

*Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri.*

## Screening for Depression in Children and Adolescents: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement

Commento a cura di Giuseppe Cirillo  
Pediatria, ACP Campania

La United States Preventive Service Task Force (USPSTF) valuta e propone in questo articolo uno screening per la Depressione (MDD major depressive disorder) negli adolescenti tra 12 e 18 anni. Nell'editoriale del 2005 di Medico e Bambino, Renata Aliverti, a proposito della depressione nell'età evolutiva, diceva che *"...la depressione del bambino e dell'adolescente non può essere completamente uniformata a categorie nosografiche costruite sulla psicopatologia dell'adulto. È nello scarto fra la nosografia e la variabilità del manifestarsi della sofferenza psichica che si situano il lavoro, le riflessioni e l'operare del medico, in quello che nell'articolo è definito come una presa in carico complessiva. La depressione cambia faccia con l'età: la variabilità sintomatologica della depressione in età evolutiva rimanda alla difficoltà di fare una diagnosi categoriale stabile in questo periodo dell'esistenza, durante il quale atteggiamenti fisiologicamente fluttuanti e a volte turbolenti si mescolano e connotano manifestazioni sintomatologiche caratteristiche di uno stato psicopatologico. La depressione in età evolutiva non deve essere confusa con quei sentimenti depressivi transitori o con quei comportamenti turbolenti inquadrabili in un processo di elaborazione e di sviluppo in corso. Questo non significa scotomizzare o banalizzare la richiesta d'aiuto; ma l'aiuto può essere qualcosa di diverso rispetto ai farmaci"* [1].

Lo screening deve essere implementato secondo gli autori con un sistema adeguato, in un contesto quindi che assicuri una diagnosi, un trattamento efficace ed un follow-up appropriato. Questi tre elementi sono parte delle raccomandazioni della task force che vanno considerati essenziali nell'affrontare in generale le politiche di screening. Ricordando l'articolo fondamentale di Roberto Buzzetti possiamo riflettere su questa proposta considerando il perché di un programma di screening: *"ricercare una malattia importante, nascosta, rimediabile, nella popolazione generale dei (presunti) sani, con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute della popolazione stessa. In questa breve ma densa definizione e negli aggettivi elencati, ritroviamo i classici criteri di Wilson-Jungner, in varie occasioni rielaborati dai diversi Autori che si sono occupati dell'argomento: rilevanza della malattia per gravità e frequenza, comunque in relazione ai costi del programma di screening; conoscenza della storia naturale della malattia; presenza di una fase asintomatica nella quale sia possibile diagnosticarla; disponibilità di un test semplice, accettabile, attendibile, in grado di porre adeguatamente la diagnosi; esistenza di una terapia efficace che, applicata in fase presintomatica, possa modificare favorevolmente la prognosi; possibilità di governare tutte le fasi dello screening, dal reclutamento alla guarigione, e di valutarne l'adeguatezza"* [2].

In uno studio di sorveglianza negli USA circa l'8% degli adolescenti riporta avere una depressione maggiore nell'anno precedente [3]. Sebbene sia normale per i bambini ed adolescenti

