

*Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri. Potete inviare le vostre osservazioni ai documenti scrivendo a: redazione@quaderniacp.it. Le vostre lettere verranno pubblicate sul primo numero utile.*

## Ripercussioni della pandemia di COVID-19 sulla salute mentale di bambini e adolescenti. Una dichiarazione congiunta di EAP e ECPCP

*Commento a cura di Costantino Panza*

*Pediatra di famiglia, Sant'Ilario D'Enza*

La dichiarazione congiunta dell'European Academy of Paediatrics (EAP) e dell'European Confederation for Primary Care Paediatrician (ECPCP) pubblicata il 28 novembre 2022, con prima firma la nostra Laura Reali, mette sotto i riflettori il peggioramento delle condizioni della salute mentale dei bambini e degli adolescenti causato dalla pandemia Covid-19. (<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2022.1006596/full>)

Il SARS-CoV-2 fino ad oggi non ha avuto un drammatico impatto nei bambini: guarigione completa nella quasi totalità dei casi [1]. In realtà la pandemia ha peggiorato le condizioni di salute nell'età pediatrica per tutti i bambini con o senza infezione: se le stime globali per depressione e ansia in bambini e adolescenti erano stimate essere rispettivamente dell'8.5% e del 11.6% in epoca pre-pandemica, una metanalisi ha rivelato nel periodo pandemico un tasso di depressione e ansia rispettivamente del 25% e del 21%: una crescita di oltre 2 volte. La prevalenza aumenta inoltre con l'età dei bambini e con il numero dei mesi di pandemia, con l'ansia più frequente nelle femmine e nei paesi europei [2]. In altre parole, dopo il primo anno di pandemia Covid-19 1 ragazzo/a su 4 a livello globale sta vivendo sintomi di depressione e 1 ragazzo/a su 5 soffre di ansia clinicamente rilevante.

Un'altra sensibile spia sulle condizioni della salute mentale sono il comportamento suicidario e l'autolesionismo. In USA, in una popolazione di 13-18 anni, il 12.1% pensa seriamente al suicidio, il 4% lo pianifica e il 4.1% tenta il suicidio prima di raggiungere l'età adulta; in Canada, in giovani tra i 13 e 20 anni, il 21.7% ha una ideazione passiva al suicidio, l'11.9% lo pensa seriamente e il 6.7% lo tenta; in Germania il pensiero suicidario è presente nel 18% e il comportamento suicidario nel 13.6% tra i giovani di 14-21 anni. Anche i bambini con età al di sotto dei 12 anni non sembrano stare meglio: il 7.5% ha un'ideazione suicidaria, il 2.2% lo pianifica e l'1.3% lo tenta, mentre l'autolesionismo non suicidario è risultato avere una prevalenza del 21.9% in una metanalisi che ha raccolto dati da Europa America e Asia [3]. Infine, un PS pediatrico italiano ha rilevato un'incidenza di questi comportamenti durante la pandemia più che raddoppiata [4]. Di più, la pandemia ha interagito con un ambiente dove sono presenti molte altre condizioni morbose e questo ha scatenato quella che viene definita sindemia, ossia un insieme di problemi di salute, ambientali, sociali ed economici prodotti dall'interazione tra due o più patologie epidemiche, che comporta pesanti ripercussioni sulle condizioni di vita della popolazione colpita. Per cui il Covid-19 ha aggiunto i suoi effetti alle persone che già soffrivano di malattie non trasmissibili oppure di condizioni di elevato stress; l'unione di questi effetti ha pertanto causato un peggioramento delle condizioni di salute in particolari fasce della popo-

lazione. E i bambini sono stati i più colpiti da questa sindemia anche a causa delle rigide norme di isolamento sociale: chiusura delle scuole, divieto di aggregazione, proibizione a uscire all'aperto, stop alle attività sportive [5]. Ben vengano quindi queste linee di indirizzo per professionisti e policy maker; quali sono dunque le possibili risposte indicate dall'EAP e dall'ECPCP? Il documento indica il potenziamento delle strutture deputate alla cura della salute mentale da parte delle autorità sanitarie o scolastiche. Tutto giusto, anzi giustissimo, ma abbiamo mai visto in Italia aumenti dei finanziamenti (più corretto dire: investimenti) per la tutela della salute dei bambini, quando la maggior parte delle risorse viene spesa per la cura degli anziani, quest'ultimo sì, un prezioso bacino elettorale al quale i politici prestano da sempre una speciale attenzione? E anche se ci fossero nuovi e robusti stanziamenti per potenziare i servizi in campo sanitario e scolastico a sostegno della salute mentale nell'età pediatrica, la loro realizzazione avrebbe tempi non compatibili con la richiesta di salute dei bambini che, per biologia, non possono aspettare. Rivolgiamo allora la nostra attenzione alle numerose attività che può attuare il pediatra. Il primo aspetto che balza all'occhio è la necessità di comporre una rete che veda il pediatra collegato con la scuola, con i servizi di psicologia clinica e di psichiatria dell'infanzia e adolescenza. Uno sforzo possibile e con un traguardo raggiungibile per il pediatra di famiglia, anche se reso difficile per le norme sulla privacy che riducono di fatto la possibilità di scambiare informazioni sulle persone tra i diversi servizi rivolti all'assistenza ai bambini. Tuttavia costruire protocolli o linee guida condivise, anche partendo dal basso, ossia senza aspettare una spinta dalle istituzioni, può essere possibile. Un altro punto fondamentale toccato dal documento è la necessità per il pediatra di essere competente nella gestione dei casi di ansia e depressione nei bambini e negli adolescenti; questa pratica clinica ambulatoriale richiede una elevata sensibilità e capacità nel colloquio con genitori e bambini per affrontare gli aspetti della salute mentale; in più il pediatra deve essere in grado di intercettare i disturbi che richiedono un intervento e di saper inviare in modo corretto allo specialista i casi che lo necessitano. Tutte queste competenze non si acquisiscono con l'esperienza ma con la formazione: un altro momento critico toccato dal documento EAP / ECPCP. Il pediatra di famiglia ha una preparazione accademica che non è stata pensata per affrontare i più frequenti problemi di salute mentale del bambino che oggi - i dati lo dimostrano - sono una delle più importanti questioni sanitarie da fronteggiare in area pediatrica. Infine, il documento suggerisce di lavorare sulle risorse esistenti, i genitori, per costruire un ambiente resiliente intorno al bambino. Anche in questa area di intervento il pediatra di famiglia è in una posizione cruciale

per poter offrire direttamente una guida a mamma e papà sulla funzione genitoriale responsiva e per indirizzare i genitori a programmi esistenti nel territorio per sostenere la genitorialità e migliorare l'esperienza relazionale genitore-figlio [5].

E noi pediatri, cosa stiamo facendo?

1. Istituto Superiore di Sanità. Sorveglianza integrata COVID-19: i principali dati nazionali

2. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, et al. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2021;175(11):1142-1150. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2482.

3. Geoffroy MC, Bouchard S, Per M, et al. Prevalence of suicidal ideation and self-harm behaviours in children aged 12 years and younger: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2022;9(9):703-714

4. Quotidiano Sanità. Suicidi tra i giovani. Tentativi raddoppiati con la pandemia.

5. Spinelli M, Lionetti F, Pastore M, et al. Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Front Psychol.* 2020;11:1713. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01713.