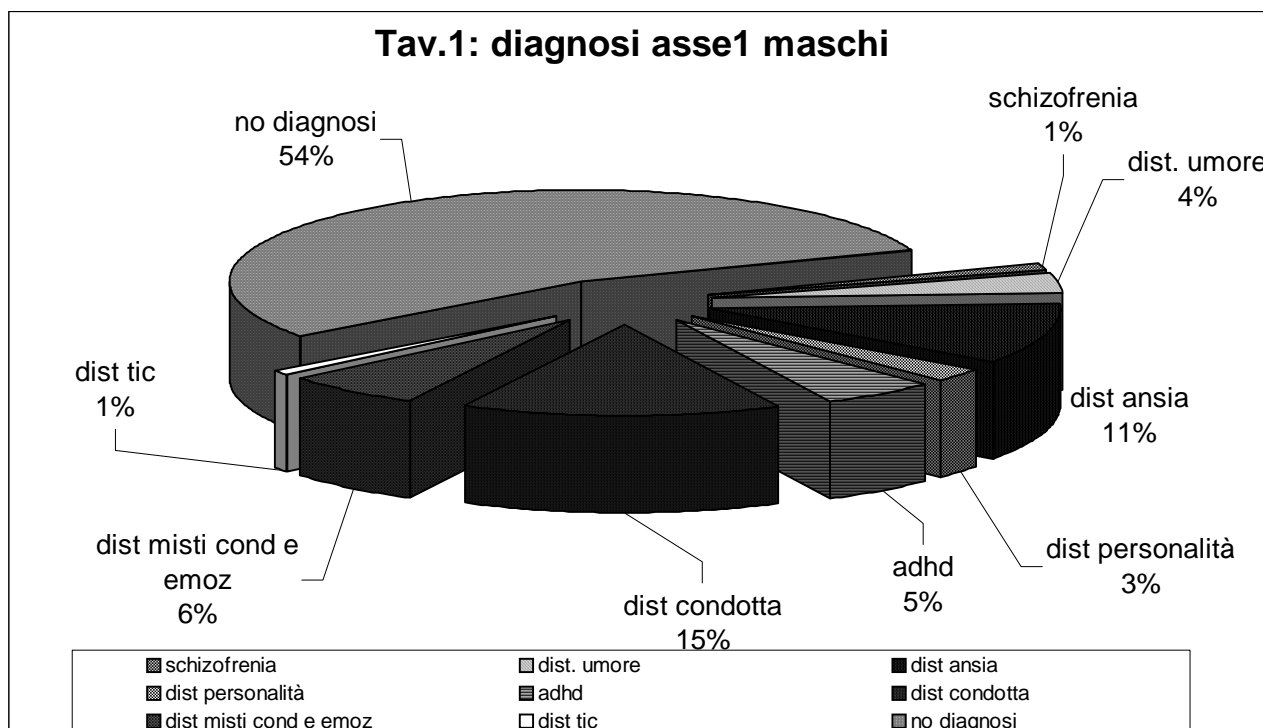
RISULTATI

Rispetto all'Asse I (Disturbi psichiatrici) della classificazione ICD-10, le diagnosi sono le seguenti:

- Schizofrenia e disturbi psicotici
- Disturbi dell'Umore
- Disturbi d'Ansia
- Disturbi delle Condotte Alimentari
- Disturbi della Personalità
- ADHD
- Disturbi della Condotta
- Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale
- Disturbi da Tic