avere esperienza di sentimenti di tristezza ed altri sintomi di depressione, quelli con MDD hanno 1 o più episodi depressivi che durano almeno 2 settimane e causano un significativo peggioramento funzionale in ambito sociale, lavorativo o educativo. Negli USA solo dal 36 al 44% degli adolescenti con depressione riceve un trattamento, suggerendo che la maggior parte dei depressi sono sotto diagnosticati e non trattati. La media dell'età di esordio è tra 14 e 15 anni e la media della durata di un episodio depressivo varia da 2 a 17 mesi. Per quanto riguarda i benefici di una precoce diagnosi, intervento e trattamento, pur mancando dati specifici su quanto si verifichi in termini di miglioramento della salute ed altri outcome, tuttavia l'USPSTF afferma che c'è un'adeguata evidenza che lo screening sia associato ad un beneficio moderato per es. il miglioramento della severità della depressione, i sintomi, o i punteggi del funzionamento globale. I test utilizzati sono il Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) e la versione per le cure primarie del Beck Depression Inventory (BDI); non vengono indicati la ripetizione eventuale dello screening. Il PHQ-A ha il più alto valore predittivo con una sensibilità del 73% ed una specificità del 94% per un risultato positivo al test. I risultati però non sono stratificati per età, sesso ed etnia. Gli studi sul BDI riportano una sensibilità che varia tra l'84 ed il 90% ed una specificità tra 81 e l'86%. Le opzioni terapeutiche comprendono farmacoterapia, psicoterapia, cure multidisciplinari, interventi di supporto psicosociale e approcci complementari e di medicina alternativa. La FDA ha sottolineato che, visto il pericolo degli effetti dei farmaci antidepressivi, deve esserci un attento monitoraggio per gli aggravamenti clinici, ideazione suicidaria, cambiamenti inusuali del comportamento. L'American Academy of Pediatrics raccomanda uno screening annuale nei bambini ed adolescenti per i problemi emozionali e di comportamento, il Medicaid's child health component raccomanda lo screening per diagnosticare le condizioni fisiche e mentali, il Canadian Task Force on Preventive Health Care stabilisce che ci sono insufficienti evidenze per raccomandare uno screening per la depressione nei bambini ed adolescenti nell'ambito delle cure primarie [4-5].

Federico Marchetti in un articolo di Medico e Bambino del 2005 sui farmaci nella depressione dice che: *"Tutti gli studi osservazionali concordano col dire che la depressione, diagnosticata con gli stessi criteri che per l'adulto, è significativamente presente in tutta l'età dello sviluppo, e non solo nell'adolescenza. Tuttavia, la depressione del bambino non è eguale a quella dell'adulto. [...] Alla domanda di come si curano i bambini e i ragazzi con depressione viene detto: La domanda non è irrilevante anche rispetto al peso epidemiologico della depressione in età pediatrica-adolescenziale, se si crede alle stime (non italiane) di una prevalenza del disturbo pari al 2-6% e che il suicidio è la terza causa di morte in una fascia*

di età compresa tra 10 e 19 anni. Il farmaco è ancora una volta un indicatore di quello che è il contesto assistenziale e sociale e di come i pazienti e le persone deputate alla cura si pongono nei confronti del problema clinico. Non possono esserci risposte definitive e il dibattito, almeno in altri Paesi, è molto acceso, con pronunciamenti ufficiali (anche politici) in termini organizzativi e di risorse, definizioni di linee guida criticate nella loro applicabilità pratica e di una ricerca sempre più trasparente e indipendente. [...] Chi è in grado di eseguire con rigore una terapia cognitivo-comportamentale o interpersonale? Quali le differenze territoriali? Quale il ricorso ai servizi deputati (e con quali differenze tra Nord e Sud)? Quale il ruolo del pediatra e del medico di famiglia? Esistono, inoltre, a nostro avviso dei vizi di fondo che accomunano le valutazioni e le ricerche sulla depressione.

[...] La depressione dell'adolescente è molto più simile a quella dell'adulto e può trovare beneficio dall'utilizzo di farmaci, in un programma di presa in carico globale, che prevede un approccio combinato farmacologico e psicoterapico. La depressione del bambino è probabilmente un problema che ha basi biologiche diverse rispetto all'adulto, spesso difficile da riconoscere e, quando c'è, può esprimere un disagio contestuale (familiare, sociale) che richiede, nell'affrontarla, strumenti differenziati, educativi e comunicativi. Una prospettiva di lavoro quindi, dalla quale verosimilmente la pediatria di famiglia non può esimersi, con giudizio, ragionevolezza e con metodo, come ha fatto in questi anni per altri problemi" [6].

Concludendo, il problema esiste, in Italia non abbiamo un quadro epidemiologico adeguato; avere uno sguardo attento, ai problemi emotivi e del comportamento, specie in età adolescenziale, è certamente imperativo. Non abbiamo attualmente, in molte parti di Italia, una organizzazione tale da permettere diagnosi, trattamento e follow-up adeguati dopo un eventuale screening. Sono necessarie ulteriori evidenze per consigliare nelle cure primarie uno screening generalizzato della Depressione maggiore.

