

Ansia e depressione nell'ambulatorio del pediatra delle cure primarie

Lester TR, Herrmann JE, Bannett Y, Gardner RM, Feldman HM, Huffman LC

[Anxiety and Depression Treatment in Primary Care Pediatrics](#)

Pediatrics. 2023 May 1;151(5):e2022058846. doi: 10.1542/peds.2022-058846

Rubrica *L'articolo del mese*
commento di Costantino Panza

Prevalenza e incidenza dei disturbi internalizzati nel bambino e nell'adolescente sono sensibilmente aumentati negli ultimi anni e al pediatra è richiesto di riconoscere la sintomatologia e impostare un corretto percorso diagnostico e terapeutico. A partire da uno studio osservazionale sulla pratica dei pediatri delle cure primarie negli Stati Uniti, l'articolo del mese analizza le ultime linee guida per il riconoscimento e la gestione di questi disturbi nelle cure primarie pediatriche, con una particolare attenzione al sostegno della funzione genitoriale.

Anxiety and depression in the primary care paediatrician's office

Prevalence and incidence of internalized disorders in children and adolescents have increased significantly in recent years. Paediatrician need to recognize the symptoms and set up a proper diagnostic and therapeutic pathway. Starting with an observational study of the practice of primary care paediatricians in the United States, this month's article analyses the latest guidelines for the recognition and management of these disorders in paediatric primary care, with a focus on supporting parental function.

Background

I disturbi d'ansia e di depressione sono presenti anche nei bambini e negli adolescenti e, in occasione della pandemia Covid-19, la prevalenza di questi disturbi in età pediatrica è sensibilmente aumentata. I pediatri delle cure primarie sono i primi professionisti a cui si rivolgono le famiglie in situazione di difficoltà.

Scopi

Descrivere le pratiche di cura e di prescrizione di Inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI) da parte del pediatra delle cure primarie negli Stati Uniti in caso di ansia o depressione.

Metodi

Analisi di un database con l'estrazione di 110 casi in cui, in occasione di una visita pediatrica, è stato prescritto un SSRI. Inoltre, sono state analizzate la visita precedente e successiva con la valutazione della motivazione per la prescrizione del farmaco, l'eventuale coinvolgimento di specialisti o la prescrizione di psicoterapia e il monitoraggio degli effetti del farmaco.

Risultati

Nell'82% dei casi (n.90) il pediatra ha documentato il motivo per iniziare il trattamento con SSRI a causa perlopiù di cambiamenti del quadro clinico (57%, n.63). Il 30% dei pazienti (n.33) ha avuto un contatto con lo specialista psichiatra o con il pediatra dello sviluppo e del comportamento in 1 delle 3 visite monitorate. Al 33% dei pazienti (n.37) è stata prescritta psicoterapia; nel 4% dei casi (n.4) la psicoterapia era specificata come cognitivo-comportamentale. Dei 69 pazienti in cui è stata eseguita una visita successiva alla prescrizione di SSRI il 48% (n.33) è stato valutato per gli effetti collaterali del trattamento farmacologico.

Conclusioni

Nel prescrivere SSRI per bambini con ansia e/o depressione, i pediatri che afferivano a questo database hanno documentato indicazioni appropriate per l'inizio del trattamento e hanno prescritto il SSRI senza il coinvolgimento di uno specialista neuropsichiatra. La formazione medica per i pediatri che si prendono cura di bambini con queste condizioni dovrebbe includere informazioni sulla psicoterapia basata sull'evidenza e sulle strategie per il monitoraggio dei potenziali effetti collaterali.