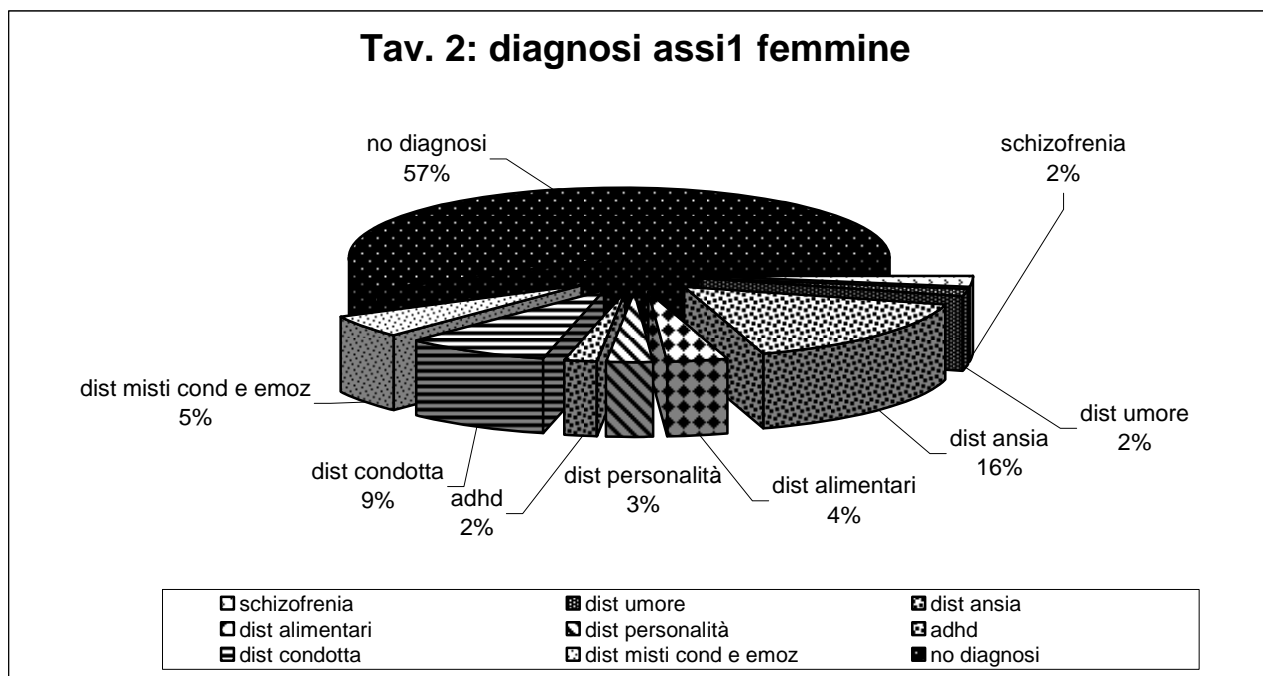
Nel 46% del campione maschile (*Tav. 1*) abbiamo riscontrato un disturbo psichiatrico. La diagnosi più frequente è risultata essere quella del Disturbo della Condotta (15%) seguita dai Disturbi d'Ansia (11%). La somma delle percentuali dei disturbi di tipo esternalizzante (ADHD 5%, Disturbo della Condotta 15% e Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale 6%) pari al 26% del totale è superiore alla somma di tutte le altre diagnosi. Nel campione maschile non è presente il Disturbo delle Condotte Alimentari.

Tav.1: diagnosi asse1 maschi



Nel 43% del campione femminile (Tav. 2) abbiamo riscontrato un disturbo psichiatrico. La diagnosi più frequente è risultata essere quella dei Disturbi d'Ansia (16%). I disturbi di area esternalizzante sono il 16% del totale (Disturbo della Condotta 9%, ADHD 2%, Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale 5%).