1. Aliverti R, La depressione in età evolutiva, *Medico e Bambino* 2005; 6: 349.
2. Buzzetti R, Screening. Per una politica basata sull'evidenza, *Medico e Bambino* 1997; 7: 449-454.
3. Richardson LP, Ludman E, Mc Cauley E, et al., Collaborative care for adolescents with depression: in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA* 2014; 312:809-16.
4. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of infants, Children, and Adolescents*. 3rd ed, Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008.
5. MacMillan HL, Patterson CJ, Wathen CN. *Screening for Depression in Primary Care: Updated Recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care*. London, Ontario, Canada: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2004.
6. Marchetti F, Travan L, Lazzarini M. I farmaci antidepressivi nei bambini e negli adolescenti. Il bilancio tra i rischi e i benefici. *Medico e Bambino* 2005; 6: 377-382

## CLINICAL GUIDELINE

Annals of Internal Medicine

## Screening for Depression in Children and Adolescents: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement

Albert L. Siu, MD, MSPH, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force\*

**Description:** Update of the 2009 U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recommendation on screening for major depressive disorder (MDD) in children and adolescents.

**Methods:** The USPSTF reviewed the evidence on the benefits and harms of screening; the accuracy of primary care-feasible screening tests; and the benefits and harms of treatment with psychotherapy, medications, and collaborative care models in patients aged 7 to 18 years.

**Population:** This recommendation applies to children and adolescents aged 18 years or younger who do not have a diagnosis of MDD.

**Recommendation:** The USPSTF recommends screening for MDD in adolescents aged 12 to 18 years. Screening should be implemented with adequate systems in place to ensure accurate diagnosis, effective treatment, and appropriate follow-up. (B recommendation)

The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening for MDD in children aged 11 years or younger. (I statement)

*Ann Intern Med.* 2014;164:360-366. doi:10.7326/M14-2957 [www.annals.org](http://www.annals.org)

For author affiliation, see end of text.

This article was published at [www.annals.org](http://www.annals.org) on 9 February 2014.

\* For a list of USPSTF members, see the Appendix (available at [www.annals.org](http://www.annals.org)).

**T**he U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) makes recommendations about the effectiveness of specific preventive care services for patients without related signs or symptoms.

It bases its recommendations on the evidence of both the benefits and harms of the service and an assessment of the balance. The USPSTF does not consider the costs of providing a service in this assessment.

The USPSTF recognizes that clinical decisions involve more considerations than evidence alone. Clinicians should understand the evidence but individualize decision making to the specific patient or situation. Similarly, the USPSTF notes that policy and coverage decisions involve considerations in addition to the evidence of clinical benefits and harms.

## SUMMARY OF RECOMMENDATIONS AND EVIDENCE

The USPSTF recommends screening for major depressive disorder (MDD) in adolescents aged 12 to 18 years. Screening should be implemented with adequate systems in place to ensure accurate diagnosis,

effective treatment, and appropriate follow-up. (B recommendation)

The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening for MDD in children aged 11 years or younger. (I statement)

See the Figure for a summary of the recommendations and suggestions for clinical practice.

Appendix Table 1 describes the USPSTF grades, and Appendix Table 2 describes the USPSTF classification of levels of certainty about net benefit (both tables are available at [www.annals.org](http://www.annals.org)).

## RATIONALE

## Importance

Depression is a leading cause of disability in the United States. Children and adolescents with MDD typically have functional impairments in their performance at school or work, as well as in their interactions with their families and peers. Depression can also negatively affect the developmental trajectories of affected youth. Major depressive disorder in children and adolescents is strongly associated with recurrent depression in adulthood; other mental disorders; and increased risk for suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completion.

In nationally representative U.S. surveys, about 8% of adolescents reported having major depression in the past year. Little is known about the prevalence of MDD in children. Among children and adolescents aged 8 to 15 years, 2% of boys and 4% of girls reported having MDD in the past year.

360 *Annals of Internal Medicine* • Vol. 164 No. 5 • 1 March 2014

Downloaded From: <http://annals.org/> on 11/15/2017

U.S. Preventive Services Task Force  
[www.USPreventiveServicesTaskForce.org](http://www.USPreventiveServicesTaskForce.org)  
[www.annals.org](http://www.annals.org)