Commento

Una revisione sistematica di 191 studi (1.389.447 b.) su bambini e adolescenti ha rilevato una prevalenza di sintomi depressivi, di ansia e di disturbi del sonno rispettivamente di 31%, 31% e 42% [1], con un peggioramento significativo per ansia e depressione negli studi eseguiti in occasione della pandemia da Covid-19 [2]. Il primo punto di contatto per le famiglie con i bambini che presentano una sofferenza mentale è il pediatra di famiglia. Spesso il pediatra non si trova a suo agio nel gestire questi problemi ed è frequente già in prima battuta l'invio a uno specialista. In questo studio il pediatra delle cure primarie gestisce da solo oltre due terzi dei casi mentre invia a consulenza il 30% dei bambini o adolescenti al pediatra dello sviluppo e del comportamento - una specialità pediatrica che da noi manca e della quale in realtà c'è molta necessità - oppure allo psichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza; in Italia, invece, abbiamo la figura del Neuropsichiatra infantile che ha competenza per le età da 0 a 18 anni e alla quale quasi sempre il pediatra invia il bambino o l'adolescente con sintomi depressivi o di ansia per una valutazione della necessità di intraprendere una terapia farmacologica (la sertralina ad esempio ha una indicazione pediatrica dai 6 anni di età), una psico-

terapia oppure, ancor meglio in alcuni casi, una associazione tra terapia farmacologica e una psicoterapia cognitivo-comportamentale [3]. Il punto oggi, in Italia, è non tanto se il pediatra è in grado di gestire autonomamente un trattamento farmacologico psichiatrico, ma se è in grado di identificare correttamente quei casi di sofferenza mentale, ansia o depressione da inviare verso un percorso più specialistico. Di seguito descriviamo la sintomatologia ansiosa e depressiva che si può riscontrare in età pediatrica e come orientare un primo approccio diagnostico e di sostegno all'interno di un ambulatorio di pediatria delle cure primarie.

Il disturbo d'ansia

L'ansia è un normale sentimento che accompagna molte delle nostre esperienze, da adulti e da bambini, quando rispondiamo a possibili o potenziali minacce e fa parte del normale sviluppo di ogni bambino. I disturbi d'ansia si distinguono dall'ansia normale per risposte sproporzionate, persistenti o distorte che portano a una compromissione funzionale nella vita di tutti i giorni, ad ostacolare le relazioni sociali e a interferire con il normale sviluppo (Tabella 1).

I segni o i sintomi principali che definiscono l'ansia come disturbo sono l'iperarousal, uno stato di eccitazione eccessiva o di allerta costante del sistema nervoso che si può manifestare con ipervigilanza, facilità allo spaventarsi, irritabilità, difficoltà nel concentrarsi, l'evitamento (ad esempio, aggrapparsi all'adulto per evitare la separazione, evitare i luoghi in cui si teme di incontrare quello che si ritiene essere ostile) e distorsioni cognitive

(ad esempio, porre ripetutamente domande preoccupate, cercare rassicurazioni o fare affermazioni del tipo "e se"). L'anamnesi può rivelare eventi scatenanti come ad es. uno stress ambientale (la malattia di un genitore o di un parente stretto) o un'esposizione a contenuti "forti" (notizie, video, testimone di un incidente). Il decorso dei sintomi può essere progressivo, persistente o ricorrente. I disturbi d'ansia possono anche presentarsi con sintomi fisici, come tensione muscolare o epigastralgia, che possono interferire con la frequenza scolastica o portare a visite in Pronto Soccorso. I bambini o gli adolescenti che sperimentano attacchi di panico (caratterizzati ad esempio da: sudorazione, sensazione di dispnea, sensazione di soffocamento, dolore toracico), o altra sintomatologia soggettiva, possono temere successive crisi sintomatologiche e pertanto si impegnano a evitare situazioni o eventi che ritengono rischiosi, limitando così la propria vita sociale.

Come indagare l'ansia in ambulatorio

Una normale raccolta anamnestica, che dovrebbe far parte della routine di ogni bilancio di salute, può raccogliere informazioni utili su igiene, alimentazione, interazioni familiari e con i coetanei, attività scolastiche e parascolastiche e il sonno. I genitori potrebbero non associare difficoltà dell'alimentazione o del sonno o l'uso di sostanze con l'ansia. Inoltre, il pediatra dovrebbe focalizzarsi sulle preoccupazioni (ad es. il rifiuto ad andare a scuola) invitando il bambino o l'adolescente a descrivere la situazione di difficoltà insieme alla descrizione dei pensieri e dei sentimenti che vive. La capacità di pensare ai propri pensieri e sentimenti, ossia la metacognizione, aiuta a comprendere la possibilità di

Tabella 1. Caratteristiche dell'ansia appropriate allo sviluppo dai sintomi dei disturbi d'ansia (da voce bibliografica 4, modificato).