Tav. 2: diagnosi assi1 femmine

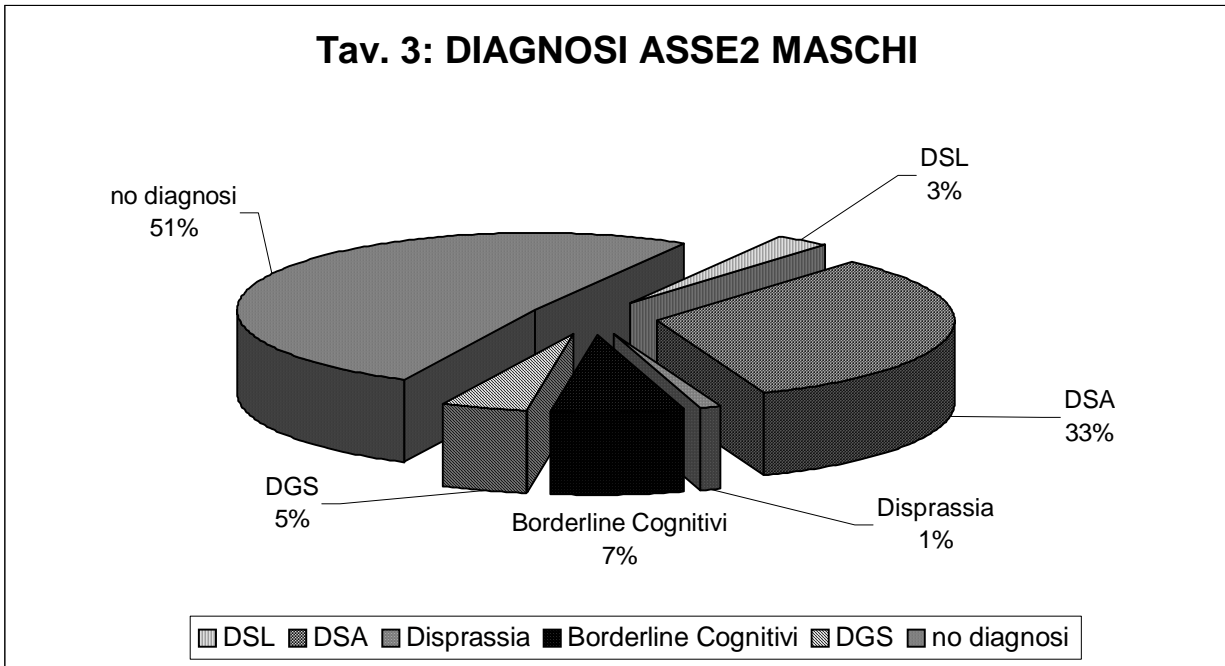


Rispetto all'Asse II (Disturbi Specifici dello Sviluppo) seguendo le categorie che fanno parte della classificazione ICD-10, sono state poste le seguenti diagnosi:

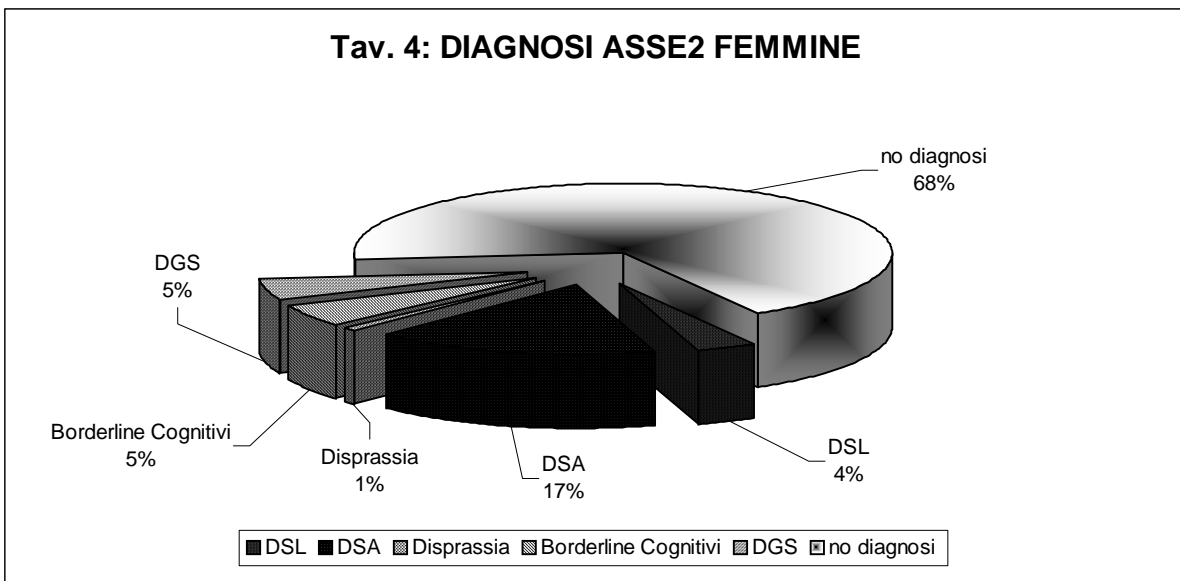
- Disturbo della Comunicazione (DSL come diagnosi pregressa)
- Disturbo dell'Apprendimento (DSA)
- Disturbo delle Capacità Motorie (Disprassia)
- Disturbi evolutivi specifici misti (Borderline Cognitivi)

- Disturbi Generalizzati dello Sviluppo (DGS)

Nel 49% del campione maschile (*Tav. 3*) abbiamo riscontrato un disturbo neuropsicologico. La diagnosi nettamente più frequente è risultata essere il Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) con il 33% del totale del campione. Più rilevante sembra essere la presenza dei Disturbi evolutivi specifici misti (Borderline Cognitivi) che rappresentano il 7% del totale.



Nel 32% del campione femminile (*Tav 4*) abbiamo riscontrato un disturbo neuropsicologico. Il disturbo prevalente continua ad essere il Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) che è presente nel 17% del campione, seguito dalle altre categorie diagnostiche.

