

Una necessità che è divenuta risorsa

Mariella Allegretti

UO Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza,
AUSL della Romagna, Forlì

Enrico Valletta

UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni,
AUSL della Romagna, Forlì

Parliamo, in questo caso, del ricovero nei reparti di pediatria di adolescenti con disturbo del comportamento alimentare (DCA) perché, incalzati negli anni più recenti dalle crescenti richieste di aiuto che giungono ai servizi di neuropsichiatria infantile (NPI), stiamo apprezzando i vantaggi di un'accoglienza "pediatrica" volta ad affrontare situazioni organiche anche impegnative, ma non solo.

I DCA sono condizioni di salute mentale complesse e spesso invalidanti, colpiscono l'8-15% degli adolescenti e sono frequentemente associati a gravi complicanze psicologiche, fisiche e sociali e a una mortalità più elevata rispetto alla popolazione generale. L'approccio non può che essere multidisciplinare e accuratamente coordinato, l'accesso precoce a trattamenti basati sull'evidenza e a un'équipe competente e in grado di lavorare in maniera fortemente integrata [1-2]. L'evoluzione clinica di un paziente con DCA può seguire traiettorie diverse e del tutto personali: si tratta, talora, di manifestazioni con una parabola temporale tutto sommato contenuta o, al contrario, di forme a evoluzione molto più lenta e complessa o che tendono a cronicizzare e a recidivare negli anni.

In un panorama clinico così diversificato, non è realistico immaginare un unico modello di servizio che sia in grado di rispondere a tutte le esigenze dei pazienti in ciascuna delle possibili fasi evolutive lungo il percorso di cura. Il coinvolgimento della mente-corpo, espresso in maniera così eclatante nei DCA, ci costringe inevitabilmente a considerare un agire integrato dei servizi territoriali e delle strutture ospedaliere, delle équipe neuropsichiatriche territoriali e dei reparti di pediatria. La risposta alla complessità clinica non può che essere articolata, flessibile e multidisciplinare.

Nel trattamento dei DCA, la scissione tra mente e corpo, con tendenza a negare di volta in volta l'una o l'altro, va riconosciuta ed elaborata non solo nella persona malata ma anche in chi la cura: "È giusto, come dicono, che il corpo non segua i suoi appetiti a danno dello spirito; ma perché non è altrettanto giusto che lo spirito non segua i suoi a danno del corpo?" (M. de Montaigne, Saggi, III, 5). Il coordinamento tra i servizi è fondamentale; il passaggio dal trattamento ambulatoriale a quello ospedaliero – e viceversa – è molto delicato e il rischio di interruzione del percorso è concreto. La personalizzazione e l'intensità del trattamento – della mente e del corpo – dipenderà dalle necessità cliniche e dai contesti di vita individuali.

In questo quadro, la cultura pediatrica e quella neuropsichiatrica devono muoversi come un corpo unico, facendo proprio un linguaggio condiviso e capace di adattarsi al mutare delle esigenze: valutare insieme di volta in volta la necessità o anche solo l'opportunità dell'ospedalizzazione, il profilo di trattamento, le modalità di progressivo ritorno a un setting di cura territoriale o, nei casi più complessi, l'eventuale transito in strutture residenziali riabilitative.

Ci sentiamo di sottolineare, a questo proposito, l'importanza di momenti di supervisione congiunta ospedale-territorio per una gestione efficace delle complessità fisiche e psichiatriche, per un corretto orientamento del lavoro integrato e per un indispensabile supporto alle professionalità dell'équipe (prevalentemente pediatriche e nutrizionistiche) meno avvezze al lavoro psicoterapeutico. D'altra parte, la componente neuropsichiatrica del team curante deve familiarizzare con i criteri clinici che individuano i possibili rischi organici associati ai disturbi dell'alimentazione – incluso il rischio di morte – e con i parametri di stabilità clinici, biochimici e nutrizionali.

L'esigenza di offrire un'accoglienza pediatrica clinicamente affidabile e culturalmente preparata nei momenti più critici del percorso terapeutico dei DCA ci ha portato ad apprezzare non solo il contributo tecnico di supporto nutrizionale proprio di una struttura ospedaliera, ma soprattutto – e in questo si è realizzata la più significativa crescita culturale della pediatria – il valore terapeutico in senso più ampio del ricovero. L'osservazione partecipe degli operatori del reparto (pediatri, psicologa, infermieri, dietiste), il regolare confronto con il team curante territoriale che mantiene la presa in carico nel tempo del ricovero, i momenti decisionali e gli aggiustamenti di percorso concordati e le occasioni di supervisione condivisa hanno realizzato il concetto di integrazione territorio-ospedale e contribuito a dare ai pazienti e alle loro famiglie un riferimento stabile e una percepibile continuità assistenziale transmurale [3].

Il reparto di pediatria, per caratteristiche sue proprie – l'esordio dei DCA è sempre più precoce –, risulta essere un ambiente accogliente e favorevole per i pazienti e per le famiglie. La prossimità rispetto al territorio di appartenenza, consente la continuità di rapporti personali significativi e una presa in carico più agevole, non solo per le ragazze e i ragazzi, ma anche per l'intero nucleo di appartenenza. In un momento nel quale l'esplosione della psicopatologia adolescenziale mette a dura prova le capacità di risposta dei servizi dedicati e la carenza di strutture ospedaliere di neuropsichiatria appare problema irrisolvibile, i reparti di pediatria devono attrezzarsi per fornire una sponda e un contenitore equilibrati e solidi non soltanto per affrontare l'emergenza psichiatrica acuta, ma anche per inserirsi utilmente in un percorso di cura orientato alla condivisione e alla complementarità degli interventi riabilitativi [4].

Bibliografia

1. Hay P, Chinn D, Forbes D, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2014 Nov;48(11):977-1008.
2. Hurst K, Heruc G, Thornton C, et al. ANZAED practice and training standards for mental health professionals providing eating disorder treatment. J Eat Disord. 2020 Nov 2;8(1):58.
3. Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute. 2017;29, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2636_allegato.pdf.
4. Liverani A, Barcia G, Ercolanese TI, et al. L'emergenza psichiatrica in età evolutiva: tendere una rete tra territorio e ospedale. Medico Bambino. 2014;33:519-522.