Disturbi d'ansia (età tipica di esordio)	Paure e preoccupazioni adeguate allo sviluppo	Sintomi suggestivi di disturbo d'ansia
Disturbo d'ansia da separazione (età prescolare)	Distress autolimitante legato a nuove separazioni dai genitori (ad es. primo ingresso in una agenzia educativa).	<ul style="list-style-type: none"> - Aggrapparsi o seguire da vicino un genitore. - Distress inconsolabile, somatizzazione durante le transizioni. - Preoccupazioni infondate riguardo lesioni, malattia o morte dei genitori.
Mutismo selettivo (età prescolare)	Prendersi del tempo per "riscaldarsi" nelle situazioni sociali.	<ul style="list-style-type: none"> - Non essere in grado di parlare in situazioni specifiche (ad esempio, a scuola).
Fobia specifica (dall'età prescolare all'età scolare)	Paura limitata nel tempo di nuovi oggetti o situazioni (ad es. cani, rumore o luoghi particolari).	<ul style="list-style-type: none"> - Le paure persistono e appaiono sproporzionate rispetto al rischio reale, portando all'evitamento e alla diminuzione della qualità della vita o delle attività.
Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) (tarda età scolare, prima adolescenza)	Disagio o esitazione riguardo agli eventi sociali o alle richieste di "esibirsi".	<ul style="list-style-type: none"> - Paura eccessiva e persistente del controllo. - Evitamento (ad es. della scuola, di eventi sociali) o problematiche nel coinvolgimento nelle attività familiari o comunitarie. - Somatizzazione in occasione di interazioni o prestazioni sociali.
Disturbo di panico (adolescenza, giovane età adulta)	Preoccupazioni transitorie sui sintomi fisiologici (ad es. preoccupazione per una recidiva dopo un episodio di vertigini o altro disturbo).	<ul style="list-style-type: none"> - Attacchi di panico ricorrenti (sensazione di essere fuori controllo, con sintomi somatici). - Paura degli attacchi di panico ed evitamento delle situazioni associate. - Preoccupazioni per i rischi per la salute associati (ad es. crisi cardiaca).
Agorafobia (tarda adolescenza, giovane età adulta)	Riluttanza transitoria a utilizzare i trasporti pubblici, a trovarsi in luoghi affollati o chiusi, in mezzo alla folla o a stare fuori casa da soli.	<ul style="list-style-type: none"> - Evitamento persistente di due o più luoghi basato sulla paura di non riuscire a scappare o a chiedere aiuto.
Disturbo d'ansia generalizzato (dalla tarda età scolare fino alla giovane età adulta)	Preoccupazioni transitorie relative ai voti scolastici, alla salute o ad eventi che non compromettono la frequenza scolastica e la partecipazione alla vita familiare o della comunità.	<ul style="list-style-type: none"> - Preoccupazione costante ed eccessiva che compromette la partecipazione a molteplici eventi o attività. - Difficoltà a dormire, irrequietezza fisica, irritabilità, difficoltà di concentrazione, tensione muscolare.