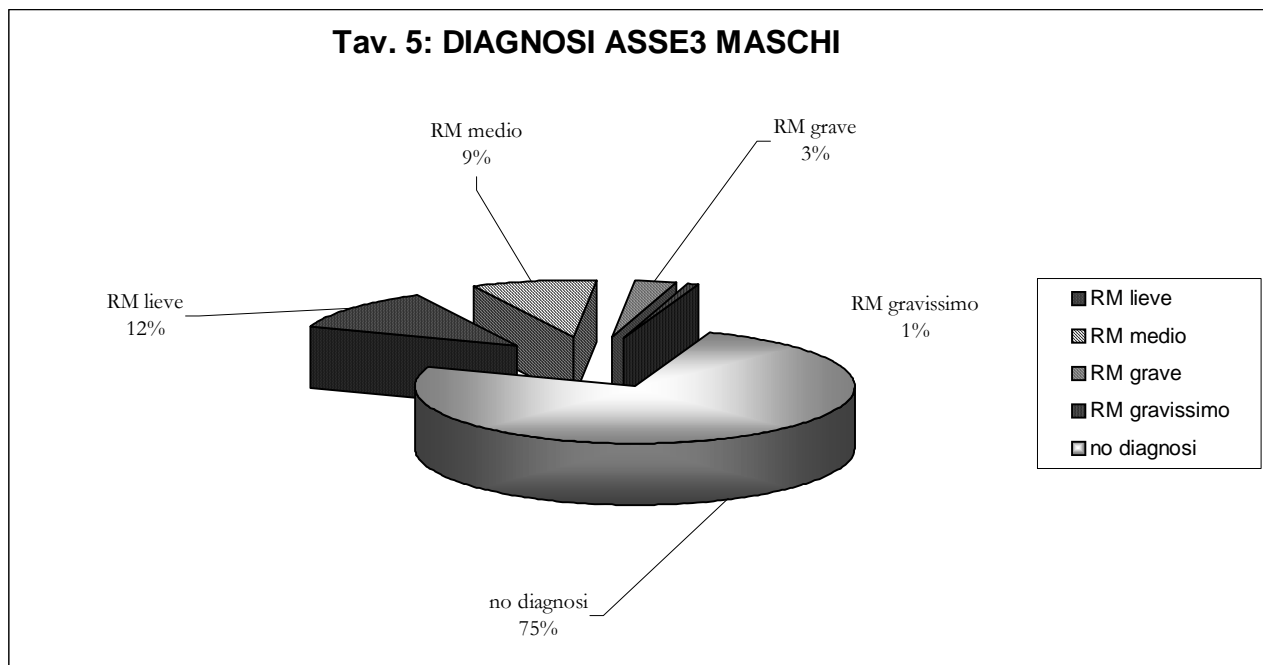


Rispetto all'Asse III (Ritardi Globali dello Sviluppo) seguendo le categorie che fanno parte della classificazione ICD-10, le diagnosi sono:

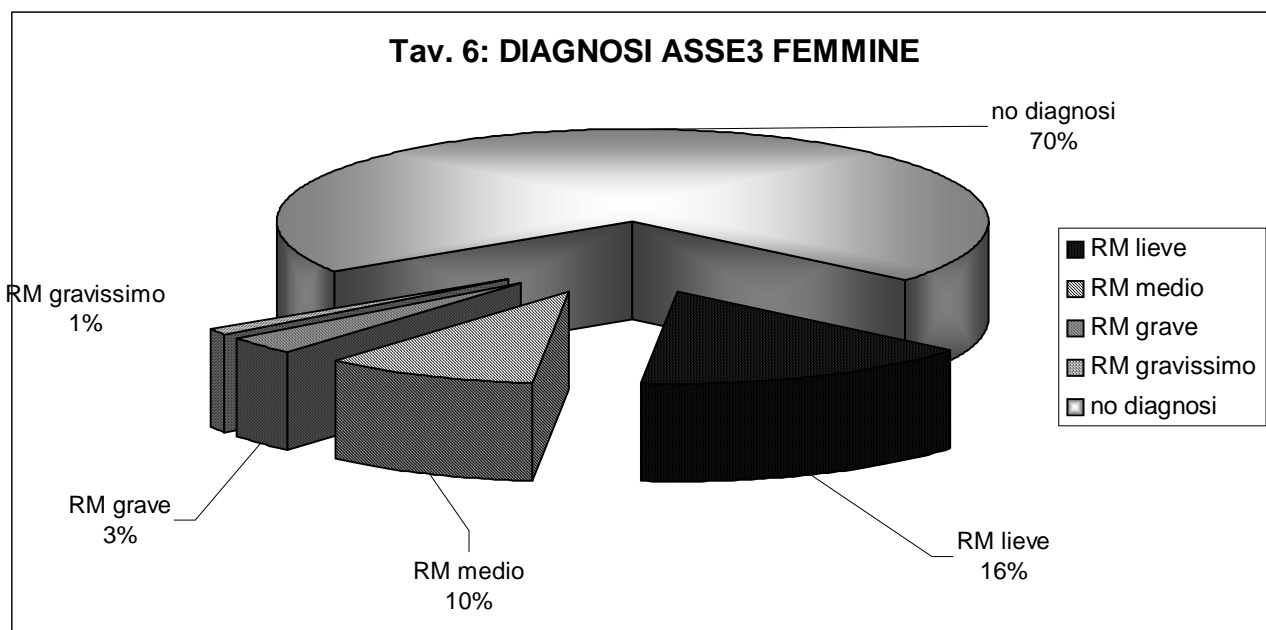
- Ritardo Mentale lieve
- Ritardo Mentale medio

