

# L'acuzie psicopatologica negli adolescenti: una crisi nella crisi

*Dott. Claudio Agostini*

*Direttore Dipartimento transmurale Salute Mentale  
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Trento*

## Evidenze

La ricerca scientifica internazionale ha dimostrato che **la maggior parte delle patologie psichiatriche, neurologiche e neuropsicologiche hanno il loro esordio in infanzia e adolescenza** e, se non adeguatamente e tempestivamente trattate, possono determinare conseguenze significative in età adulta sia per quanto riguarda la salute mentale che le condizioni di disabilità e non autosufficienza.

Nella maggior parte delle realtà italiane i ricoveri degli adolescenti con disturbo psichico in fase di acuzie avvengono in Pediatria o in SPDC, con criteri che più che all'età fanno riferimento alla gravità delle manifestazioni comportamentali: disturbi **esternalizzanti in SPDC, internalizzanti in Pediatria**.

- **Internalizzanti:** il disagio emotivo è rivolto verso l'interno (ansia, fobie, depressione, ritiro sociale, ruminazioni ossessive, disturbi somatoformi)
- **Eternalizzanti:** il disagio si esprime attraverso comportamenti disturbanti verso l'esterno quali impulsività, discontrollo comportamentale, aggressività, comportamenti di sfida ( ADHD, disturbo oppositivo provocatorio, disturbo della condotta)

## Evidenze

I dati nazionali e internazionali degli ultimi dieci anni documentano un **aumento significativo di incidenza e prevalenza** di tutti i disturbi psicopatologici internalizzanti ed esternalizzanti dell'età evolutiva, specie in adolescenza, con importante accelerazione negli ultimi 3 anni in epoca post pandemica.

Inoltre, si osserva un significativo **anticipo dell'età di insorgenza** dei disturbi mentali gravi, un **aumento della loro complessità e un prolungamento degli assetti adolescenziali ben oltre il passaggio alla maggior età**, con notevole sovraccarico assistenziale per i Servizi dedicati ai disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza.

## Evidenze

### Report 2025 OMS:

- ▶ 1 su 7 (14,3%) adolescenti 10–19 anni soffre di un disturbo mentale
- ▶ I disturbi mentali rappresentano il 15% del carico globale di malattia in questa fascia d'età
- ▶ Depressione, ansia e disturbi comportamentali sono tra le principali cause di malattia e disabilità.
- ▶ Conseguenze: esclusione sociale, stigma, difficoltà scolastiche, rischio suicidario e problemi di salute a lungo termine
- ▶ Suicidio: 3<sup>a</sup> causa di morte tra i 15–29 anni

## Evidenze

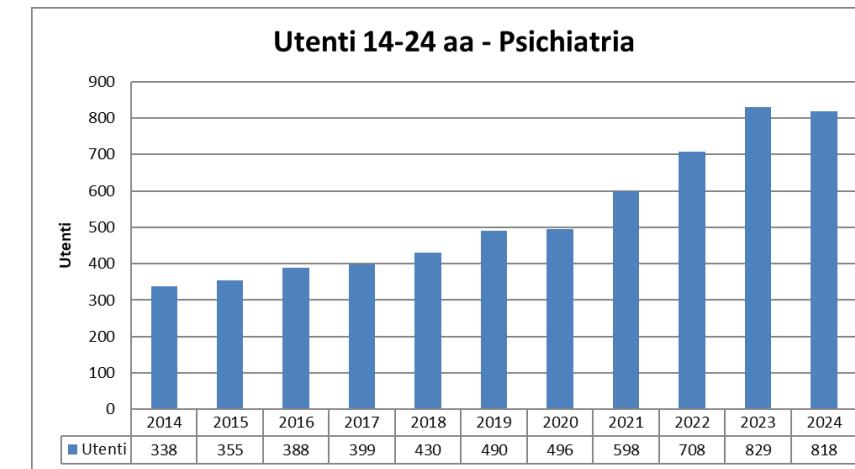
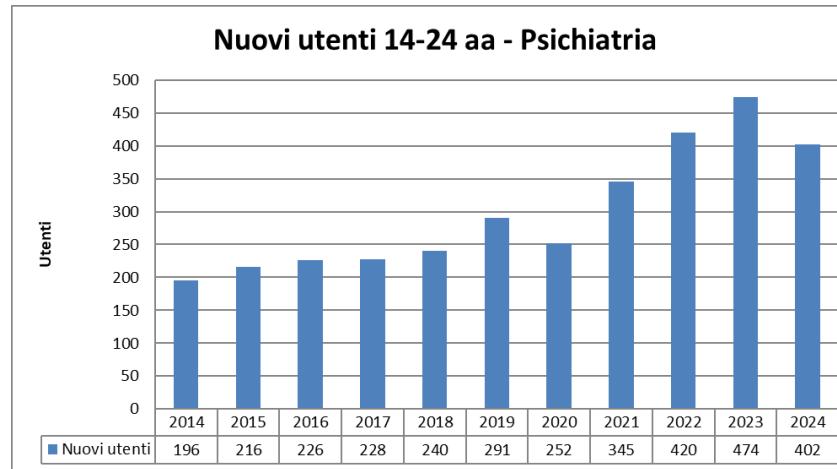
**In Italia, tra il 2011 e il 2021, si è osservato un incremento di circa 20 volte dell'accesso ai servizi di urgenza di terzo livello per ideazione suicidaria, condotte autolesive e tentativi di suicidio**  
(dato riportato nella bozza del PANSM)