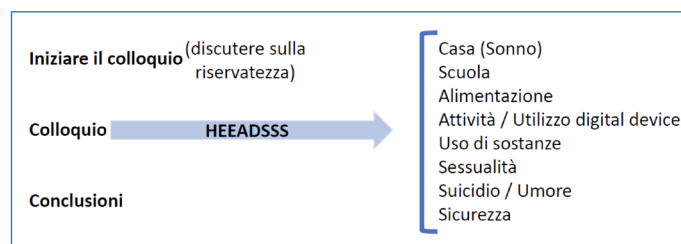
intervento tramite una terapia cognitivo-comportamentale. Il pediatra può aiutarci nell'esplorare i microsistemi abitati dall'adolescente attraverso un colloquio psicosociale per screenare eventuali disagi o difficoltà; due di questi colloqui semistrutturati sono lo SSHADESS (acronimo di Strengths, School, Home, Activities, Drugs, Emotions/Eating, Sexuality, Safety) [5] e lo HEEADSSS (acronimo di Home, Education/Employment, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Suicidal ideation and Safety) [6], che aiutano il professionista sulle aree da esplorare attraverso l'anamnesi con l'adolescente (Figura 1). Per una spiegazione più approfondita del colloquio HEEADSSS rimandiamo al contributo di Miriana Callegari e coll. disponibile su Quaderni acp [7]. Prima di iniziare il colloquio è bene informare il genitore che il confronto con l'adolescente da solo è una routine che consentirà al/alla giovane di iniziare ad assumersi le proprie responsabilità. Con l'adolescente è bene chiarire sulla assoluta riservatezza delle notizie che saranno rivelate; solo nel caso ci siano preoccupazioni per la sua sicurezza il pediatra coinvolgerà l'adolescente nel processo decisionale su quale adulto informare e come informarlo. Durante il colloquio il pediatra deve sospendere ogni intervento che possa essere interpretato come un giudizio. Gli adolescenti hanno meno probabilità di cercare assistenza sanitaria e più probabilità di nascondere informazioni sulla sessualità quando vengono omesse discussioni esplicite sulla riservatezza [8].

Possono essere utilizzati anche questionari sull'ansia da somministrare al bambino o ai genitori per valutare la severità dei sintomi e quindi per orientare a un approfondimento diagnostico specialistico; alcuni di questi questionari standardizzati con punteggio sono stati tradotti anche in italiano come il Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI), lo Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED), il Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) e il Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) (Box 1). Le scale di valutazione, tuttavia, possono essere influenzate dallo specifico disturbo d'ansia sofferto dal bambino, dall'età o dal tipo di popolazione a cui è somministrato. Per il migliore uso di questi strumenti sarebbe ideale avere un progetto di intervento coordinato tra pediatria delle cure primarie e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. È utile trovare uno spazio sicuro per parlare anche con i genitori per permettere loro di rivelare la propria storia, perché potrebbero sentirsi in imbarazzo o incolparsi per l'ansia del bambino. Chiedere informazioni sullo stato emotivo del bambino e sulle reazioni del bambino quando è sotto stress e sulle interazioni familiari stressanti può portare alla luce alcuni fattori che possono esacerbare l'ansia del bambino, come comportamenti del genitore improntati da un eccesso di protezione o di preoccupazione verso il figlio, oppure stress emotivi (finanziari, di lavoro ecc.) o un disturbo mentale del genitore [4].

Il trattamento dell'ansia

Nella valutazione di uno stato d'ansia il pediatra dovrebbe considerare: la severità dei sintomi, l'impatto sulla compromissione funzionale, la presenza di altri disturbi, la compliance familiare, eventuali situazioni di distress familiari o dei genitori ed eventuali disturbi mentali dei genitori. Quando necessario, il bambino e la famiglia dovrebbero essere indirizzati verso un supporto specialistico neuropsichiatrico; i trattamenti che sono stati riconosciuti essere di miglior efficacia sono la psicoterapia cognitivo-comportamentale e la farmacoterapia (soprattutto con SSRI). Tuttavia, anche il pediatra può sostenere la famiglia offrendo

Figura 1. Struttura del colloquio HEEADNESS (Da voce bibliografica 6, modificato)



Box 1

Domande del questionario Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) nella versione italiana per bambini da 8 a 17 anni (Da voce bibliografica 9, modificato)