- Ritardo Mentale grave
- Ritardo Mentale gravissimo

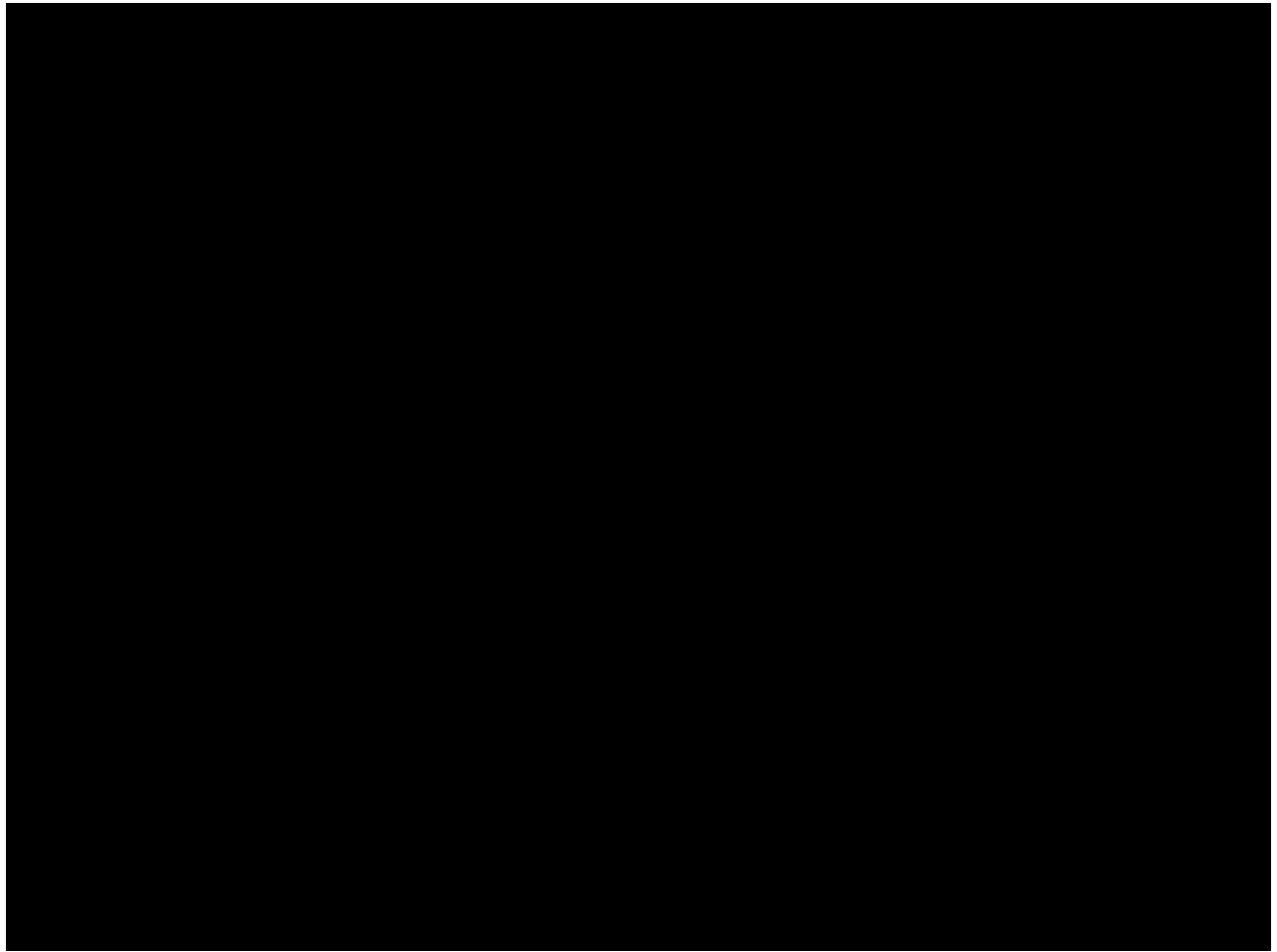
Nel 25% del campione maschile (Tav. 5) abbiamo riscontrato un Ritardo Mentale (RM). La maggior parte, 12% del totale, dimostra un livello di sviluppo compatibile con una diagnosi di RM di grado lieve, mentre il 9% con una diagnosi di RM di grado medio.



Nel 30% del campione femminile (Tav. 6) abbiamo riscontrato un RM, il 16% RM di grado lieve. Le percentuali di incidenza del RM medio, grave e gravissimo coincidono con quelle riscontrate nel sesso maschile.