**In Lombardia, la regione maggiormente colpita dalla prima ondata pandemica, tra il 2016 e il 2022 si è osservato un aumento del 61% degli accessi in Pronto Soccorso di minorenni con codici triage rossi e gialli per un qualsiasi disturbo psichiatrico.**

A fronte di questa situazione, che configura una vera e propria **emergenza sanitaria e sociale**, l'Italia risulta essere maglia nera in Europa rispetto alla transizione dai Servizi di NPIA a quelli dell'età adulta: **solo il 12% di utenti transita dai Servizi di NPI ai Servizi dell'età adulta** (Appleton et al. 2023).

## Evidenze

In Trentino:



N.B. in Trentino una media di **8 posti letto** (equivalenti all'occupazione di  $\frac{1}{2}$  SPDC) erano stabilmente occupati da pazienti della fascia di età 14-24 anni

## Ulteriori Criticità/Evidenze

- **Severa difficoltà a reperire alcuni profili professionali** (in particolare medici specialisti e infermieri)
- **Inadeguatezza dei setting** dedicati agli adulti (**SPDC**) e dedicati ai bambini (**reparti di Pediatria**). Le linee guida della **SINPIA** (**2018, Raccomandazione 5**) suggeriscono di evitare il più possibile il ricovero nei reparti di Psichiatria o di Pediatria, riservandolo ai casi in cui vi sia assenza posto letto disponibile nei setting dedicati alla NPIA
- **Esordio più precoce** ma anche **prolungamento oltre i 18 anni** degli assetti adolescenziali
- **Maggiore complessità dei quadri** (presentazioni più drammatiche, in coerenza con un progressivo inasprimento dei rapporti sociali, comorbilità, uso frequentissimo di sostanze, frequenti problematiche giudiziarie, tessuto sociale e familiare fragile)
- L'ampiezza dello spettro di interesse/competenza della NPI fa sì che vi sia uno storico orientamento della maggioranza dei Servizi di NPI verso un **setting di tipo specialistico/ambulatoriale**, che mal si adatta alla scarsa attitudine degli adolescenti, specie quelli problematici, ad adattarsi a questo tipo di setting
- Una conseguenza inevitabile di questa impostazione sono le **prese in carico tardive**, legate alla difficoltà di intercettare precocemente esordi psicopatologici che difficilmente si sottopongono a valutazioni/trattamenti in un contesto medicalizzato e ambulatoriale

## La contemporanea competenza neurologica e psichiatrica è ancora sostenibile/praticabile in adolescenza?

L'ampiezza dello spettro di interesse disciplinare fa sì che i NPI sviluppino solo in alcuni casi competenze ed esperienza nell'affrontare **presentazioni che, quanto a dirompenza, non hanno nulla da invidiare alle presentazioni degli adulti...**

La realtà sembrerebbe indicare che gli specialisti NPI scelgono precocemente quale ambito coltivare, a volte influenzati da orientamenti della Scuola di Specializzazione.

**Vi è d'altro canto evidenza di un continuum fra le problematiche dell'adolescenza e della prima età adulta**, che deve promuovere un'interdisciplinarietà in grado di **superare i confini disciplinari (in particolare fra NPI e Psichiatria)**

Non appaiono pertanto all'altezza delle sfide attualmente in campo le linee guida SINPIA (2018) laddove dicono (**Raccomandazione 5 delle Linee indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica età evolutiva**):

*«Gli adolescenti con acuzie psichiatriche che necessitano di un ricovero ospedaliero devono poterne usufruire, e il ricovero deve poter avvenire in contesti appropriati per età e specificità clinica.... Il luogo appropriato per il ricovero di disturbi psichiatrici gravi in età evolutiva è il reparto di degenza di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza....»*

Due obiezioni:

1. **Il setting ospedaliero**, analogamente a quello ambulatoriale, è mal tollerato dagli adolescenti, che vedono in un'eccessiva medicalizzazione del loro disturbo un **esproprio delle istanze di ribellione/crescita connesse ai loro vissuti/comportamenti** .
2. La presenza in questi contesti dei soli specialisti NPI e il limite ormai arbitrario dei 18 anni mortifica quella che invece appare una necessità non più eludibile: **un'interdisciplinarietà che sappia sprigionare contaminazioni di saperi e di pratiche, capace di attraversare un'età la cui cifra non può che essere la transizione (da.... a....)**

Storicamente la Psichiatria si è avviata prima di ogni altra disciplina “psy” verso un territorio che richiedeva nuovi modelli di intervento, ripensamenti teorici pratici e i quasi 50 anni che ci separano dalla legge 180 hanno dato concretezza a una miriade di esperienze che hanno costellato **pratiche e setting capaci di stare nella “mischia dei saperi e dei contesti”**.