1. Non voglio che le altre persone sappiano quando sono spaventato
2. Quando non riesco a concentrarmi sui compiti di scuola, temo che forse sto impazzendo
3. Mi spaventa sentirmi "traballante", "instabile"
4. Mi spaventa sentirmi come se stessi per svenire
5. Per me è importante mantenere il controllo dei miei sentimenti
6. Mi spaventa sentire il cuore che mi batte forte
7. Per me è imbarazzante quando mi brontola lo stomaco (fa rumore)
8. Mi spaventa sentirmi come se stessi sul punto di vomitare
9. Quando mi accorgo che il mio cuore batte forte, mi preoccupa che possa esserci qualcosa che non va in me
10. Mi spaventa avere difficoltà a respirare
11. Quando mi fa male lo stomaco, mi preoccupa che potrei essere davvero malato
12. Mi spaventa non riuscire a concentrarmi sui compiti di scuola
13. Gli altri bambini/ragazzi sono in grado di dire quando mi sento "traballante", "instabile"
14. Sensazioni insolite nel mio corpo mi spaventano
15. Quando ho paura, mi preoccupa che potrei essere pazzo
16. Mi spaventa essere nervoso
17. Non mi piace esprimere i miei sentimenti
18. Sensazioni strane nel mio corpo mi spaventano

indicazioni per una genitorialità positiva (Box 2), ricordare ai genitori l'importanza delle routine come i pasti condivisi, l'orario fisso per andare a letto, ridurre l'uso di dispositivi elettronici e di bevande con caffeina; inoltre incoraggiare l'attività fisica da svolgere con regolarità e fare attività condivise con tutta la famiglia. Insomma, pianificare un intervento educativo alla portata del paziente e di tutta la famiglia [10].

La depressione in adolescenza

La depressione nell'età dello sviluppo non è stata considerata fino agli anni '70 del secolo scorso in quanto si pensava che i bambini non sarebbero stati in grado di provare sentimenti depressivi a causa della loro immaturità. Oggi invece siamo consapevoli che la comprensione dei fattori di rischio e delle caratteristiche all'esordio della depressione, oltre che a facilitare la diagnosi precoce, può consentire di evitare la cronicizzazione del disturbo dall'età pediatrica all'età adulta [11]. La depressione è più rara nei bambini prepuberi mentre incidenza e prevalenza aumentano nell'età adolescenziale [12]. La prevalenza di disturbi depressivi nell'adolescenza è stata stimata essere del 11% negli Stati Uniti; in particolare il 3% degli adolescenti presenta un disturbo

Box 2
Consigli di genitorialità positiva per la gestione dell'ansia

:: Aiutare i bambini e gli adolescenti a riconoscere, descrivere e nominare le sensazioni, comprese quelle fisiche, e ad etichettarle (ad esempio, come preoccupanti, ansiogene o spaventose).

:: Aggirare l'evitamento con un incoraggiamento dolce ma deciso. Prendete tempo per parlare di emozioni forti e argomenti delicati, ad esempio: "Sembri preoccupato. Hai qualcosa in mente?", oppure "Sembra che tu sia molto arrabbiato. Ti va di parlarne?".

:: Empatizzare e convalidare le ansie, ma cercare di non rafforzarle ("So che hai paura ma so che sei coraggioso a fare questo").

:: Sostenere un attaccamento sicuro impegnandosi in giochi liberi e guidati con i bambini più piccoli e rimanendo consapevoli e coinvolti con gli adolescenti: a) trascorrere del tempo a tu per tu, b) conoscere e mostrare interesse per i loro amici e c) incoraggiare le attività extrascolastiche.

:: Promuovere la fiducia in sé stessi (con emozioni positive) attraverso elogi efficaci: a) iniziare le dichiarazioni di elogio con "Tu..." invece che con "Io...", b) spiegare come si sono guadagnati la vostra attenzione, c) riconoscere gli atti coraggiosi, utili o gentili non appena si verificano. Per i bambini più piccoli, osservare e riferire al bambino i comportamenti coraggiosi, indipendentemente dal valore.

:: Incoraggiare le opinioni e le scelte. Riconoscere la crescente indipendenza dei bambini più grandi e promuovere e celebrare la capacità di prendere decisioni e di risolvere i problemi.

:: Per rendere l'ansia più gestibile, proponete di suddividere il compito di affrontarla in piccoli passi pratici (se possibile) e rinforzate positivamente il bambino.

:: Premiate i tentativi e i risultati, anche se non completi, e complimentatevi con l'impegno profuso. Concentratevi sui punti di forza piuttosto che sulle carenze.