La comorbidità nelle categorie diagnostiche più rappresentate sui 3 Assi (Tav. 7) effettuata sul campione totale (maschi e femmine) evidenzia come il 61% delle diagnosi in Asse I (patologie psichiatriche), non siano in comorbidità con una diagnosi in Asse II o III e debbano essere dunque considerati come disturbi psichiatrici puri.



In Asse I abbiamo esaminato lo spettro di comorbidità all'interno di due singoli disturbi: Il Disturbo d'Ansia e il Disturbo della Condotta. La comorbidità è stata valutata sia rispetto al campione totale, sia rispetto alla suddivisione del campione in maschi/femmine per valutare l'eventuali differenze tra i due sessi.

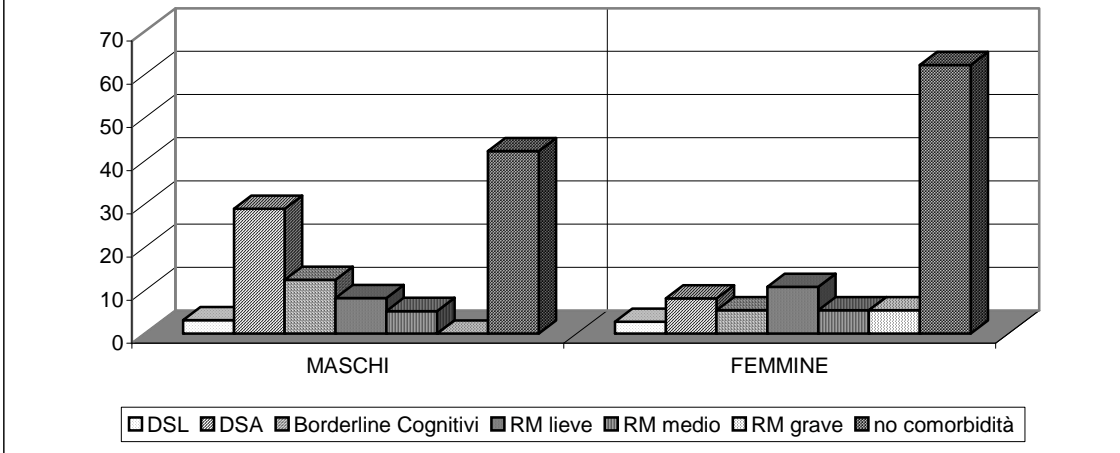
Il Disturbo d'Ansia sembra presentarsi in assenza di comorbidità in circa il 77% del campione totale. Lo spettro di comorbidità è rappresentato in particolare dal DSA con l'11% del totale, a seguire il RM lieve con il 7% e il Borderline Cognitivo con il 4%. Scarsamente rappresentata la sovrapposizione con la diagnosi di Disprassia (1%).

La comorbidità rispetto al sesso per questa diagnosi, è bassa in entrambi i sessi. Nei maschi la diagnosi che si sovrappone con maggiore frequenza è il DSA con il 18% del totale. Nelle femmine è più frequente quella con il RM lieve (13%), con il Borderline Cognitivo (6%); con il DSA la comorbidità è solo del 3%.

Per il Disturbo della Condotta nel 48% dei casi non è presente comorbidità. Lo spettro di comorbidità è più ampio nelle diagnosi di DSA (23%), Borderline Cognitivi (10%), RM lieve (9%), RM medio (5%) e RM grave (2%), DSL (3%).

L'elaborazione relativa al sesso di appartenenza indica come nei maschi la diagnosi di Disturbo della Condotta sia più frequentemente in associazione con altri disturbi (*Tav. 8*) mentre, nel sesso femminile, sia prevalentemente una diagnosi pura (assenza di comorbidità 42% vs 62%).

**Tav. 8 DISTURBO CONDOTTA
CONFRONTO MASCHI/FEMMINE**



Si conferma il dato generale di maggior associazione con il DSA nei maschi, mentre nelle femmine ciò non avviene se non per una lieve compresenza con il RM lieve (11% del totale).

In asse II, il Disturbo Specifico dell'Apprendimento si presenta in assenza di comorbidità nel 70% del campione. Lo spettro delle comorbidità con l'Asse I coinvolge numerose patologie psichiatriche: Disturbo della Condotta (11%) del totale, Disturbi d'Ansia (5%), Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale (5%), ADHD (4%), Disturbi dell'Umore (3%), Disturbi della Personalità (1%), il Disturbo da Tics (1%).

Per i Disturbi evolutivi specifici misti (Borderline Cognitivi) vi è assenza di comorbidità nel 62% dei casi. Lo spettro delle comorbidità con l'Asse I coinvolge numerose patologie psichiatriche: Disturbo della Condotta con il 20% del totale, Disturbi dell'Umore (1%), Disturbi d'Ansia (7%), Disturbi della Personalità (3%), ADHD (1%), Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale (6%).