## Sfide

- **affrontare creativamente vincoli e criticità** (di necessità virtù!), promuovendo esperienze all'altezza delle complessità e utilizzando al meglio le risorse
- **favorire pratiche realmente interdisciplinari** (fare assieme oltre che ragionare assieme...) superarando le barriere disciplinari
- **favorire un approccio friendly, no restraint**, a questa tipologia di utenza, promuovendo quanto più possibile recovery, partecipazione, responsabilizzazione
- **promuovere una cultura del territorio** come luogo dove promuovere autentici scambi di saperi ed esperienze
- in una sola espressione: **affiancare e accordare pratiche e linguaggi**

## Il progetto del Centro Crisi Adolescenti

Il progetto del Centro Crisi Adolescenti prende le mosse da queste premesse, trasformando un reparto di psichiatria adulti (SPDC) in due strutture:

- Il centro Crisi Adolescenti (7 posti letto)
- Il Centro 24 ore adulti (8 posti letto)

Equipe CCA:	2 Neuropsichiatri
	2 Psichiatri
	2 Psicologi
	1 Assistente Sociale
	1 Coordinatrice (a scavalco con il Centro 24 ore)
	8 Infermieri
	6 TeRP
	2 Educatori
	3 OSS

## FAQ

- *Chi l'ha promosso?*
- *Quanto tempo c'è voluto?*
- *Perché chiudere un reparto per adulti?*
- *NPI e Psichiatria insieme: è stato/è difficile convivere?*
- *Com'è composta l'équipe?*
- *A chi è rivolto?*
- *Chi è escluso?*
- *E quando è necessaria l'ospedalizzazione?*
- *Criticità emerse?*

## Primi risultati (a 4 mesi dall'avvio)

- Nessun overbooking dei due restanti SPDC trentini
- La totalità delle crisi severe dei minorenni è stata accolta in prima istanza al CCA, alcuni maggiorenni sono stati accolti in prima istanza in SPDC (più frequentemente per mancanza di posto letto) per poi essere trasferiti al CCA, 1 minorenne ha fatto l'intero ricovero in SPDC (al CCA era ricoverata la fidanzata...)
- 2 soli pazienti hanno necessitato di un trasferimento in ospedale per agitazione psicomotoria non gestibile in contesto territoriale (1 maggiorenne e 1 minorenne) e 1 paziente è stato ricoverato in ambiente medico per un'emergenza (pneumotorace)
- Tasso occupazione 81.2%
- Durata media del ricovero: 14.24 gg
- Durata massima ricovero: 49 gg
- Revolving door (2 pazienti hanno effettuato 4 ricoveri, 7 pazienti ne hanno effettuati 2): saranno da approfondire le criticità territoriali
- TSO ospedalieri: 0
- TSO extraospedalieri 1

## Primi risultati (a 4 mesi dall'avvio)

Descrizione del campione (utenti singoli):

Numero di Maschi: 7 (di cui 2 minorenni)

Numero di Femmine: 22 (di cui 10 minorenni)

Numero utenti minorenni: 12 (41.38 %)

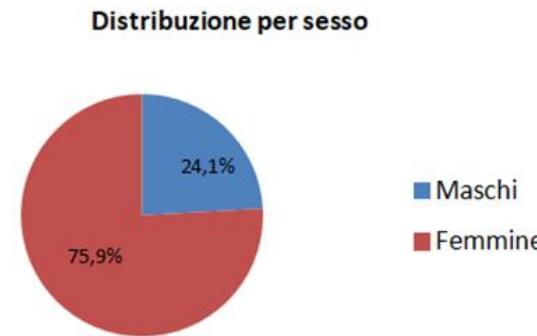
Numero utenti maggiorenni: 17 (58.62%)

Età media: 18.45

Età massima: 24

Età minima: 12

Moda dell'età: 17,23



Motivo di ricovero	Valore Assoluto	Percentuale
Ideazione suicidaria	13	30.95%
Disturbi del comportamento	10	23.81%
Tentato suicidio	7	16.67%
Autolesionismo non suicidale	5	11.9%
Aggressività eterodiretta	4	9.52%
Psicosi	2	4.76%
Episodio di violenza sessuale	1	2.38%

# Grazie per l'attenzione!