:: Adattare le abilità e le tecniche di coping (ossia le strategie adottate per far fronte alle sfide, allo stress, ai problemi o alle situazioni difficili), come la respirazione profonda, il rilassamento della tensione muscolare, l'immaginazione, la mindfulness, la distrazione e il self-talk positivo.

:: Partecipare alla vita scolastica. Se un bambino o un adolescente soffre di ansia, aiutate gli insegnanti a comprenderne le cause e i comportamenti correlati. Per esempio, spiegate che quando vostro figlio evita i compiti in classe o appare oppositivo, è probabile che ciò sia dovuto all'ansia e assicuratevi che vengano messi in atto i supporti utili a ridurre il disagio del bambino.

:: Per i bambini piccoli che mostrano segni di rifiuto ad andare a scuola: a) prepararsi la sera prima in modo che la mattina non sia affrettata e stressante, b) incoraggiare a portare da casa un giocattolo preferito per facilitare la transizione, c) prendetevi il tempo di salutare con calore e affetto, ma evitate gli addii ripetuti.

:: Trovare modi positivi di gestire il conflitto o l'angoscia quando si gestisce l'ansia: a) rallentando il discorso, b) prendendo tempo per calmarsi, c) essere rispettosi delle convinzioni e dei sentimenti altrui, d) essere assertivi piuttosto che aggressivi.

depressivo maggiore; di questi, il 30% circa ha ideazione suicidaria e più del 10% tenta il suicidio. Fattori genetici, fattori psicologici (tipo di attaccamento, temperamento, disturbo dell'autoregolazione, disturbi della cognizione ecc.) fattori ambientali (eventi sfavorevoli nell'infanzia, maltrattamento emotivo, stile genitoriale, minority stress, povertà ecc.) possono essere fattori che sostengono la vulnerabilità individuale alla depressione [13]. Il disturbo depressivo maggiore è una diagnosi specifica descritta nel DSM-5 ed è caratterizzato da episodi distinti della durata di almeno 2 settimane (sebbene gli episodi mediamente posso-

no durare da 1 a 2 mesi) e che comportano cambiamenti nelle funzioni affettive, cognitive e neurovegetative e remissioni tra gli episodi ed è contraddistinto per almeno due settimane da un cambiamento persistente dell'umore che può essere depresso o irritabile, o da perdita persistente di interesse (ad esempio verso il gioco o le attività scolastiche) o anedonia, ed è accompagnato da almeno 3 dei seguenti sintomi, presenti quasi tutti i giorni: perdita di peso (o mancato aumento di peso), cambiamento nell'appetito, insonnia o ipersonnia, ritardo psicomotorio o agitazione, stanchezza o perdita di energia, sensi di colpa eccessivi o inappropriati o sentimenti di inutilità, indecisione o ridotta capacità di concentrazione, pensieri ricorrenti di morte o ideazione suicidaria. La malattia ha una elevata ricorrenza, fino al 60% in 2 anni, e nel 10% degli adolescenti può cronicizzarsi.

Il Disturbo depressivo persistente è un episodio di umore depresso o irritabile che persiste per almeno 1 anno, accompagnato da almeno 2 dei seguenti sintomi, presenti quasi tutti i giorni: sensazione di disperazione, insonnia o ipersonnia, iperfagia o scarso appetito, astenia o sensazione di poca energia (sintomi che favoriscono le assenze scolastiche), bassa autostima, indecisione o scarsa concentrazione. In età evolutiva spesso la sintomatologia depressiva presenta manifestazioni atipiche caratterizzate da ipersonnia, aumento dell'appetito con intenso desiderio per i carboidrati, aumento di peso, eccesso di sensibilità al rifiuto interpersonale, marcata astenia a braccia e gambe, e spiccata reattività emotiva. Infine, si devono considerare anche possibili comorbidity o associazioni con altri disturbi come ansia, disturbi del comportamento, utilizzo di sostanze e ADHD presenti dal 40 al 90% dei casi [13,14].