Infine, per l'asse III, il Ritardo Mentale lieve si presenta in assenza di comorbidità nel 71% dei casi. La comorbidità sembra distribuirsi con percentuali sovrapponibili tra il Disturbo d'Ansia (7%), i Disturbi della Personalità (6%), l'ADHD (6%) e il Disturbo della Condotta (8%). Presente ma meno rappresentata la sovrapposizione con i Disturbi Psicotici (2%).

DISCUSSIONE

Gli studi da noi reperiti descrivono popolazioni selezionate da cui risulta difficile trarre conclusioni univoche circa l'effettiva prevalenza della patologia sulla popolazione generale. Anche il campione da noi preso in esame risulta già selezionato dall'essere affetto ad un servizio di primo livello di Neuropsichiatria infantile.

Nonostante evidenti limitazioni di carattere metodologico (assenza di giudici indipendenti, singola area geografica, assenza di costanza metodologica, utilizzo di strumenti diagnostici non sempre standardizzati), l'utilizzo di uno strumento classificatorio riconosciuto (ICD-10), la presenza per questa ricerca di personale altamente specializzato e di esperienza decennale nel campo della clinica nella salute mentale e la numerosità del campione ci permettono alcune conclusioni indicative.

In entrambi i sessi e per la fascia d'età considerata il DSA risulta essere di gran lunga la patologia più frequente, superiore alla somma di tutte le altre categorie diagnostiche considerate. Interessante sottolineare come ancora, a questa età, permangano difficoltà nelle "abilità base" quali lettura, scrittura e calcolo. La maggiore incidenza delle patologie specifiche dello sviluppo nel campione maschile (49% vs 32%) è un risultato atteso poiché rispecchia i risultati presenti in letteratura. Nei maschi il DSA si trova spesso in sovrapposizione con il disturbo della condotta come se la scelta del sintomo sia fatta anche

a copertura di difficoltà di tipologia più cognitiva. Si può ipotizzare che ciò concorra agli alti indici di dispersione scolastica segnalati in questi distretti. Altissima è comunque la compresenza di un disturbo psicopatologico con uno neuropsicologico.

Il totale delle percentuali di segnalazioni arrivate al servizio per un disturbo di area esternalizzante (disturbo della condotta, adhd, disturbi misto della condotta e della sfera emozionale) sono circa il 22% del totale, quelle relative ad un disturbo di area internalizzante (disturbo d'ansia, disturbo dell'umore, disturbo delle condotte alimentari) sono invece complessivamente quasi il 17%. Disturbi come il ritardo mentale e quelli più gravi come i disturbi Psicotici (1%) sono in percentuale costante nei due sessi e appaiono stabili nel tempo (rispetto all'età di latenza) e concordi con i dati in letteratura.

Si conferma la prevalenza nel sesso maschile dei disturbi d'area esternalizzante con particolare incidenza del disturbo della condotta; ciò può essere messo in relazione con la precoce età di segnalazione, con la scelta del sintomo nell'area dell'aggressività in questa determinata fase evolutiva e con la maggiore "visibilità" della sintomatologia che rende più urgente la segnalazione ai servizi di salute mentale. Crediamo inoltre che le basse percentuali di disturbi dell'umore osservate nel campione maschile possano essere determinate dall'alta percentuale di patologia sommersa ma anche dalla tendenza a manifestare il disagio psicopatologico mediante un comportamento impulsivo-dirompente comunque ad alto rischio di breakdown. Nel campione femminile si riscontra una tendenza inversa, in quanto è presente una forte prevalenza dei disturbi d'ansia rispetto ai disturbi di area esternalizzante. In entrambi i sessi appare costante la percentuale dei disturbi di tipo psicotico e i disturbi di personalità.

Wickrama & Bryant, (2003) evidenziano che in molti studi viene prestata minor attenzione ai sintomi d'area internalizzante. Alcuni autori riportano che i sintomi depressivi durante l'adolescenza sembrano essere un marker a livello subclinico significativo per l'insorgenza di disturbi psicologici in età adulta (Peterson et al. 1993). Al momento in Italia il percorso evolutivo di questi pazienti per entrambe le aree (esternalizzante e internalizzante), è ancora poco definito e nessuno studio sistematico ne ha seguito il decorso clinico. Inoltre, la scelta di veicolare la sofferenza psichica attraverso sintomi di area internalizzante che, per caratteristiche e fenomenologia sono meno evidenti e quindi meno facilmente segnalabili, risultano comunque quantitativamente molto rappresentati e non possono essere trascurati o sottovalutati. In entrambi i casi ci sembra utile un approfondimento su questi argomenti attraverso disegni di studio a carattere epidemiologico e longitudinali, in grado di valutare l'outcome di tali patologie.