Sono disponibili diversi strumenti per la valutazione dei disturbi dell'umore somministrabili in un ambiente di cure primarie o a scuola come, ad esempio, il Pediatric Symptom Checklist (PSC) e lo Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), il Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC), il Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). La US Preventive Services Task Force raccomanda lo screening per la depressione nell'adolescenza a partire dai 12 anni utilizzando preferibilmente il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) modificato per l'adolescente (PHQ-A) (Box 3); poiché contiene una domanda sulla suicidalità, il questionario dovrebbe essere sempre somministrato in presenza del medico e, in caso di una risposta positiva, il giovane dovrebbe essere sollecitamente inviato a un servizio specialistico. Se si volesse utilizzare in remoto, quindi senza la presenza del pediatra, si può utilizzare il Patient Health Questionnaire-2 che contiene solo le prime due domande del PHQ-A; in caso di positività il medico invita l'adolescente a un incontro vis a vis. Da ricordare che non esiste uno strumento perfetto per lo screening e/o la valutazione della depressione, e non esiste un algoritmo di screening perfetto o un protocollo specifico, ma sono disponibili un certo numero di strumenti di valutazione della depressione adolescenziale che possiedono proprietà psicometriche adeguate. Come per la valutazione di tutti i disturbi dell'umore è bene effettuare uno screening all'interno di una strategia che veda d'accordo i medici delle cure primarie con il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, dove siano ben individuati dei percorsi sicuri e solleciti nell'accoglienza gli adolescenti a rischio [14].

La gestione della depressione nell'adolescente

Come per l'ansia, anche la sintomatologia depressiva si giova di

Box 3

Patient Health Questionnaire–9, versione per l'adolescente (PHQ-A) (traduzione a cura di C. Panza)

Quanto spesso sei stato infastidito da ciascuno dei seguenti sintomi nelle ultime due settimane?

1. Ti senti giù, depresso, irritabile o senza speranza?
2. Scarso interesse o piacere nel fare le cose?
3. Difficoltà ad addormentarti, a rimanere addormentato o la tendenza a dormire troppo?
4. Scarso appetito, perdita di peso o hai mangiato troppo?
5. Sensazione di stanchezza o di scarsa energia?
6. Sentirti male con te stesso, sentirti un fallito o aver deluso te stesso o la tua famiglia?
7. Difficoltà a concentrarti su cose come lo studio, la lettura o guardare la TV?
8. Muoverti o parlare così lentamente da essere notato da altre persone? Oppure il contrario, essere così agitato o irrequieto da muoverti più del solito?
9. Il pensiero che sarebbe meglio essere morto o di farsi del male in qualche modo?

indicazioni sugli stili di vita salutari. Praticare con regolarità attività fisica da moderata a vigorosa, anche se di breve durata, è stato rilevato migliorare l'umore nell'adolescenza, ed è più efficace se la sintomatologia depressiva è da lieve a media. Anche l'igiene del sonno e una dieta povera in cibi processati, bevande zuccherate, carne, e ricca in frutta, verdura e legumi hanno un effetto benefico su una sintomatologia depressiva lieve.

Nel caso di necessità di un intervento specialistico la psicoterapia cognitivo comportamentale e la terapia interpersonale, una forma di psicoterapia focalizzata sulle relazioni interpersonali e sulle dinamiche sociali delle persone, hanno dimostrato avere efficacia nel ridurre la depressione nell'adolescente. La terapia farmacologica si avvale degli SSRI, preferibilmente la fluoxetina (ma non la paroxetina) che è stata riconosciuta avere un effetto di miglioramento della sintomatologia nella depressione maggiore in 8 RCT. Una metanalisi del 2020 condotta su RCT ha indicato come la fluoxetina associata alla psicoterapia cognitivo-comportamentale o la fluoxetina da sola sono terapie più efficaci del placebo [15]. Da segnalare tuttavia che il trattamento con antidepressivi è stato associato a un rischio di ideazione e di comportamento suicidario nel 2% dei pazienti con depressione, in modo particolare durante le prime settimane di trattamento [16].

Il compito del pediatra

Negli ultimi decenni la pediatria ha osservato un radicale cambiamento nella prevalenza delle malattie, con una marcata riduzione delle malattie infettive e un forte aumento di incidenza di disturbi della salute mentale [17]. La metà di tutte le malattie mentali nel corso della vita inizia entro i 14 anni [18], e noi pediatri abbiamo un ruolo fondamentale nell'identificare e governare un percorso di trattamento evidence-based per i nostri pazienti con problemi di salute mentale. Le sfide che abbiamo di fronte sono tante, da una migliore formazione sulla pediatria dello sviluppo e sui disturbi dell'umore in età pediatrica a come valutare in ambulatorio, attraverso l'anamnesi e il colloquio con il bambino e i genitori, per orientare la diagnosi, scegliendo infine il percorso corretto per ogni paziente. Inoltre, abbiamo un

ruolo unico per affrontare aspetti di igiene del sonno, per motivare verso l'esercizio fisico e a una corretta alimentazione, fattori che possono influire in modo sensibile sulla sintomatologia depressiva o ansiosa.

1. Deng J, Zhou F, Hou W, et al. Prevalence of mental health symptoms in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci.* 2023 Feb;1520(1):53-73.
2. Wang S, Chen L, Ran H, et al. Depression and anxiety among children and adolescents pre and post COVID-19: A comparative meta-analysis. *Frontiers in psychiatry.* 2022 Aug 3;13:917552.
3. Wang Z, Whiteside SPH, Sim L, et al. Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Childhood Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2017 Nov 1;171(11):1049-1056.
4. Klein B, Rajendram R, Hrycko S, Poynter A, Ortiz-Alvarez O, Saunders N, Andrews D. Anxiety in children and youth: Part 1-Diagnosis. *Paediatr Child Health.* 2023 Feb 28;28(1):37-51.
5. Klein DA, Paradise SL, Landis CA. Screening and counseling adolescents and young adults: a framework for comprehensive care. *American family physician.* 2020 Feb 1;101(3):147-58.
6. Doukrou M, Segal TY. Fifteen-minute consultation: Communicating with young people-how to use HEEADSSS, a psychosocial interview for adolescents. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2018 Feb;103(1):15-19.
7. Callegari M, Grossi C, Mazzini F. et al. Incontrare gli adolescenti e le loro famiglie nei nostri ambulatori. *Quaderni acp* 2017;5: 225-27
8. Lehrer JA, Pantell R, Tebb K, et al. Forgone health care among US adolescents: associations between risk characteristics and confidentiality concern. *J Adolesc Health.* 2007;40(3):218-226.
9. Simeone M, Coppola G, Curci A, Goffredo M, Silverman WK, Barbaro MG. Studio di validazione della versione italiana del Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI). *Cognitivismo Clinico.* 2019;16(1): 86-99.
10. Bobbitt S, Kawamura A, Saunders N, Monga S, Penner M, Andrews D. Anxiety in children and youth: Part 2-The management of anxiety disorders. *Paediatr Child Health.* 2023 Feb 28;28(1):52-66.
11. Lambruschi F, a cura di. Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva: procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche. Bollati Boringhieri. 2014.
12. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hazell P, Hopwood M, Lyndon B, Mulder R, Porter R, Singh Abet al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2021 Jan;55(1):7-117.
13. Walter HJ, Abright AR, Bukstein OG, Diamond J, Keable H, Ripperger-Suhler J, Rockhill C. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Major and Persistent Depressive Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2023 May;62(5):479-502.
14. Korczak DJ, Westwell-Roper C, Sassi R. Diagnosis and management of depression in adolescents. *CMAJ.* 2023 May 29;195(21):E739-46.
15. Zhou X, Teng T, Zhang Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2020;7:581-601.
16. Li K, Zhou G, Xiao Y, et al. Risk of suicidal behaviors and antidepressant exposure among children and adolescents: a meta-analysis of observational studies. *Front Psychiatry* 2022;13:880496.
17. Slomski A. Chronic mental health issues in children now loom larger than physical problems. *Jama.* 2012 Jul 18;308(3):223-5.
18. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry.* 2005 Jun 1;62(6):617-27.