Bibliografia

Besana, D. & Spinelli, G.G. (2001). L'adolescente con patologia psichiatrica: una collocazione problematica, in Atti VI congresso della Società Italiana di Psicopatologia, Roma, 21-25 febbraio 2001, *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 7 (suppl) 64.

Caffo, E. & Fara, G.M. (2005). 6° Rapporto sullo studio della condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Eurispes-Telefono Azzurro.

Camuffo, M. & Palmieri, G. (1987). Un servizio territoriale di neuropsichiatria infantile e riabilitazione dell'età evolutiva nella regione Molise: analisi del flusso di nuova utenza e modalità operative in un anno di attività. *Giornale di neuropsichiatria dell'età evolutiva*, 7 (2): 155-167.

Hawkins, J.D., Herrenkohl, T., Farrington, D.P., Brewer, D.D., Catalano, R.F. & Harachi, T.W. (1998). *A Review of Predictors of Youth Violence*. In: Loeber R., Farrington, D.P., (Eds), *Serious and violent Juvenile offenders. Risk factors and successful interventions*, Sage Publications Ltd. California: Thousand Oaks.

Marzani, C. & Palazzi, S. (1990). Analisi dell'utenza dei SIMEE di Milano nel 1988. *Giornale di neuropsichiatria infantile dell'età evolutiva*, 10 (3): 251-261.

- National In-patients Child and Adolescent Psychiatry Study (NICAPS) (2001). *Final report to the Department of Health*. London: Royal College of Psychiatrists' Research Unit.
- Patrick, C., Padgett, D.K., Burns, B.J., Schlesinger, H.J. & Cohen, J. (1993). Use of inpatient services by a national population: Do benefits make a difference? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 144-152.
- Peterson, P.D. & Lippincott, R.C. (1993). State mental health directors' priorities for human resource development. *Hosp Community Psychiatry*, Aug;44 (8):788-90.
- Reiittakerttu Kaltiala-Heino (2004). Increase in involuntary psychiatric admission of minors: A registrar study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, Vol 39, n°1, 53-59.
- Rutter, M. & Taylor, E. (2002). *Child and Adolescent Psychiatry*. Fourth Edition. London: Blackwell.
- Sourander, A. & Piha, J. (1998) Three year follow-up of child psychiatric inpatient treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 153-162.
- Sourander, A., Helenius, H. & Piha, J. (1996b). Outcome of short-term child psychiatric hospitalization: Teacher evaluation at 5 month and 12 month follow-up. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 204-211.
- Sourander, A., Helenius, H., Leijala, H., Heikkälä, T., Bergroth, L. & Piha, J. (1996a). Predictors of outcome of short-term child psychiatric inpatient treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 75-82.
- Sourander, A., Helkkilä, T., Leijala, H., Heinisuo, A.M., Helenius, H. & Piha, J. (1995). Follow-up of short-term child psychiatric inpatient treatment. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49, 95-101.
- Sourander, A., Hukkanen, R. & Piha, J. (1997). Mental health among children in children's homes and in psychiatric hospital. *Psychiatria Fennica*, 28, 183-191.
- Sourander, A., Leijala, H., Lehtilä, A., Kanerva, A., Helenius, H. & Piha, J. (1996c). Short-term child psychiatric inpatient treatment: Place of residence as one year outcome measure. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 38-43.
- Soutullo, C.A, Chang, K.D, Diez-Suarez, A., Figueroa-Quintana, A., Escamilla-Canales, I., Rapado-Castro, M. & Ortuno, F. (2005). Bipolar disorder in children and adolescents: international perspective on epidemiology and phenomenology. *Bipolar Disord*, 7: 497–506.
- Steinhausen. H.C. & WinklerMetzke, C. (2003). Prevalence of affective disorders in children and adolescents: findings from the Zurich Epidemiological Studies. *Acta Psychiatr. Scand*, 108 (Suppl. 418): 20–23.
- Steinhausen, H.C. (2006). Developmental psychopathology in adolescence: findings from a Swiss study – the NAPE Lecture 2005. *Acta Psychiatr Scand*, 113: 6–12.
- Thornicroft, G & Tansella, M. (2000). *La riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Üstün, T.B. (1999). The global burden of mental disorders. *American Journal of Public Health* 89:1315-8.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 78:413-26.
- Wickrama, K.A.S. & Bryant, C.M. (2003). Community context of social resources and adolescent mental health. *Journal of Marriage and Family*, 65 Nov: 850–866
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Milano: Masson.